

Sune Welling Hansen & Kurt Houlberg

Brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i komparativt perspektiv



Publikationen *Brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i komparativt perspektiv* 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: 978-87-7509-357-1

i:\08 sekretariat\forlaget\sw\5179\5179_brugerbetaling_komparativt_perspektiv.docx

April 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.

Sune Welling Hansen & Kurt Houlberg

Brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i komparativt perspektiv

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 første af tre projekter om brugerbetaling. Rapporten er en kortlægning af brugerbetalingspolitikken på ældre- og sundhedsområdet i Danmark og vores nabolande og bidrager dermed til at give viden om, hvilke former for brugerbetaling der findes i de respektive lande, for hvilke ydelser og med hvilken betalingsstørrelse.

I efterfølgende rapporter rettes fokus mod henholdsvis de adfærdsmæssige og de holdningsmæssige effekter af brugerbetaling.

Analysen og rapporten er udarbejdet af forsker, cand.scient.pol., ph.d. Sune Welling Hansen og programchef cand.scient.pol., ph.d. Kurt Houlberg.

Projektet er finansieret af AKF.

Sune Welling Hansen & Kurt Houlberg

April 2012

Indhold

Sammenfatning	7
1 Indledning og formål med rapporten	9
1.1 Indledning.....	9
1.2 Formål.....	10
1.3 Opbygning af rapporten.....	10
2 Metode	11
2.1 Udvalgelse af lande og områder.....	11
2.2 Begrebsafklaring.....	12
2.3 Dataindsamling.....	14
3 Sammenligning af brugerbetaling i Danmark og fem nabolande	16
3.1 Finansieringen af sundheds- og ældreudgifter i udvalgte OECD-lande.....	16
3.2 Sundheds- og ældreområdet i de seks udvalgte lande.....	20
3.3 Brugerbetaling i de seks udvalgte lande.....	24
3.3.1 Sundhedsområdet.....	24
3.3.2 Ældreområdet.....	31
4 Sundhedsområdet	36
4.1 Danmark.....	36
4.2 Norge.....	38
4.3 Sverige.....	39
4.4 Finland.....	40
4.5 Tyskland.....	42
4.6 England.....	44
5 Ældreområdet	45
5.1 Danmark.....	45
5.2 Norge.....	45
5.3 Sverige.....	47
5.4 Finland.....	48
5.5 Tyskland.....	49
5.6 England.....	50
6 Hvilken inspiration kan vi få fra andre lande?	52
7 Tabelbilag	55
Appendiks: Ordliste over centrale begreber	79
Litteratur	80
English Summary	92

Sammenfatning

Den danske velfærdsmodels grundidé om universelle rettigheder med borgernes frie og lige adgang til offentlige ydelser har i en årrække været genstand for offentlig debat og er det stadig den dag i dag. På den ene side er brugerbetaling som finansieringsform ikke ukendt herhjemme, da danskere i mange år har betalt for en række offentlige ydelser. På den anden side ved vi også, at borgere i andre lande betaler for en række af de ydelser, som er gratis i Danmark. For at perspektivere den danske brugerbetalingspolitik har vi i denne rapport kortlagt udbredelsen af brugerbetaling i seks lande på to af de store velfærdsområder: sundhedsområdet og ældreområdet. Rapportens fokus er de generelle brugerbetalingsprincipper og omfatter som sådan ikke særlige ordninger for enkelte brugergrupper og ydelsestyper som for eksempel barnløse, misbrugere eller kronikere.

Kortlægningen viser, at brugerbetalingspolitikken i Danmark på en række punkter adskiller sig fra vores nabolande. For sundhedsområdets vedkommende viser kortlægningen, at brugerbetaling for en række sundhedsydelser finder anvendelse for færre typer af ydelser herhjemme end i en række af de nærmeste lande – såvel vores skandinaviske brødre og søstre som vores to nærmeste større europæiske naboer. Mens vi herhjemme ikke betaler for at gå til lægen, skal borgere i Norge, Sverige, Finland og Tyskland betale for deres besøg. Det samme gælder for besøg hos speciallæger. Herhjemme kan man også tage gratis på skadestuen, mens man skal betale for dette i Sverige, Finland og Tyskland. Bliver man indlagt på et sygehus, skal man også betale i disse lande.

Forskellene er mindre udtalte på ældreområdet. I alle lande betaler ældre borgere for institutionel pleje på plejehjem, hvor det offentlige også sørger for bolig til de ældre. I Danmark skal ældre borgere dog ikke betale for varig hjemmehjælp eller hjemmesygepleje, hvilket til dels også er tilfældet i Norge. Det modsatte er tilfældet i de øvrige lande.

Kortlægningen peger ikke alene på, at en række ydelser, som er gratis i Danmark, er underlagt brugerbetaling i andre lande, men også at der er eksempler på det omvendte. Et eksempel er fysioterapi, som der gives tilskud til i Danmark, men som i nogle tilfælde er en gratis sundhedsydelse i Finland.

Kortlægningen viser også, at brugerbetalingspolitik ikke blot er et spørgsmål om, hvorvidt der for en ydelse er brugerbetaling eller ej. Der er mange valgmuligheder i den konkrete indretning af brugerbetalingspolitikken. Der er mangfoldige former for egenbetaling, og i en række af de kortlagte lande har man indført brugerbetaling under hensyntagen til borgernes betalingsevne. Dette er sket ved eksempelvis at fastsætte maksimumssatser og lofter for, hvor meget en borger kan pålægges i brugerbetaling inden for en given periode. For eksempel har man i Finland i udpræget grad fra nationalt hold fastsat maksimale satser for tjenester på sundheds- og ældreområdet. Et andet eksempel er Sverige, hvor man har fastsat et 12-måneders periodeloft på 750 DKK for en række sundhedstjenester.

En anden mulighed, som også kendes i Danmark på ældreområdet, er at fastsætte procentsatser frem for faste satser, og eventuelt fastsætte et minimumsrådighedsbeløb. I eksempelvis Finland, hvor patienter betaler for indlæggelse på sygehus, fastsættes satsen for lang-

tidsindlæggelse ud fra patientens betalingsevne, og patienten er samtidig sikret et månedligt minimumsbeløb.

En tredje mulighed er at fastsætte satser for grupper af tjenester, som det kendes på tandlægeområdet i England: Her koster en rodbehandling eller en tandfyldning begge 418 DKK, mens mere komplekse tjenester som tandkroner og tandbroer koster 1.816 DKK. En noget anderledes fjerde mulighed er at benytte en abonnementsordning som i Sverige, hvor man betaler en fast månedlig præmie, der ikke varierer med modtagelsen af tandlægebehandlinger.

Velfærdskommissionen (2005a: 810) har anbefalet øget brugerbetaling som et blandt flere svar på de udfordringer, velfærdssamfundet står over for. OECD (2008: 136) har ligeledes anbefalet øget brugerbetaling, blandt andet for konsultationer hos læger og speciallæger. Anbefalingen bæres dels af et økonomisk argument om, at brugerbetaling er en måde at mindske efterspørgselspresset efter offentlige ydelser på, dels et argument om at brugerbetaling kan udgøre en ekstra finansieringskilde. I nærværende rapport har det ikke været formålet at vurdere fordele og ulemper ved ændret brugerbetaling, hverken samfundsøkonomisk eller fordelingspolitisk. Rapportens kortlægning giver derimod et perspektiverende sammenlignende grundlag for at belyse den eksisterende udbredelse af brugerbetaling i Danmark og udvalgte nabolande. Overordnet bidrager rapporten dermed til at påpege, at ydelser, som vi i Danmark med selvfølgelighed betragter som gratis velfærdsydelser, er underlagt brugerbetaling i andre lande. Samtidig med at der også er enkelte eksempler på ydelser, som vi i dagens Danmark ser som "naturligt" brugerbetalingsbelagte, der er gratis i andre velfærdssamfund. Forskellene træder frem, uanset om vi sammenligner med to større europæiske lande, England og Tyskland, eller om vi sammenligner med indretningen af velfærdsmodellerne i de øvrige nordiske lande. Rapporten viser overordnet, at brugerbetalingspolitikken ikke er naturgivet, men i de enkelte lande også afspejler historiske og politiske valg i velfærdspolitikken.

1 Indledning og formål med rapporten

1.1 Indledning

Den danske velfærdsmodel er baseret på en grundidé om universelle rettigheder, hvor borgerne har fri og lige adgang til offentlige ydelser og tjenester (bruges som synonyme i denne rapport). I velfærdspolitikken har brugerbetaling derfor altid været en omdiskuteret finansieringsform, idet brugerbetaling kan ses som modsætning til en fri og lige adgang til den offentlige sektors ydelser (for et aktuelt eksempel, se Jyllands-Posten, 11/1 2012). Dette til trods har vi allerede brugerbetaling på mange offentlige ydelser, om end det i mange tilfælde fortøner sig i historiens tåge, hvilke ydelser der er brugerbetaling for, og hvilke der ikke er (Velfærdskommissionen 2005a: 809). Vi betaler eksempelvis for at have børn i daginstitutioner, for at bo på plejehjem, for bøger på ungdomsuddannelser, for medicin og for at gå til tandlæge eller kiropraktor. Omvendt er det gratis at gå til læge, at køre på vejene, at tage en videregående uddannelse mv.

Velfærdskommissionen har anbefalet (2005a: 809) øget brugerbetaling som et blandt flere svar på de udfordringer, velfærdssamfundet står over for, og OECD (2008: 136) ligeså. Der eksisterer imidlertid ikke en samlet viden om udbredelsen af brugerbetaling i vores nabolande, der kan være med til at perspektivere de historisk og kulturelt betingede valg i den danske brugerbetalingspolitik. En kortlægning af brugerbetaling i udvalgte nabolande er med andre ord med til at give os viden om tjenester, der herhjemme betragtes som brugerbetalingssvære selvfølgeligheder, men som borgere i andre lande skal betale for – og omvendt.

Mange offentlige velfærdsydelser i Danmark er gratis for brugerne i overensstemmelse med den danske velfærdsmodels vægtlægning af borgernes fri og lige adgang til offentlige ydelser. I Danmark har der været tradition for, at velfærdsydelser finansieres og produceres i offentligt regi, og at borgerne derefter kan benytte sig af ydelserne uden at skulle betale for dem. Dette gælder i mindre grad for nogle af de lande, vi ofte sammenligner os med som fx Storbritannien (Kommunernes Landsforening, Finansministeriet m.fl. 2002: 122-123; OECD, 2008: 134-136). Mens gratisydelser sikrer fri og lige adgang, skaber de samtidig en situation, hvor der ikke er en naturlig efterspørgselsbegrænsning, som det kendes fra det private marked, hvilket øger efterspørgselspresset efter offentlige ydelser (Kommunernes Landsforening, Finansministeriet m.fl. 2002: 113; Petersen 1990; Rudbeck et al. 1995: 13-14). Borgernes efterspørgsel efter offentlige ydelser bliver dermed større, end hvis de skulle have betalt for dem ud af egen lomme. Desuden kan der opstå et samfundsmæssigt velfærdstab som følge af ikke-optimal ressourceudnyttelse.

Man kan søge at modvirke dette efterspørgselspres ved enten at øge udbuddet eller at reducere efterspørgslen efter offentlige ydelser. Udbudssiden kan øges ved at tilføre flere midler til det offentlige, hvilket selvsagt forudsætter, at både de samfundsøkonomiske rammevilkår og de politiske prioriteringer muliggør en sådan forøgelse. En anden mulighed er at øge udbuddet igennem effektivisering af det offentliges serviceproduktion, hvilket der i en årrække har været fokus på fra Folketingets og regeringens side.

Man kan også gennem udbudsmekanismer søge at reducere efterspørgselssiden. En første mulighed er at indføre adgangsbegrænsning til ydelser, som det eksempelvis kendes i dag ved visitation til den kommunale hjemmepleje. Andre udbudsmekanismer er at opstille retningslinjer for adgang til ydelser, gøre brug af ventelister og benytte sig af gate keepers som eksempelvis den rolle, praktiserende læger udfører i forhold til adgang til speciallæger og hospitalsbehandling (Strandberg-Larsen et al. 2007: 98).

Alternativt kan efterspørgslen reguleres gennem efterspørgselsmekanismer med det sigte at reducere borgernes efterspørgsel. En mulighed er her at opprioritere forebyggende foranstaltninger for på sigt at reducere efterspørgslen, hvilket den kommunale medfinansiering af sundhedsområdet er et eksempel på. Man kan også vælge at indføre en form for egenbetaling såsom brugerbetaling for dermed at søge at påvirke brugeren til at afstemme sin efterspørgsel efter prisen på de offentlige ydelser og sin personlige økonomiske formåen. Erfaringerne viser, at dette kan være en effektiv måde at reducere efterspørgslen efter offentlige ydelser på, og brugerbetaling kan samtidig være med til at finansiere et øget udbud (Kommunernes Landsforening, Finansministeriet m.fl. 2002: 114, 126). Rapporten fokuserer på dette sidste styringsværktøj: brugerbetaling.

1.2 Formål

Formålet med projektet er at kortlægge brugerbetalingspolitikken i Danmark og i udvalgte nabolande: Norge, Sverige Finland, Tyskland og England.¹ Hvilke former for brugerbetaling findes i de respektive lande, på hvilke områder, og hvilket betalingsniveau er der?

Kortlægningen af brugerbetaling er begrænset til sundheds- og ældreområdet og er baseret på studier af offentlige dokumenter samt i enkelte tilfælde indsamling af supplerende og uddybende viden fra de pågældende landes ministerier.

1.3 Opbygning af rapporten

Rapporten er opbygget på følgende måde: I kapitel 2 gennemgås relevante metodiske overvejelser, der relaterer sig til dataindsamlingen og operationaliseringen af centrale begreber.

I kapitel 3 gives en opsummering af kortlægningen i form af sammenligning af brugerbetaling i de udvalgte lande. Derefter følger baggrundskapitlerne bag sammenligningen henholdsvis for sundhedsområdet i kapitel 4 og for ældreområdet i kapitel 5. Hvert kapitel er opdelt i separate landekapitler, der redegør for området i det pågældende land, herunder udbredelsen af brugerbetaling. I tabelbilagene (kapitel 7) gives detaljerede oversigter for hvert land, og de anvendte kilder er oplistet i litteraturen. I appendiks findes en ordliste over benævnelser for centrale begreber i de udvalgte lande.

¹ I almindeligt sprogbrug sondres ikke altid mellem Storbritannien og England, på trods af at sidstnævnte kun udgør en del af førstnævnte (der også omfatter Skotland, Wales og Nordirland). I denne rapport er kortlægningen begrænset til England.

2 Metode

2.1 Udvælgelse af lande og områder

I kortlægningen indgår Danmark og fem nabolande: Dels tre mindre skandinaviske lande med nogenlunde samme demografiske størrelse som Danmark: Norge, Sverige, Finland; dels to større europæiske lande: Tyskland og England. For det første er der tale om lande, vi ofte sammenligner os med. For det andet afspejler landene forskellige typer af velfærdsmodeller: de skandinaviske lande en universel model, Tyskland en selektiv model og England en residual, angelsaksisk model (Green-Pedersen, Klitgaard & Nørgaard 2004). I en kortlægning af egenbetaling tjener denne variation i velfærdsmodeller det formål, at der indgår lande med forskellige traditioner for, hvordan offentlige ydelser finansieres. I førstnævnte lande er offentlige velfærdsydelser i høj grad universelle, hvilket ikke er tilfældet i de to sidste typer. Adgangen til offentlige ydelser er i den selektive model baseret på forsikringsordninger og borgerens arbejdsmarkedstilknytning. I den residuale model er offentlige ydelser tænkt som en sidste udvej, og adgangen er baseret på borgerens konkrete behov. Samlet set afspejler de udvalgte lande dermed nabolande med såvel klare ligheder som klare forskelle til Danmark.

Kortlægningen af brugerbetaling afgrænses til ældre- og sundhedsområdet, da disse to områder har påkaldt sig særlig opmærksomhed i den offentlige debat om brugerbetaling i Danmark. Dette skyldes blandt andet de stigende udgifter til sundhedsvæsenet og de demografiske udfordringer med en aldrende befolkning, som Danmark og en række andre lande står over for.

Sondringen mellem sundheds- og ældreområdet er en analytisk sontring, der ikke er så knivskarp, som afsnitsinddelingen giver indtryk af. En række af ydelserne er selvsagt også naturligt sammenhængende. Det er eksempelvis ikke entydigt, om sygepleje i hjemmet hører under sundheds- eller ældreområdet. Ydermere må man forvente, at der fra politisk side er et ønske om at integrere ydelser på tværs af de to områder for at give borgerne sammenhængende pleje- og behandlingsforløb. En sådan sammentænkning kommer eksempelvis i Sverige og Finland til udtryk ved, at der her er fastsat periodiske lofter for ydelser inden for både sundheds- og ældreområdet (periodeloft omtales senere i afsnit 2.2). Ikke desto mindre er de to områder forsøgt behandlet adskilt fra hinanden med den tilføjelse, at der i nogle landeafsnit for det ene område vil blive henvist til det tilhørende afsnit for det andet område. Ligeledes er tjenester på de to områder oplistet hver for sig i tabelbilaget (Tabel 7.1 til Tabel 7.6).

Tjenester til funktionshæmmede er i nogle tilfælde at sidestille med tjenester til ældre, fx på hjemmehjælpsområder, og er i disse tilfælde også omfattet af kortlægningen. Men rapportens hovedfokus er de generelle brugerbetalingsprincipper på sundheds- og ældreområdet. Det falder derfor som udgangspunkt uden for rapporten at kortlægge særlige forhold for enkelte brugergrupper og ydelsestyper. Det gælder fx barnløse, misbrugere og kronikere.

2.2 Begrebsafklaring

Brugerbetaling er en direkte betalingsform, hvor en bruger helt eller delvist betaler for en tjeneste for at gøre brug af den. Gratisydelse er i modsætning hertil tjenester, som brugeren indirekte betaler for gennem skatter og afgifter. Man kan sondre mellem to overordnede former for brugerbetaling (Velfærdskommissionen 2005a: 811):

- Generel brugerbetaling
- Tilkøbsydelse

Generel brugerbetaling (herefter blot benævnt brugerbetaling) er karakteriseret ved, at alle har adgang til det samme udbud af ydelser og betaler for en kvalitet af ydelsen, der er ens for alle. Ved tilkøbsydelse udbydes en tjeneste i forskellige kvalitetsniveauer til forskellige priser, som borgeren kan vælge mellem. Et eksempel på brugerbetaling er, at en borger skal betale et vist dagligt beløb for at være indlagt på et hospital, mens en tilkøbsydelse kunne være, at patienten har mulighed for at betale ekstra for at få enestue, fjernsyn eller særlig kost. Brugerbetaling for hospitalsophold findes for eksempel i Sverige og Tyskland, mens tilkøbsydelse under indlæggelsen for eksempel findes i England, hvor indlagte patienter skal betale for adgang til stuetelefon og fjernsyn (Boyle 2011: 101).

I denne rapport kortlægges brugerbetaling, men ikke tilkøbsydelse, som også er en mindre udbredt form for brugerbetaling (Kommunernes Landsforening, Finansministeriet m.fl. 2002: 126). I udgangspunktet var det projektets intention også at kortlægge tilkøbsydelse, men dette blev ikke gjort af to grunde: For det første på grund af de givne tidsrammer for projektet, og for det andet fordi der er tale om en mere kompleks form for brugerbetaling, hvilket skyldes, at tilkøbsydelse netop er tjenester tilbudt i forskellige kvaliteter til forskellige priser. Definitionen på tilkøbsydelse gør det derfor i sig selv kompliceret at kortlægge udbredelsen af denne form for brugerbetaling.

Brugerbetaling begrænses i nogle definitioner til offentligt producerede ydelser. Vi inkluderer dog også grænsetilfælde, hvor ydelserne er privat producerede, men underlagt offentlig regulering (Kommunernes Landsforening, Finansministeriet m.fl. 2002: 126). Ved at inkludere disse grænsetilfælde medtager vi situationer, hvor ansvaret og organiseringen af ydelser er placeret hos det offentlige, mens produktionen foregår i privat regi. Det kunne eksempelvis være praktiserende læger eller tandlæger, der er ansat i privatdrevne klinikker, men som modtager betaling for deres ydelser fra det offentlige. Såfremt disse ydelser er belagt med brugerbetaling, er der tale om grænsetilfælde, der medtages i denne rapport.

Overordnet kan der sondres mellem to typer af offentligt regulerede brugerbetalingsordninger:

- *Brugerbetaling* for en offentligt produceret ydelse
- *Tilskud* til at reducere betalingen for en privat produceret ydelse

I førstnævnte tilfælde betaler brugeren direkte til det offentlige, mens betalingen i det andet tilfælde går til en privat producent – og hvor det offentlige *tilskud* helt eller delvist dækker prisen på den privat producerede ydelse (Kommunernes Landsforening, Finansministeriet

m.fl. 2002: 126). Tilskud som betalingsform medtages i flere tilfælde i kortlægningen, da betalingsformen anvendes for en række centrale tjenester. I Danmark eksempelvis i form af medicintilskud og tilskud til kiropraktorer. Det er her vigtigt at bemærke, at brugerbetaling og brugerbetalingsreducerende tilskud er to sider af samme sag: Hvis en borger modtager et tilskud, der ikke dækker hele prisen på en given tjeneste, så betaler borgeren også et vist beløb for at benytte sig af tjenesten. Hvis man eksempelvis får et tilskud på 60 procent af prisen på et medicinsk produkt, så svarer dette til, at man betaler 40 procent af prisen i brugerbetaling. Brugerbetalingsbeløbet for en given tjeneste er derfor det beløb, borgeren skal have op af lommen for at modtage tjenesten (Rudbeck et al. 1995: 9).

Uanset om der er tale om brugerbetaling til det offentlige eller brugerbetalingsreducerende tilskud kan den konkrete indretning af brugerbetalingen foregå på mange forskellige måder. For det første kan betalingen ske i form af et fastsat kronebeløb for en given ydelse eller et procentuelt beløb af de omkostninger, der er forbundet med produktionen og leveringen af tjenesten. Eksempler er et fast kronebeløb for at gå til lægen som i Norge og en sats på 10 procent af prisen på medicin og andre forbrugsmidler som i Tyskland. En variant af sidstnævnte er, at satsen fastsættes som en procentuel andel af brugerens indkomst, som det eksempelvis benyttes for langvarig institutionel pleje i Norge. Man kan også gøre brug af abonnementsordninger, hvor brugerbetalingen er frakoblet forbruget af tjenesten. Et eksempel er den svenske abonnementsordning på tandlægeområdet (læs nærmere herom i landeafsnittet for Sverige). En fjerde mulighed er at gøre brug af et trinsystem, hvor satserne på brugerbetalingen, eller størrelsen på tilskuddene, er knyttet til kategorier af tjenester. Eksempler er tandlægebehandling i England, som er inddelt i tre kategorier efter typen af behandling. Et andet eksempel er tilskud udbetalt i forbindelse med et langvarigt plejebehov i Tyskland, som er inddelt i tre kategorier efter omfanget af personens plejebehov.

For det andet varierer det, hvad betalingen er knyttet til – eksempelvis et besøg, et produkt eller noget tredje. Denne variation opstår blandt andet helt naturligt, fordi mange forskellige slags tjenester tilbydes på ældre- og sundhedsområdet. Nogle betalinger knytter sig derfor til eksempelvis en konsultation eller et besøg, en indlæggelses- eller kalenderdag, et måltid eller et lægemiddel. Andre ydelser knytter sig til et behandlingsforløb såsom et gebyr for første besøg, men intet gebyr ved viderehenvielse til anden læge. Det gælder eksempelvis lægebesøg i Tyskland (dog kun inden for samme kvartal). En tredje form for gebyrer er periodebestemt, som eksempelvis lægebesøg i Finland, hvor man kan vælge at betale et årsgebyr for kalenderåret. Et eksempel på en variant er den føromtalte svenske abonnementsordning for tandlægebehandlinger. Hvorvidt betalingen knytter sig til det ene eller det andet, er anført for hver enkelt ydelse i tabelbilagene.

For det tredje kan brugernes betaling for ydelser ikke alene have form af, at de enkelte ydelser er belagt med en form for betaling. Der kan også eksistere under- og overlofter for, hvor meget der må opkræves for den enkelte ydelse eller pakke af ydelser. Sådanne lofter er derfor også kortlagt i rapporten. En første form for loft er *minimums- og maksimumssatser*, hvor der er fastsat regler for, hvor meget der minimalt og/eller maksimalt må opkræves. Et eksempel er lægemidler i Tyskland, hvor prisen skal være mellem €5 og €10 per middel. Et andet eksempel er lægebesøg i Finland, hvor man fra nationalt hold har bestemt, at den

kommunalt fastsatte pris maksimalt må være €13,70. En anden form for loft er *periodeloft*, hvor der er fastsat regler for, hvor meget der må opkræves for pakker af ydelser inden for en tidsbestemt periode. Et eksempel er det svenske "högkostnadsskydd" (på 900 SEK per 12 måneder), der bl.a. omfatter betaling for ambulant sundheds- og sygepleje, visse forbrugsartikler og visse tandbehandlinger. Periodeloftet forekommer som sagt også for enkelte ydelser, fx kortvarig sygehusindlæggelse i Finland, hvor der maksimalt må opkræves betaling for 7 indlæggelsesdage per kalenderår for patienter under 18 år. Periodeloftet gennemgås i de respektive landeafsnit for henholdsvis sundheds- og ældreområdet. Minimums- og maksimumssatser for de enkelte ydelser omtales direkte i tabelbilagene.

2.3 Dataindsamling

For sundheds- og ældreområdet har kortlægningen taget sit udgangspunkt i Velfærdskommissionen (2005a: kapitel 15) og den tilhørende baggrundsrapport (2005b). Den henviser for det første videre til OECD (2004a; 2004b), hvor der gives en detaljeret oversigt over brugerbetaling på sundhedsområdet i OECD-landene, og for det andet videre til andre kilder (officielle hjemmesider etc.) for de enkelte lande. Velfærdskommissionen og OECD-rapporterne er dog for det første 6-7 år gamle, hvilket er mindre tilfredsstillende for en kortlægning af brugerbetaling, der kontinuerligt er udsat for forandringer (hvis ikke de generelle regler, så i hvert fald satserne). For det andet giver disse publikationer ikke de nødvendige dybdegående beskrivelser af sundheds- og ældreområderne i landene, der er omfattet af kortlægningen. Derfor blev publikationerne suppleret med (i de fleste tilfælde nyere) landerapporter fra serien *Health Systems in Transition* udgivet af *European Observatory on Health Systems and Policies* (for Danmark Strandberg-Larsen et al. 2007; for Norge Johnsen 2006; for Sverige Glengård et al. 2005; for Tyskland Busse & Riesberg 2004; og for England Boyle 2011).² Landeafsnittene for de enkelte lande er primært skrevet på baggrund af disse publikationer. Desuden blev publikationerne brugt til at finde de relevante love og myndigheder i de enkelte lande, hvorfra opdaterede informationer samt love, forordninger og vejledninger blev hentet fra officielle hjemmesider og oversigter.³

Så vidt vides, er der ikke tidligere blevet foretaget en så detaljeret indsamling af oplysninger om egenbetaling på sundheds- og ældreområdet (sammenlign med fx OECD 2004a; 2004b; Rudbeck et al. 1995; Velfærdskommissionen 2005b). Dette gør det selvsagt vanskeligt

² Den sidste WHO-undersøgelse af Finland er fra 2008, men en søgning ledte til en lidt nyere kilde, der i stedet anvendes: Teperi et al. (2009).

³ Før projektet påbegyndtes, var der en forhåbning om, at de enkelte landes ministerier (eller andre relevante myndigheder) havde tilgængelige, opdaterede oversigter over brugerbetaling og tilkøbsydelser. Dette viste sig ikke at være tilfældet for alle lande, og derfor er kortlægningen i nogle tilfælde baseret på et betragteligt antal love, forordninger og vejledninger. Der fandtes oversigter for sundhedsområdet i Norge, Sverige og Finland, og for både sundheds- og ældreområdet i Tyskland. Det var dog typisk stadig nødvendigt at kombinere disse oversigter med yderligere kilder for at få den nødvendige dækning af tjenester.

Der er i få nogle tilfælde indhentet supplerende oplysninger fra organisationer og forskere. Blandt andet har Siv Sandberg (ved Åbo Akademi) kommenteret på landekapitlet for Finland, og Dag Olaf Torjesen (Universitetet i Agder) på landekapitlet for Norge.

gere at krydskontrollere oplysningerne op mod andre kilder, men det har dog været muligt at kontrollere nogle oplysninger. De indsamlede oplysninger er blevet sammenlignet med følgende kilder: Velfærdskommissionen (2005b: 345), OECD (2004b) og OECD (2005).

Sluttelig skal et forbehold nævnes, som vedrører fortolkningen af oplysninger om tilskud. For nogle tjenesters vedkommende er der kun fundet oplysninger om, at der ydes et offentligt tilskud til borgeren, men ikke om hvorvidt tjenesten er belagt med brugerbetaling. I disse tilfælde slutter vi fra tilstedeværelsen af et tilskud, at borgeren skal betale for at modtage ydelsen. Man kan dog forestille sig situationer, hvor dette ikke nødvendigvis er tilfældet, eksempelvis hvis tilskuddet dækker tjenesten fuldt ud og i så fald er gratis for borgeren. Vi kan udelukke dette i de tilfælde, hvor tilskuddet udgør en procentandel af de omkostninger, der er forbundet med tjenesten, hvilket eksempelvis er tilfældet for en konsultation hos en psykolog i Danmark (se Tabel 7.1). Men der er andre tilfælde, hvor det ikke kan udelukkes. Det gælder fx ordineret medicin, hvis der gives et tilskud på op til 100 procent af prisen. Det kan også tænkes, at et oplyst tilskud angivet i kroner i realiteten dækker hele prisen for tjenesten, uden at dette er blevet oplyst i det fundne kildemateriale. Det er derfor nødvendigt at knytte et generelt forbehold til fortolkningen af tjenester, der kun baserer sig på oplysninger om tilskud. I denne rapport antages sådanne tjenester at være belagt med brugerbetaling, men det kan ikke udelukkes, at de i nogle tilfælde er gratis for borgeren at modtage.

3 Sammenligning af brugerbetaling i Danmark og fem nabolande

I dette kapitel redegøres først for overordnede ligheder og forskelle mellem udvalgte OECD-lande på sundheds- og ældreområdet. Dernæst følger en sammenligning af brugerbetaling på disse to områder i seks udvalgte lande.

3.1 Finansieringen af sundheds- og ældreudgifter i udvalgte OECD-lande

Dette afsnit indeholder en sammenligning af visse udgifters sammensætning på forskellige finansieringskilder i 17 udvalgte OECD-lande, som dækker Vesteuropa og USA. Som nævnt i afsnit 2.1 er det vanskeligt at sondre mellem sundhedsområdet og ældreområdet, hvilket også gør sig gældende i det følgende. Først ser vi nærmere på de samlede sundhedsudgifter og dernæst på udgifter til langvarig pleje.

I Tabel 3.1 gives en oversigt over sammensætningen af sundhedsudgifterne i udvalgte OECD-lande fordelt på offentlige og private finansieringskilder. I de vesteuropæiske lande er den primære finansieringskilde offentlige midler, som finansierer mellem 59 og 85 procent af sundhedsudgifterne, gennemsnitligt 76 procent (i USA udgør disse midler kun 48 procent). Den resterende finansiering kommer fra private midler i form af private sundhedsforsikringer og brugerbetaling, der tilsammen finansierer mellem 15 og 41 procent af udgifterne i de vesteuropæiske lande (52 procent i USA), gennemsnitligt 24 procent.

I tabellen gives også tal for de private midler opdelt på brugerbetaling og private sundhedsforsikringer. Generelt er brugerbetaling den største af de to finansieringskilder og finansierer mellem 7 og 31 procent af sundhedsudgifterne i de udvalgte lande, gennemsnitligt 16 procent. Private sundhedsforsikringer bidrager med de resterende 0-33 procent af de private midler, gennemsnitligt 8 procent.⁴ Undtagelserne fra dette generelle billede er især USA, men også Holland og Frankrig, hvor bidraget fra private sundhedsforsikringer er større end bidraget fra brugerbetaling.

For Danmarks vedkommende ligger de offentlige midlers bidrag til sundhedsudgifterne et stykke over gennemsnittet for de medtagne lande, og de private midlers bidrag tilsvarende et stykke under det gennemsnitlige. Ser vi på sammensætningen af de private midler, gør vi i Danmark mindre brug af private sundhedsforsikringer, mens bidraget fra brugerbetaling er tæt på det gennemsnitlige bidrag. De 13,7 procent svarer til 26,2 mia. kroner i 2009.

Som det fremgår af det foregående kapitel, indgår der ud over Danmark fem andre lande i dette projekts kortlægning af brugerbetaling (markeret med * i tabellen). Ser vi på de fire

⁴ Bidragene fra brugerbetaling og private sundhedsforsikringer summerer ikke til den samlede private finansiering, fordi to finansieringskilder udelades, henholdsvis bidrag fra non-profit organisationer og virksomheder (ud over sundhedsforsikringer).

skandinaviske lande, er lighederne større end forskellene med hensyn til sundhedsudgifternes finansieringsmæssige sammensætning. De offentlige midlers bidrag er på mellem 82 og 85 procent, med 75 procent i Finland som en afvigelse herfra. Bidraget fra private sundhedsforsikringer er meget lille i alle fire lande, mellem 0 og 2 procent, og brugerbetalingens bidrag er relativt ens, mellem 14 og 19 procent. Hvad angår de to øvrige lande, er finansieringskildernes sammensætning nogenlunde den samme for Storbritannien, med den undtagelse at bidraget fra brugerbetaling er lavere end i de skandinaviske lande.⁵ Til sammenligning bidrager offentlige midler mindre til sundhedsudgifterne i Tyskland – nogenlunde lige så meget som i Finland.⁶ Men omvendt er bidraget fra private sundhedsforsikringer noget større, og bidraget fra brugerbetaling lidt lavere end i de skandinaviske lande.

Alt i alt tegner der sig følgende billede af de udvalgte lande i kortlægningen. Selvom der samlet set er betydelig variation i landenes befolkningsstørrelse (fire mindre skandinaviske lande og to store europæiske lande), er der tale om seks relativt ens lande med hensyn til sundhedsudgifternes sammensætning på forskellige finansieringskilder. De offentlige midler er i alle seks lande en relativt stor finansieringskilde i forhold til andre OECD-lande, og brugerbetalingens bidrag varierer fra lav (Storbritannien og Tyskland) til gennemsnitlig (de skandinaviske lande).

⁵ I kortlægningen indgår kun England og ikke hele Storbritannien. Det har dog ikke været muligt at finde særskilte tal for finansieringskildernes sammensætning i England.

⁶ Om Tyskland skal det bemærkes, at sundhedsudgifterne i høj grad finansieres af obligatoriske sundhedsforsikringer. Dette fremgår dog ikke direkte af tabellen, da bidraget fra disse forsikringer medregnes som en del af den offentlige finansiering.

Tabel 3.1 Sundhedsudgifternes sammensætning på finansieringskilder i udvalgte OECD-lande, nyeste tal

Land	År	Offentlig finansiering i alt	Privat finansiering i alt	Brugerbetaling	Private sundhedsforsikringer
Schweiz	2010	59,0 %	41,0 %	30,9 %	9,1 %
Portugal	2008	65,1 %	34,9 %	27,2 %	4,9 %
Spanien	2009	73,6 %	26,4 %	20,1 %	5,4 %
Belgien	2009	75,1 %	24,9 %	20,0 %	4,8 %
Italien	2010	77,6 %	22,4 %	19,6 %	1,0 %
Finland*	2010	75,1 %	24,9 %	18,8 %	2,1 %
Sverige*	2009	81,5 %	18,5 %	16,7 %	0,2 %
Østrig	2007	76,4 %	23,6 %	15,4 %	4,5 %
Norge*	2009	84,1 %	15,9 %	15,1 %	i/t
Danmark ¹ *	2009	84,5 %	15,5 %	13,7 %	1,8 %
Tyskland*	2009	76,9 %	23,1 %	13,1 %	9,3 %
Irland	2009	75,0 %	25,0 %	12,3 %	11,0 %
USA	2009	47,7 %	52,3 %	12,3 %	32,8 %
Luxembourg	2009	84,0 %	16,0 %	11,6 %	3,1 %
Storbritannien*	2009	84,1 %	15,9 %	10,5 %	1,1 %
Holland	2002	62,5 %	37,5 %	8,0 %	17,1 %
Frankrig	2009	77,9 %	22,1 %	7,3 %	13,3 %

Kilde: OECD Health Data 2011 (OECD, 2011a), OECD (2011b: 157).

Anm.: Lande er sorteret aftagende efter brugerbetalings andel af sundhedsudgifterne. De udvalgte lande dækker Vesteuropa samt USA. Landene, som indgår i rapportens videre kortlægning, er markeret med en asterisk ("**"). Tal henviser til seneste år (angivet under "År"). Ikke tilgængelig information er angivet med "i/t". Sundhedsudgifter er defineret som de samlede udgifter, jf. OECD. I de fleste tilfælde summerer bidragene fra brugerbetaling og private sundhedsforsikringer ikke til den samlede private finansiering. Dette skyldes, at to finansieringskilder er udeladt, henholdsvis bidrag fra non-profit organisationer og virksomheder (ud over sundhedsforsikringer).

Note 1: Tallene for Danmark er fra en anden kilde (OECD, 2011b: 157) end tallene for de øvrige lande (2011a). Dette skyldes, at de nyeste tal for Danmark i sidstnævnte kilde er fra 1998 med følgende procenttal: offentlige og private midler udgør 82,1 % og 17,9 % af sundhedsudgifterne, 16,9 % stammer fra brugerbetaling og 1,5 % stammer fra private sundhedsforsikringer.

I Tabel 3.2 gives tilsvarende tal for udgifter til langvarig pleje i de vesteuropæiske lande (oplysninger for Storbritannien samt fire andre lande, der indgår i Tabel 3.2, er ikke tilgængelige). Langvarig pleje er et bredt begreb, der dækker over såvel sundhedstjenester som sociale tjenester (Colombo et al. 2011: 47), herunder langvarig sundhedspleje og hjemmehjælp. Disse udgifter kan derfor heller ikke entydigt tilskrives sundheds- eller ældreområdet.

Sammenlignet med de samlede sundhedsudgifter er der generelt en større variation mellem landene med hensyn til, hvor meget offentlige og private midler bidrager med til finansieringen af udgifterne i de medtagne lande. Offentlige midler finansierer mellem 39 og 100 procent af udgifterne, gennemsnitligt 80 procent, mens de resterende 0-61 procent finansieres af private midler, gennemsnitligt 20 procent (se i denne forbindelse fodnote 4). Der er ligeledes stor variation i brugen af brugerbetaling som finansieringskilde, der svinger mellem

0 og 58 procent med et gennemsnit på 18 procent. For private sundhedsforsikringer er der dog tale om en beskedent variation mellem landene, og denne finansieringskilde bidrager generelt med meget lidt, nemlig mellem 0 og 2 procent, med undtagelse af Belgien, hvor omkring 10 procent af udgifterne finansieres af private forsikringer.

For Danmarks vedkommende er de offentlige midlers bidrag noget over det gennemsnitlige niveau, og de private midlers bidrag derfor et tilsvarende stykke under det gennemsnitlige. Bidraget fra brugerbetaling er ligeledes noget under gennemsnittet, og private sundhedsforsikringer bidrager ikke til finansieringen af udgifterne til langvarig pleje i Danmark.

Hvad angår de øvrige lande, som indgår i kortlægningen (markeret med * i tabellen), er de skandinaviske lande kendetegnet ved en høj grad af offentlig finansiering af udgifterne til langvarig pleje, og i Sverige er dette reelt den eneste finansieringskilde. Bidraget fra brugerbetaling er for alle fire lande under det gennemsnitlige og varierer noget blandt landene: fra 14 procent i Finland over 10-11 procent i Danmark og Norge til 1 procent i Sverige. For Tyskland er der derimod tale om, at de offentlige midler bidrager med noget mindre, og brugerbetaling er en betragtelig finansieringskilde. Der er ikke tilgængelige tal for Storbritannien.

Tabel 3.2 Sammensætningen af udgifter til langvarig pleje på finansieringskilder i udvalgte OECD-lande, 2007

Land	Offentlig finansiering i alt	Privat finansiering i alt	Brugerbetaling	Private sundhedsforsikringer
Schweiz	38,8 %	61,2 %	58,4 %	0,4 %
Portugal	53,4 %	46,6 %	45,4 %	1,1 %
Tyskland*	67,2 %	32,8 %	30,4 %	1,7 %
Spanien	71,9 %	28,1 %	28,1 %	0,0 %
Østrig	81,9 %	18,1 %	17,1 %	0,0 %
Finland*	84,8 %	15,2 %	14,2 %	0,0 %
Norge*	89,3 %	10,7 %	10,7 %	0,0 %
Danmark*	89,6 %	10,4 %	10,4 %	0,0 %
Sverige*	99,2 %	0,8 %	0,8 %	0,0 %
Frankrig	99,2 %	0,8 %	0,4 %	0,4 %
Belgien	90,0 %	10,0 %	0,2 %	9,8 %
Holland	99,9 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %
Storbritannien*	i/t	i/t	i/t	i/t

Kilde: OECD Health System Accounts 2010 (fra Colombo et al. 2011: 231).

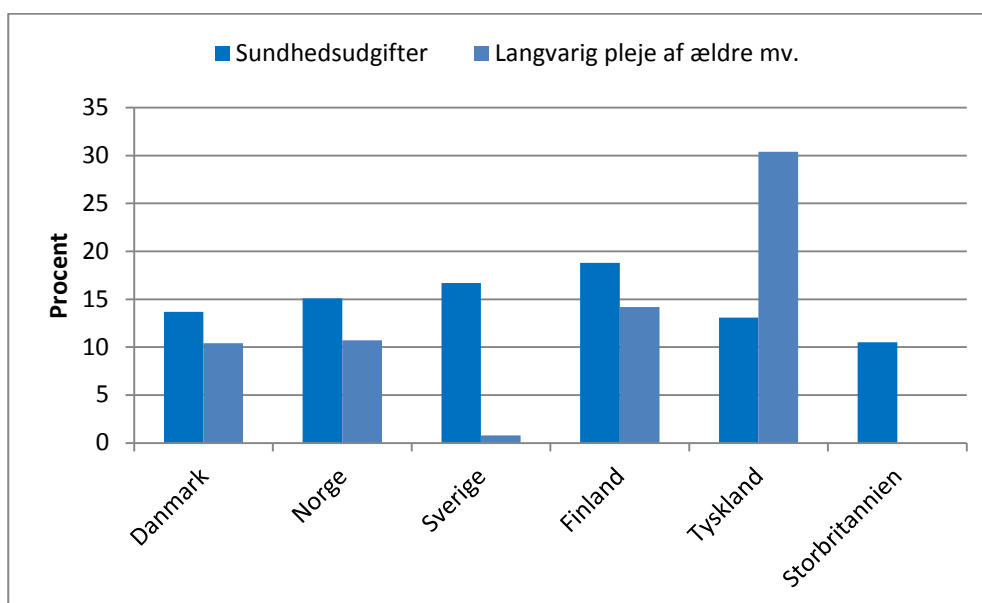
Anm.: Lande er sorteret aftagende efter brugerbetalingens andel af udgifterne til langvarig pleje. De udvalgte lande dækker Vesteuropa. Landene, som indgår i denne kortlægning, er markeret med en asterisk ("*"). Tal henviser til seneste år. Ikke tilgængelig information er angivet med "i/t". Udgifter til langvarig pleje er defineret jf. OECD. For nogle lande kan brugerbetalingens andel af udgifterne være underestimeret, jf. OECD.

For landene, der indgår i kortlægningen, er der både forskelle og ligheder: Offentlige midler finansierer en stor del af udgifterne til langvarig pleje i landene. Der er dog stadig betragtelig variation i størrelsen på bidraget, og derfor også variation i bidraget fra brugerbetaling, der svinger fra at være nærmest ikke-eksisterende i Sverige til at finansiere en tredjedel af udgif-

terne i Tyskland. For brugerbetalingens vedkommende er der derfor større variation her, end tilfældet er for de samlede sundhedsudgifter.

For de seks lande, der indgår i den videre kortlægning, er brugerbetalingens andel af udgifterne opsummeret i Figur 3.1. Figuren understøtter indtrykket af, at brugerbetalingens finansieringsmæssige vægt i Danmark er en smule lavere end i de øvrige nordiske lande, og en smule højere end i Tyskland og England. Figuren illustrerer også, at der er større variation mellem landene, hvad angår langvarig pleje, og at Danmark her minder mest om Norge og Finland.

Figur 3.1. Brugerbetalingens andel af udgifterne i Danmark og nabolande



Kilde: OECH Health Systems Accounts 2010 og OECD Health Data 2011.

Anm.: Oplysninger om langvarig pleje er ikke tilgængelige for Storbritannien.

I det følgende kortlægges mere systematisk forskelle og ligheder mellem den konkrete brugerbetalingspolitik på sundheds- og ældreområdet i Danmark, Norge, Sverige, Finland, Tyskland og England.

3.2 Sundheds- og ældreområdet i de seks udvalgte lande

I del A af Tabel 3.3 gives en oversigt over overordnede forhold for sundhedsområdet i Danmark og de fem undersøgte nabolande. I Danmark leveres de primære sundhedstjenester af regionerne, hvilket også er tilfældet i Sverige og England. I Norge og Finland leveres tjenesterne i stedet af kommunerne, og i Tyskland i høj grad af private non-profit og profit virksomheder. Leveringen af de specialiserede sundhedstjenester er hovedsageligt placeret hos de samme aktører. Det gælder dog ikke Norge, hvor ansvaret er placeret hos sundhedsregioner under staten.

I Danmark og de øvrige skandinaviske lande samt i England er sundhedssystemerne primært offentligt finansierede via skatter, jf. Tabel 3.1 (på side 18). I Tyskland er den primære finansieringskilde derimod obligatoriske sundhedsforsikringer (hvilket dog ikke fremgår af Tabel 3.1, da sundhedsforsikringer i Tyskland medregnes som en del af de offentlige midler⁷). Den mest udbredte form for brugerbetaling på sundhedsområdet er faste satser gældende for hele landet, hvilket forekommer i Danmark, Norge, Tyskland og England. I Finland og Sverige varierer satserne derimod mellem geografiske områder, henholdsvis mellem kommuner og regioner. For Finland er der endvidere fastsat maksimale satser gældende for hele landet, som de kommunale satser skal holde sig inden for.

I Danmark er der ikke fastsat noget periodeloft for brugerbetaling på sundhedsområdet, med undtagelse af et loft for køb af medicin for kronikere. Der er dog fastsat lofter for andre ydelser end medicin i Norge, Sverige, Finland og Tyskland. Disse lofter begrænser, hvor meget der samlet set kan opkræves i brugerbetaling for givne typer af sundhedsydelser.⁸ I tre af landene er lofterne fastsat til et fast beløb for alle personer, mens det i et enkelt land fastsættes individuelt for den enkelte person (Tyskland).

I del B af Tabel 3.3 gives en oversigt over organiseringen af ældreområdet i Danmark og de fem undersøgte nabolande. I næsten alle landene leveres tjenesterne af kommuner. I England leveres de af særlige råd med ansvar for voksentjenester. I Tyskland leveres tjenesterne derimod hovedsageligt af private non-profit og profit virksomheder. Den gennemgående primære finansieringskilde er kommunale og lokale skatter. I alle lande undtagen England er der fastsat maksimale satser for tjenester på ældreområdet, der er gældende for hele landet. Der er periodeloft for ældretjenester i Norge og Sverige med Finland som et gråzoneeksempel (jf. afsnit 5.4). I Norge er loftet fastsat til et fast beløb for alle personer, mens det i Sverige fastsættes individuelt for den enkelte person.

⁷ Obligatoriske forsikringsordninger adskiller sig væsentligt fra private forsikringssystemer og fungerer i mange henseender mere som et skattefinansieret system end som et privat forsikringssystem med individuelle valg af forsikringsniveau og -form.

⁸ I de enkelte lande varierer det, hvilke tjenester der dækkes af loftet eller lofterne (læs nærmere herom i kapitel 3). Brugen af flere lofter afspejler, at der er fastsat forskellige lofter for forskellige pakker af tjenester. Endvidere kan der være lofter for enkelte typer af tjenester (eksempelvis hvor mange indlæggelsesdage der må opkræves brugerbetaling for). Disse lofter omtales ikke nærmere her, men er specificeret i tabellerne for de enkelte lande i tabelbilagene.

Tabel 3.3 Overordnede forhold i Danmark og de fem nabolande

OMRÅDE	DANMARK	NORGE	SVERIGE	FINLAND	TYSKLAND	ENGLAND ¹
<u>A. Sundhedsområdet</u>						
<u>Levering af sundhedstjenester</u>						
Primære tjenester	Regioner ⁴	Kommuner	Regioner	Kommuner	Privat	Regioner ³
Specialiserede tjenester	Regioner	Hele landet ²	Regioner	Kommuner	Privat	Regioner ³
Primær(e) finansieringskilde(r)	National sundhedsskat	Statslige, amtslige og kommunale skatter	Kommunale og amtslige skatter	Kommunale skatter og statslige tilskud	Sundhedsforsikringer	Generelle skatter og nationale forsikringsbidrag
<u>Brugerbetaling</u>						
Satser fastsat for	Hele landet	Hele landet	Regioner	Kommuner	Hele landet	Hele landet
Maksimalt antal fastsat for hele landet?	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
Periodeloft (antal, tidsperiode)? ⁵	Nej ⁶	Ja (3, kalenderåret)	Ja (4, løbende)	Ja (1, kalenderåret)	Ja (1, kalenderåret)	Nej
Form for loft	-	Fast loft	Fast loft	Fast loft	Individuelt loft	-
<u>B. Ældreområdet</u>						
<u>Levering af ældretjenester</u>						
Primær(e) finansieringskilde(r)	Kommuner	Kommuner	Kommuner	Kommuner	Privat	Lokale råd
	Kommunale skatter og brugerbetaling	Kommunale skatter, statslige tilskud, gebyrindtægter og brugerbetaling	Kommunale skatter og statslige tilskud	Kommunale skatter, statslige tilskud og brugerbetaling	Sundhedsforsikringer	Lokale rådsskatter, virksomhedsskatter, brugerbetaling og forsikringsordninger
<u>Brugerbetaling</u>						
Maksimalt antal fastsat for hele landet?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja ⁷	Nej
Periodeloft (antal, tidsperiode)? ⁵	Nej	Ja (1, månedligt)	Ja (2, månedligt)	Nej	Nej	Nej
Form for loft	-	Individuelt loft	Fast loft	-	-	-

Anmærkninger:

A. Sundheds- og ældreområdet:

Ansvar for sundhedstjenester:

Anvendte termer: De generelle myndighedsniveauer, der er anvendt, er hele landet, regioner (herunder amter) og kommuner (lokale råd i England) samt private non-profit og profit virksomheder. Eventuelle særlige forhold angives i parentes. Primær(e) finansieringskilde(r): Angiver den eller de primære finansieringskilder for området under ét. Procentuel størrelse er ikke angivet.

Brugerbetaling:

Satser fastsat for: Angiver, hvilket myndighedsniveau satserne gælder for: hele landet, regioner eller kommuner. Maksimale satser fastsat for hele landet?: Angiver, om der er fastsat maksimale satser for hele landet. Periodeloft?: Angiver, om der er fastsat et loft for, hvor meget der må opkræves i brugerbetaling. I parentes anføres antallet af lofter, samt om perioden følger kalenderåret eller er løbende (fx det seneste år siden første gang, der blev opkrævet brugerbetaling).

Form for loft: Angiver, om periodeloft er fastsat til et fastsat beløb (fast loft), der er ens for alle borgere, eller om loftet fastsættes for den enkelte borger (individuel loft).

B. Øvrige anmærkninger:

Ikke tilgængelig information angives med "i/t" i tabellen.

Note 1: Kortlægningen af brugerbetaling gælder for England og ikke Storbritannien (der også omfatter Skotland, Wales og Nordirland).

Note 2: Organiseret i "sundhedsregioner".

Note 3: Organiseret i "strategic health authorities" (SHAs).

Note 4: Kommunerne har ansvaret for nogle ydelser inden for den primære sundhedstjeneste, jf. afsnit 4.1.

Note 5: Disse lofter omfatter forskellige tjenester og er af denne grund ikke direkte sammenlignelige mellem landene.

Note 6: Der er et periodeloft for køb af medicin for kronikere, som ikke medregnes, fordi der er tale om en særlig befolkningsgruppe.

Note 7: Maksimale tilskud fastsat ved lov, jf. afsnit 5.5.

3.3 Brugerbetaling i de seks udvalgte lande

I det følgende sammenlignes brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i de kortlagte lande. Der er fundet oplysninger om en række forskellige tjenester, men kortlægningen er ikke udtømmende, da der for nogle tjenesters vedkommende ikke kunne findes oplysninger for alle lande. For at gøre sammenligningen overskuelig er der endvidere kun medtaget udvalgte oplysninger for hver tjeneste.⁹ Udeladte oplysninger fremgår i stedet af de enkelte landetabeller i tabelbilagene (se kapitel 7).

I sammenligningen forholder vi os både til, om der opkræves betaling for de enkelte tjenester såvel som størrelserne på satserne. Med hensyn til sidstnævnte skal der dog nævnes det vigtige forbehold, at det kan være vanskeligt at sammenligne brugerbetalingssatser med tilskudssatser, forskellige betalingsformer såsom faste beløb og andele (af indkomst eller lignende), forskellige afgrænsninger efter typer af tjenester, faktiske satser og minimums-/maksimumssatser (herunder periodeloft), førstegangsbesøg, efterfølgende besøg og perodesatser, længde på institutionsophold, tid på døgnet (separate takster for konsultationer inden og uden for almindelige åbningstider), kontaktformen (eksempelvis konsultation hos sin læge eller telefonisk konsultation) og modtagergrupper.

I den forbindelse er det vigtigt, at læseren også er opmærksom på et andet forbehold nævnt tidligere i afsnit 2.3: For nogle tjenester er der kun fundet oplysninger om, at tjenesten er tilskudsberettiget, men ikke om hvorvidt den er belagt med brugerbetaling. Vi antager, at sådanne tjenester er belagt med brugerbetaling, men det kan ikke udelukkes, at de i nogle tilfælde kan være gratis for borgeren at modtage (se fx førnævnte afsnit).

3.3.1 Sundhedsområdet

I Tabel 3.4 gives en oversigt over satser for brugerbetaling, og mere udførlige oplysninger gives i Tabel 3.5 (for de fulde detaljer henvises læseren til tabelbilagene i kapitel 7). Som det fremgår af Tabel 3.4, er det gratis at gå til sin læge eller speciallæge i Danmark og England, mens man skal betale for dette i de øvrige lande. For et besøg hos sin læge betaler man mellem 74 og 167 kroner i de lande, hvor tjenesten er pålagt brugerbetaling, og for et besøg hos en speciallæge op til 250 kroner. I Norge betaler man 130 kroner for at besøge sin læge (i dagtimerne); i Sverige mellem 83 og 167 kroner alt efter, hvilket amt man bor i; i Finland op til 102 kroner (medmindre man har betalt et årsgebyr); og i Tyskland 74 kroner (for første besøg i et kvartal). For konsultationer hos en speciallæge betaler man typisk mere.

Det er derimod ikke gratis i nogen af landene at gå til sin tandlæge¹⁰: i Danmark skal man betale 60 procent af honoraret eller et fast beløb på mellem 50 og 170 kroner for et besøg, og i Finland op til 71 kroner. I Norge er der som oftest fuld brugerbetaling, og i Sverige skal man også betale for at se en tandlæge (medmindre man gør brug af abonnementsordnin-

⁹ For eksempel er der ikke medtaget oplysninger om befolkningsgrupper, der er fritaget for brugerbetaling.

¹⁰ For Danmark gælder dette for den almindelige voksentandpleje, mens der gælder andre regler for børnetandpleje samt hjemmetandpleje for fysisk og psykisk handicappede.

gen omtalt i afsnit 4.3). I Tyskland betaler man samme beløb for at se sin tandlæge som sin læge eller en speciallæge, og i England betaler man en af tre faste satser alt efter, hvilken behandling man modtager – maksimalt 1.816 kroner.

I Danmark skal borgere gennemsnitligt betale 82 procent af prisen for et besøg hos en kiropraktor, og i Tyskland og England skal man betale hele prisen selv (uoplyst for Finland). I Norge får man et tilskud på 114 kroner for første besøg (og et tilskud på 56 kroner for efterfølgende besøg), og i Sverige betaler man mellem 67 og 217 kroner. For et besøg hos en fysioterapeut skal man i Danmark betale godt 60 procent af prisen selv, og i Tyskland 10 procent af prisen. I Norge betaler man mellem 72 og 252 kroner (afhængig af behandlingsformen), og i Sverige mellem 67 og 167 kroner alt efter, hvilket amt man bor i. I Finland og England er et besøg hos en fysioterapeut derimod gratis.

For et besøg hos en psykolog betaler man 40 procent af prisen i Danmark, mens det er gratis i England (uoplyst for Finland). I Tyskland betaler man 74 kroner, i Sverige mellem 67 og 167 kroner og i Norge mellem 294 og 883 kroner (afhængig af konsultationens varighed).

For medicin gælder det i alle lande, at man skal betale et vist beløb af forskellig størrelse: i Danmark betaler man den fulde pris op til de første 865 kroner i et givent år, derefter mellem 25 og 50 procent af prisen op til 3.045 kroner, og derover 15 procent af prisen. I Sverige er der tilsvarende fuld brugerbetaling for de første 751 kroner i året, og derefter en faldende sats op til 1.502 kroner, hvorefter medicin er gratis at modtage. I Norge skal man betale 38 procent af receptbeløbet for medicin på blå recept (medicin til alvorlig og langvarig sygdom, dog maksimalt 499 kroner for et kvantum svarende til tre måneders forbrug). I Finland skal man betale 58 procent af prisen, i Tyskland 10 procent og i England 66 kroner per receptpligtig vare (medmindre man har betalt et periodegebyr).

Tabel 3.4 Satser for brugerbetaling på sundhedsområdet i Danmark og fem nabolande

TJENESTE	DANMARK	NORGE	SVERIGE	FINLAND	TYSKLAND	ENGLAND ¹
Læge	0	130 DKK	83-167 DKK	102 DKK	74 DKK	0
Speciallæge	0	173 DKK	0-250 DKK	204 DKK	74 DKK	0
Tandlæge	60 % eller 50-170 DKK	100 %	> 0	71 DKK	74 DKK	151/418/1.816 DKK
Kiropraktor	82 %	> 0	67-217 DKK	i/t	100 %	100 %
Fysioterapeut mv.	60,7 %	72-252 DKK	67-167 DKK	0	10 %	0
Psykolog	40 %	294-883 DKK	67-167 DKK	i/t	74 DKK	0
Medicin	15/25/50/100 %	38 %	0-100 %	58 %	10 %	66 DKK
Sygehusindlæggelse	0	0	54-67 DKK	242 DKK	74 DKK	0
Akutmodtagelse på sygehus	0	0	209-292 DKK	204 DKK	74 DKK	0
Laboratorieundersøgelser	0	45 DKK	i/t	0	i/t	i/t
Røntgenfotografering	0	209 DKK	0	0	0	0
Kunstig befrugtning	0	1.438 DKK	167-10.010 DKK	i/t	50 %	0
Sterilisering	0	1.216 DKK/ 5.829 DKK	209-11.011 DKK/ 209-8.676 DKK	i/t	100 %	0
Transport til behandling	100 %	125 DKK	i/t	i/t	10 %	> 0
Udeblivelse fra aftale	0	> 0	> 0	251 DKK	i/t	i/t

Anm.: I tabellen gives tal for hver tjeneste under typiske forhold, eksempelvis satsen for første konsultation hos sin læge i dagtimerne. Yderligere forhold oplyses i Tabel 3.5 og de fulde detaljer i tabelbilagene (i kapitel 7), herunder eksempelvis om periodeløfter og periodesatser, fritagne befolkningsgrupper og satser for særlige tjenester (såsom hjemmebesøg fra læge). Gratis tjenester er angivet med et nul. I visse tilfælde kan satser ikke angives præcist, hvilket er angivet med "> 0". Ikke tilgængelig information angives med "i/t" i tabellen. Omregning til dansk valuta er baseret på valutakurser fra den 1/1 2012 fra <http://www.valutakurser.dk/>.

Note 1: Kortlægningen af brugerbetaling gælder for England og ikke Storbritannien (der også omfatter Skotland, Wales og Nordirland).

Hvad angår sygehusindlæggelse, skal borgere i Danmark, Norge og England ikke betale for at blive indlagt. I Tyskland betaler man derimod 74 kroner per kalenderdag (dog maksimalt for 28 dage i kalenderåret), og i Sverige imellem 54 og 67 kroner. I Finland betaler man op til 242 kroner ved midlertidig indlæggelse, hvorimod satsen ved langvarig indlæggelse fastsættes på baggrund af patientens betalingsevne. Et besøg hos akutmodtagelsen er ligeledes gratis i Danmark, Norge og England, mens man også betaler 74 kroner for dette i Tyskland. I Finland betaler man op til 204 kroner, og i Sverige mellem 209 og 292 kroner.

Får man foretaget laboratorieundersøgelser, betaler man 45 kroner for dette i Norge, mens det er gratis i Danmark og Finland (uoplyst for de øvrige lande). Man betaler også for røntgenfotografering i Norge, 209 kroner, mens dette er gratis i de øvrige lande.

I Danmark og England er det gratis at modtage et antal forsøg med kunstig befrugtning, mens man i Norge betaler 1.438 kroner per forsøg (op til tre forsøg), og i Tyskland 50 procent af omkostningerne. I Sverige er der store forskelle mellem amterne, og par skal betale imellem 167 og 10.010 kroner per besøg i forbindelse med insemination (og mellem 167 og 267 kroner per besøg ved in vitro-fertilisering). Der er nogenlunde lignende priser for sterilisering, men i Tyskland er der dog fuld brugerbetaling for denne ydelse.

I Danmark er transport til behandling som hovedregel belagt med fuld brugerbetaling, og i Norge betaler man 125 kroner hver vej (400 kroner i forbindelse med frit sygehusvalg). I Tyskland betaler man 10 procent af prisen hver vej, og i England kan man i nogle tilfælde modtage tilskud (uoplyst for Sverige og Finland).

Slutteligt er det ikke muligt at opkræve gebyrer for udeblivelse fra en aftale hos sin læge eller speciallæge i Danmark, men dog kan tandlæger opkræve et gebyr. Heller ikke i forbindelse med behandling på et sygehus kan der opkræves et gebyr for udeblivelse. I Norge kan der dog opkræves et gebyr, hvis en borger udebliver fra en aftale hos sin læge. I Sverige kan man også opkræve et gebyr, og i Finland betaler man op til 251 kroner for udeblivelse fra en aftale på et sundhedscenter eller et sygehus (uoplyst for Tyskland og England).

Ser vi på sundhedsområdet under ét, skiller Danmark sig ud i forhold til sine nabolande. En række af de centrale sundhedsydelse, som er gratis for brugeren herhjemme, er belagt med brugerbetaling i flere af vores nabolande. Det gælder ydelser som læge- og speciallægebesøg samt indlæggelse på sygehus. Der er dog også ligheder mellem Danmark og dets nabolande, blandt andet hvad angår tandlægebesøg og køb af medicin.

Tabel 3.5 Mere detaljerede oplysninger om brugerbetaling på sundhedsområdet i Danmark og fem nabolande

TJENESTE	DANMARK	NORGE	SVERIGE	FINLAND	TYSKLAND	ENGLAND ¹
Læge	Gratis.	130/220 DKK dag/aften. Sygebesøg fra læge: 173/283 DKK dag/aften. Sygebesøg fra speciallæge i almen medicin: 201/312 DKK dag/aften.	Amtssats på 83-167 DKK per besøg (modus 125 DKK). Hjemmebesøgstillæg: 0-125 DKK (modus 42 DKK). Receptudskrivning: 0-83 DKK (modus 0 DKK). Beh. ved andet plejepersonale: 67-167 DKK (modus 83 DKK). Lægevagt: 83-292 DKK (modus 250 DKK). Akutmodt.: 225-334 DKK (modus 250 DKK).	Maks. 102 DKK per besøg, hvis årsgebyr på 204 DKK ikke er betalt. Sygeplejerskemodtagelse: gratis.	Sats på 74 DKK per kvartal (første besøg eller efterfølgende u/henvisning).	Gratis.
Speciallæge	Gratis.	Sats på 173/258 DKK dag/aften. Konsultation/sygebesøg fra specialist: 294 DKK.	Amtssats u/henv.: 192-267 DKK per besøg (modus 250 DKK); m/henv.: 0-250 DKK (modus 125 DKK).	Sats på 204 DKK per besøg ² .	Sats på 74 DKK per kvartal (første besøg eller efterfølgende u/henvisning).	Gratis.
Tandlæge	Sats på 60 % af honorar eller 50-170 DKK.	Som oftest fuld brugerbetaling.	Tilskud til visse beh. (alment tandlægebidrag). Satser varierer mellem tandlægeklinikker og behandlinger.	Sats maks. 56/71/103 DKK per besøg for tandplejer/tandlæge/specialist-tandlæge.	Sats på 74 DKK per kvartal (første besøg eller efterfølgende u/henvisning).	Tre fastsatskategorier (første besøg eller efterfølgende u/henvisning): 151/418/1.816 DKK.
Kiropraktor	Sats varierer, gnst. på 82 %.	Tilskud på 56 DKK (maks. 14 beh. per år, 114 DKK førstegangsund.).	Amtssats på 67-217 DKK (modus 83 DKK).	i/t	Typisk fuld brugerbetaling.	Typisk fuld brugerbetaling.
Fysioterapeut mv.	Sats på 60,7 % af beh.udgift v/henvisning.	Sats på 72-252 DKK per beh. (afhængigt af beh.formen).	Amtssats på 67-167 DKK (modus 83 DKK).	Gratis, undtagen på sundhedscenter (sats på 56 DKK per plejetilfælde).	Sats på 10 % af prisen og 74 DKK per recept.	Gratis.
Psykolog	Sats på 40 % af psykologens honorar, hvis i en af 11 særligt udsatte persongrupper og	Sats på 294-883 DKK per session af forsk. Varighed.	Amtssats på 67-167 DKK (modus 83 DKK).	i/t	Sats på 74 DKK per kvartal (første besøg eller efterfølgende u/henvisning).	Gratis.

TJENESTE	DANMARK	NORGE	SVERIGE	FINLAND	TYSKLAND	ENGLAND ¹
Medicin	<p>henvist fra læge.</p> <p>Fuld brugerbetaling op til 865 DKK per år; sats på 50 % fra 865-1.410 DKK; sats på 25 % fra 1.410-3.045 DKK; sats på 15 % over 3.045 DKK.</p> <p>Andre satser For borgere u/18 år.</p> <p>For kronikere er maksimal egenbetaling 3.555 DKK.</p> <p>Medicin udleveret på hospitaler er gratis.</p>	<p>Sats på 38% af receptbeløb på blå recept men maks. 499 DKK per kvantum svarende til 3 mdrs. forbrug.</p> <p>Udgifter til blandt andet medicin kan ikke overstige 1.803 DKK årligt ("egenandelstak 1").</p>	<p>Fuld brugerbetaling for første 751 DKK per år. Sats falder derefter gradvist til 0 % ved 1.502 DKK.</p>	<p>Sats for lægeordineret medicin på 58 % af prisen. Lavere satser for visse alvorlige og langvarige sygdomme (28 %; 0 %, dog 22 DKK per lægemiddel).</p> <p>Årlig patientandel på maksimalt 5.001 DKK per år, dog herefter 11 DKK per lægemiddel.</p>	<p><u>Lægemidler og forbindingsmidler</u>: sats på 10 % af prisen, dog mindst 37 DKK og højst 74 DKK.</p> <p><u>Medikamenter og genoptræning ("heilmitel")</u>: sats på 10 % af prisen og 74 DKK per recept.</p> <p><u>Hjælpe midler</u>: sats på 10 % af prisen per middel, dog mindst 37 DKK og højst 74 DKK.</p> <p><u>For forbrugshjælpe midler</u>: sats på 10 % per forbrugsenhed, dog højst 74 DKK per måned.</p>	<p>Sats på 66 DKK per receptpligtig vare eller fast beløb for periode: sats på 259 DKK for 3-måneders periode, sats på 926 DKK for 12-måneders periode.</p> <p>Mange befolkningsgrupper undtaget fra brugerbetaling.</p>
Sygehusindlæggelse	Gratis.	Gratis.	Amtssats for voksne på 54-67 DKK per indlæggelsesdag (modus 67 DKK).	<p><u>Kortvarig indlæggelse</u>: Maks. 242 DKK per indlæggelsesdag.</p> <p><u>Langvarig indlæggelse</u>: Maks. sats fastsættes ud fra patientens betalingssevne. Tilbageværende del af månedsindkomsten skal mindst være 721 DKK.</p>	Sats på 74 DKK per kalenderdag for maks. 28 dage i kalenderåret.	Gratis.

TJENESTE	DANMARK	NORGE	SVERIGE	FINLAND	TYSKLAND	ENGLAND ¹
Akutmodtagelse på sygehus	Gratis.	Gratis (i kommunal akutmodt.: Følger sats for læge og speciallæge).	Amtssats på 209-292 DKK per besøg (modus 250 DKK).	På sundhedscenter uden for normale åbningstider: Sats maks. 140 DKK per besøg. På åbent ambulatorium: Sats på maks. 204 DKK per besøg.	Sats på 74 DKK per kvartal (første besøg eller efterfølgende u/henvisning).	Gratis.
Laboratorieundersøgelser	Gratis.	Sats på 45 DKK.	i/t	Gratis.	i/t	i/t
Røntgenfotografering	Gratis.	Sats på 209 DKK.	Gratis.	Gratis.	Gratis.	Gratis.
Kunstig befrugtning	Gratis.	Sats på 1.438 DKK per forsøg (op til 3 forsøg). Udgifter til medicin op til 15.000 DKK.	<u>Insemination:</u> amtssats på 167-10.010 DKK (modus 250 DKK) per besøg for heteroseksuelle og lesbiske par. <u>In vitro-fertilisering:</u> amtssats på 167-267 DKK (modus 250 DKK) per besøg,	i/t	Sats på mindst 50 % af omkostninger.	Gratis.
Sterilisering	Gratis (gælder også refertilisation).	Sats på 1.216 DKK for mænd, sats på 5.829 DKK for kvinder.	Amtssats for kvinder på 209-11.011 DKK (modus 250 DKK) og for mænd på 209-8.676 DKK (modus 250 DKK).	i/t	Fuld brugerbetaling.	Gratis (gælder ikke ved refertilisation).
Transport til behandling	Som hovedregel fuld brugerbetaling.	Sats på 125 DKK hver vej (400 DKK hver vej i forbindelse med frit sygehusvalg).	i/t	i/t	Sats på 10 % af prisen hver vej, dog mindst 37 DKK og højst 74 DKK.	Fuld brugerbetaling medmindre man er blevet henvist og opfylder yderligere kriterier.
Udeblivelse fra aftale	Tandlæger kan opkræve gebyr for udeblivelse fra aftale. Gebyr kan ikke opkræves for udeblivelse fra sygehusbehandling.	Gebyr kan opkræves ved udeblivelse fra aftale hos læge, eller hvis afbud gives mindre end 24 timer før aftalen.	Sats kan opkræves på grundlag af grunde fastsat af amt/kommune.	Sats maks. 251 DKK.	i/t	i/t

Anm.: Kun udvalgte oplysninger om tjenesterne gives i tabellen. Yderligere forhold oplyses i tabelbilagene, eksempelvis om fritagne befolkningsgrupper. Omregning til dansk valuta er baseret på valutakurser fra den 1/1 2012 fra <http://www.valutakurser.dk/>. Ikke tilgængelig information angives med "i/t" i tabellen.

Note 1: Kortlægningen af brugerbetaling gælder for England og ikke Storbritannien (der også omfatter Skotland, Wales og Nordirland).

Note 2: Speciallæger omtales ikke specifikt i lovgivning eller forordning, men leveres igennem disse åbne ambulatorier (oplyst af Siv Sandberg, Åbo Akademi).

3.3.2 Ældreområdet

I Tabel 3.6 er en oversigt over satser for brugerbetaling, og mere udførlige oplysninger findes i Tabel 3.7 (de fulde detaljer findes i tabelbilagene i kapitel 7). Hvad angår hjemmehjælp, er der i nogle lande særskilte regler for brugerbetaling, alt efter om der er tale om et midlertidigt eller varigt/kontinuerligt hjælpebehov. I Danmark er personlig hjælp og pleje reelt gratis for brugere med et varigt hjælpebehov (da personaleomkostninger ikke må medregnes). Det samme er ikke tilfældet for brugere med et midlertidigt hjælpebehov eller for andre typer hjælp til nødvendige praktiske opgaver. I Norge er hjælp til praktisk bistand og personlig pleje gratis, mens øvrige hjemmehjælpsydelse typisk er pålagt brugerbetaling. I Sverige er der fastsat en maksimal månedlig sats på op til 1.468 kroner for hjemmehjælp og en række andre ydelser. I Finland er der ligeledes fastsat en maksimal månedlig sats for borgere med et kontinuerligt hjælpebehov. Satsen fastsættes blandt andet på baggrund af modtagerens betalingssevne og familiestørrelse. I Tyskland skal modtageren betale 10 procent af prisen per kalenderdag, og i England varierer satserne mellem de lokale råd, der har ansvaret for tjenesterne. Disse råd har mulighed for at give borgerne gratis hjemmehjælp, men som oftest opkræves brugerbetaling (Boyle 2011: 285). Det har ikke været muligt at finde oplysninger om satsernes størrelse.

Hvad angår madservice, fastsættes satsen i både Danmark, Norge Sverige på baggrund af omkostningerne forbundet med servicen. I Danmark kan satsen ikke overstige 3.111 kroner om måneden, i Norge indregnes omkostningen i satsen for institutionsophold, og i Sverige kan det indregnes i satsen for hjemmepleje (uoplyst for Finland). I Tyskland er der fuld brugerbetaling, og i England varierer satserne mellem de lokale råd med en gennemsnitlig pris på 31 kroner per måltid.

Hjemmesygepleje er gratis i Danmark (efter lægehenvielse) og i Norge, mens modtagere skal betale for disse tjenester i de øvrige lande. I Sverige kan betalingen indregnes i den tidligere omtalte maksimale månedlige sats. I Finland er der forskel på satserne, alt efter om der er tale om et midlertidigt eller kontinuerligt hjælpebehov. For førstnævnte kan der opkræves 102 kroner for et besøg af en læge eller tandlæge, og 65 kroner for besøg af en sundhedsplejerske eller hjemmehjælper. Satsen for borgere med et kontinuerligt hjælpebehov fastsættes blandt andet på baggrund af modtagerens betalingssevne og familiestørrelse. I Tyskland betaler modtageren 10 procent af prisen per kalenderdag (dog maksimalt for 28 dage om året) og 74 kroner per recept. Er der behov for bistand i seks måneder eller længere, modtager man enten ydelserne eller et tilskud gennem sin lovpligtige langtidssygdomsforsikring, og disse varierer med plejehøvel og efter, om man ønsker at modtage ydelser eller tilskud. I det sidste land, England, varierer satserne mellem de lokale råd, der har ansvaret for tjenesterne.

Tjenester, der har til formål at afløse eller aflaste nærtstående, er ikke gratis i Norge, medmindre der er tale om særligt tyngende omsorgsarbejde. I Danmark er disse tjenester be-

lagt med brugerbetaling med en sats på op til de gennemsnitlige langsigtede omkostninger.¹¹ I Tyskland kan der ydes tilskud til nærtstående for deres omsorgsarbejde, hvilket der også kan i Norge, Sverige og England (uoplyst for Finland). Der er kun fundet oplysninger om forebyggende hjemmebesøg for to lande, Danmark og Finland, og disse tjenester er gratis i begge lande.

Tabel 3.6 Sats for brugerbetaling på ældreområdet i Danmark og fem nabolande

TJENESTE	DANMARK	NORGE	SVERIGE	FINLAND	TYSKLAND	ENGLAND ¹
Hjemmehjælp	0	0	1.468 DKK	> 0	10 %	> 0
Madservice	> 0	> 0	> 0	i/t	100 %	31 DKK
Hjemmesygepleje	0	0	1.468 DKK	102 DKK	10 %	> 0
Afløsning eller aflastning af nærtstående	> 0	> 0	> 0	i/t	> 0	> 0
Forebyggende hjemmebesøg	0	i/t	i/t	0	i/t	i/t
Institutionel pleje	> 0	> 0	1.833 DKK	> 0	> 0	> 0

Anm.: I tabellen gives tal for hver tjeneste under typiske forhold. Yderligere forhold oplyses i Tabel 3.7 og de fulde detaljer i tabelbilagene (i kapitel 7), herunder eksempelvis om periodeløfter. Gratis tjenester er angivet med et nul. I visse tilfælde kan satser ikke angives præcist, hvilket er angivet med "> 0". Ikke tilgængelig information angives med "i/t" i tabellen. Omregning til dansk valuta er baseret på valutakurser fra den 1/1 2012 fra <http://www.valutakurser.dk/>.

Note 1: Kortlægningen af brugerbetaling gælder for England og ikke Storbritannien (der også omfatter Skotland, Wales og Nordirland).

Hvad angår den institutionelle pleje, hvor borgeren er bosat på et plejehjem eller lignende boform med døgnomsorg, er denne pleje belagt med brugerbetaling i alle seks lande. Disse satser er dog vanskelige at sammenligne, blandt andet fordi der i nogle af landene tilbydes flere forskellige former for boliger til ældre med forskellige niveauer af pleje. I flere af landene fastsættes satserne på baggrund af modtagerens indkomst, og i alle fire skandinaviske lande er der regler enten om satsernes maksimale størrelse eller om, at modtageren sikres en vis del af sin indkomst til eget forbrug. I Sverige kan der for borgere bosat i ældreboliger ikke opkræves mere end 1.833 kroner om måneden. I Tyskland er der tale om, at man ved mindst et halvt års plejebestanden modtager tilskud fra sin lovpligtige langtidssygdomsforsikring, hvor tilskuddets størrelse fastsættes på grundlag af plejebestanden. I England sondres der ikke mellem kortvarig og langvarig pleje, og satserne varierer mellem de lokale råd, der har ansvaret for tjenesterne. Disse råd skal opkræve betaling og skal fastsætte standardsatser på baggrund af de omkostninger, der er forbundet med levering af tjenesterne. For kortvarige ophold er der oplysninger for to lande, og i Norge opkræves der op til 124 kroner per døgn (dog kun op til 65 kroner per døgn for dag- eller natophold). I Finland kan der opkræves op til 242 kroner per indlæggelsesdag.

¹¹ Der er dog mulighed for plejeorlov ved alvorlig sygdom, handicap eller terminal sygdom (§§ 118, 119 og 122 i serviceloven, jf. lovbekendtgørelse 904 af 18/8 2011).

Ser vi samlet på ældreområdet, er kontrasten mellem Danmark og dets nabolande mindre skarp end på sundhedsområdet. Brugerbetaling er udbredt i alle lande. Undtagelsen er dog hjemmehjælp og hjemmesygepleje, som er gratis i Danmark og Norge, men belagt med brugerbetaling i de øvrige lande.

Tabel 3.7 Mere detaljerede oplysninger om brugerbetaling på ældreområdet i Danmark og fem nabolande

TJENESTE	DANMARK	NORGE	SVERIGE	FINLAND	TYSKLAND	ENGLAND ¹
Hjemmehjælp	<p><u>Varig hjemmehjælp:</u> Gratis.</p> <p><u>Midlertidig hjemme-</u> <u>hjælp:</u> Sats på 3 DKK per time for første 2.701 DKK af indkomstgrundlag, forhøjes derefter med 1 DKK for hver 2.700 DKK, dog maks. 116 DKK per time.</p> <p><u>Hjælp til nødvendige praktiske opgaver:</u> sats på maks. gnst. langsigtede omk.</p>	<p>Praktisk bistand og oplæring til personlig pleje og egenomsorg: Gratis.</p> <p>Øvrig hjemmehjælp: Typisk pålagt brugerbetaling (gratis i nogle tilfælde).</p>	<p>Månedlig sats til hjemmehjælp og dagsvirksomhed (herunder hjemmesygepleje) maks. 1.468 DKK per måned. Kan ikke overstige fastsat satsrum.</p>	<p><u>Midlertidigt hjælpebe-</u> <u>hov:</u> Ingen maks. sats.</p> <p><u>Kontinuerligt hjælpebe-</u> <u>hov:</u> Maks. månedlig sats fastsat af kvalitet og mængde, familjestørrelse og bet.evne. Satsprocent 11-35 %.</p>	<p>Sats på 10 % af prisen per kalenderdag.</p>	<p>Satser varierer ml. lokale råd; mulighed for at opkræve brugerbetaling (hvilket som hovedregel gøres).</p>
Madservice	<p>Sats maks. gnst. langsigtede omk. og desuden maks. 3.111 DKK per måned for fuld forplejning i diverse boformer.</p> <p>Forholdsmæssig reduktion v/midl. ophold.</p>	<p>Sats maks. omk.</p> <p>Indregnet i sats for institutionsophold.</p>	<p>Sats maks. gnst. omk.</p> <p>Kan indregnes i sats for hjemmehjælp.</p>	i/t	Fuld brugerbetaling.	<p>Satser varierer ml. lokale råd, gnst. sats på 31 DKK per måltid.</p>
Hjemmesygepleje	<p>Gratis efter lægehenvisning.</p>	<p>Gratis.</p>	<p>Se under hjemmehjælp.</p>	<p><u>Midlertidigt hjælpebe-</u> <u>hov:</u> Maks. 102/65 DKK per besøg af læge eller tandlæge/sundhedsplejerske eller hjemmehjælper. Gratis ved kontinuerlig sundhedspleje.</p> <p><u>Kontinuerligt hjælpebe-</u> <u>hov:</u> Maks. månedlig sats fastsat af kvalitet og mængde, familjestørrelse og bet.evne. Satsprocent 11-35 %.</p>	<p>Sats på 10 % af prisen og 74 DKK per recept, maks. for 28 dage i kalenderåret.</p> <p><u>Pleje i hjemmet ved påkrævet bistand i mindst 6 mdr.:</u> Tilskud på 1.747/3.271/5.204 DKK per måned. Ved valg af professionelle plejere: 3.345/8.178/11.523/14.259 DKK per måned.</p>	<p>Satser varierer ml. lokale råd, mulighed for at opkræve brugerbetaling. Gratis på visse betingelser.</p>

TJENESTE	DANMARK	NORGE	SVERIGE	FINLAND	TYSKLAND	ENGLAND ¹
Afløsning eller aflastning af nærtstående	Sats maks. gnst. langsigtede omk.	Gratis ved særligt tyngende omsorgsarbejde. Tilskud kan ydes til nærtstående.	Tilskud kan ydes til nærtstående.	i/t	Månedlig plejeydelse til nærtstående.	Tilskud kan ydes til nærtstående på visse betingelser.
Forebyggende hjemmebesøg	Gratis.	i/t	i/t	Gratis.	i/t	i/t
Institutionel pleje	10 % af maksimal husleje plus 10 % af årlig husstandsindk. af de første 173.500 DKK (20 % af indkomst herover). Må højst udgøre boligens maksimale husleje. Derudover skal personen bl.a. betale for modtagne ydelser.	Ved langtidsophold: Sats må ikke overstige reelle oph.udgifter. Desuden maks. 75 % af borgerens indtægter op til fastsat grundbeløb, og 85% herover. Personen sikres mindst 25 % af grundbeløb. Ved korttidsophold: sats maks. på 124 DKK per døgn. Ved dag- eller natophold: Sats maks. på 65 DKK for det enkelte ophold.	Månedlig sats for borgere bosat i ældreboliger maks. 1.833 DKK per måned.	Ved langtidsophold: Maks. sats fastsættes ud fra betalingsevne. Tilbageværende del af månedsindkomst mindst 721 DKK. Ved korttidsophold: Maks. sats på 242 DKK per indlæggelsesdag.	Tilskud (fuldtidspleje) på 3.345/8.178/11.523/14.259 DKK per måned. Omk. til mad og logi betales af personen selv.	Satser varierer ml. lokale råd, er lovforpligtet til at opkræve brugerbetaling, og skal fastsætte standardtakster på basis af omk.

Anm.: Kun udvalgte oplysninger om tjenesterne gives i tabellen. Yderligere forhold oplyses i tabelbilagene, eksempelvis om fritagne befolkningsgrupper.

Omregning til dansk valuta er baseret på valutakurser fra den 1/1 2012 fra <http://www.valutakurser.dk/>.

Ikke tilgængelig information angives med "i/t" i tabellen.

Note 1: Kortlægningen af brugerbetaling gælder for England og ikke Storbritannien (der også omfatter Skotland, Wales og Nordirland).

4 Sundhedsområdet

I de følgende to kapitler gennemgås sundheds- og ældreområdet i de udvalgte lande, i den angivne rækkefølge. I dette kapitel gives en kort beskrivelse af sundhedsområdet i hvert af de udvalgte lande. Strukturen i beskrivelsen af området for hvert land er følgende: Først beskrives *de overordnede forhold for sundhedsområdet*, dvs. hvilket ressortområde området hører under på nationalt plan, hvilket myndighedsniveau der har ansvaret for området, finansieringskilder, centrale love (omtales først længere henne i afsnittet for nogle lande). Derefter gives en beskrivelse af *organiseringen af sundhedsområdet* og dernæst af *brugerbetalings- og tilskudsordninger*, herunder *periodeloft* og relevante *minimums- og maksimumssatser*. Der gives desuden en beskrivelse af *sundhedsforsikringssystemer* og andre relevante forhold såsom *fritvalgsordninger/vouchersystemer*. De enkelte tjenester på sundhedsområdet omtales ikke i afsnittene (bortset fra når dette er relevant, eksempelvis i forbindelse med periodeloft), men i tabelbilagene i kapitel 7.

4.1 Danmark¹²

I Danmark hører sundhedsområdet på nationalt plan under ressortområdet for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sundhedsområdet er organiseret i regionerne, men kommunerne har også visse sundhedsopgaver. Sundhedssystemet er overvejende offentligt finansieret, og over 80 procent af udgifterne finansieres med offentlige midler (se Tabel 3.1 på side 18), blandt andet fra en nationalt fastsat sundhedsskat på 8 procent af borgerens skattepligtige indkomst. Brugerbetaling finansierer godt 17 procent af sundhedsudgifterne (se Tabel 3.1 på side 18). Den centrale lov for sundhedsområdet er sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 913 af 13/07 2010; senest ændret bl.a. ved lov nr. 1546 af 21/12 2010).

Regionerne har ansvaret for såvel praksissektoren (der udgør en del af den primære sundhedstjeneste) som den specialiserede sundhedstjeneste, herunder prænatale centre, institutioner for handicappede samt distriktpsychiatrien. Regionerne ejer og driver hospitalerne samt de prænatale centre og har inden for deres finansielle rammer og gældende lovgivning mulighed for at justere sundhedsydelse efter de regionale behov. Til forskel fra deres forgængere (amterne) har regionerne ikke skatteudskrivningsret, men modtager i stedet finansiering fra staten og kommunerne. Finansieringen af de regionale sundhedsudgifter består af fire elementer (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008a: 11-12): et statsligt bloktilskud (udgør cirka 75 procent af finansieringen), et aktivitetsbaseret tilskud fra staten (cirka 5 procent), et kommunalt grundbidrag (cirka 10 procent) og et aktivitetsafhængigt bidrag fra kommunerne i regionen (cirka 10 procent).¹³

¹² Beskrivelsen af det danske sundhedssystem bygger især på Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008a) og Strandberg-Larsen et al (2007).

¹³ Parallelt med det offentlige sundhedssystem eksisterer der et mindre antal private hospitaler og klinikker, som finansieres af skatter, brugerbetaling og private sundhedsforsikringer (Strandberg-Larsen et al. 2007: 19).

Sundhedsydelse inden for praksissektoren leveres i udpræget grad af private aktører, som modtager refusion for deres ydelser. Disse private aktører omfatter praktiserende læger, specialister, fysioterapeuter, tandlæger, kiropraktorer og apoteker (Strandberg-Larsen et al. 2007: 28). Refusionssystemet administreres af regionerne.

Kommunerne har ansvaret for følgende ydelser inden for den primære sundhedstjeneste (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008a: 8; Strandberg-Larsen et al. 2007: 19): hjemmesygepleje, sundhedsplejersker, skolesundhedspleje, børnetandpleje samt hjemmetandpleje for fysisk og psykisk handicappede; siden 2007 desuden en stor andel af rehabiliteringsydelserne samt sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme og behandling for alkoholisme og stofmisbrug. Disse finansieres af kommunale skatter og brugerbetaling.

Størstedelen af sundhedsydelserne i Danmark er ikke underlagt brugerbetaling. Områder med brugerbetaling inkluderer tandpleje, køb af medicin og pleje for ældre og handicappede samt fysioterapi (Strandberg-Larsen et al. 2007: xvii, 52).¹⁴ Der er ikke noget periodeloft for brugerbetaling med undtagelse af køb af medicin for kronikere, og udgifterne er ikke fradragsberettigede. Borgere betaler ikke for medicin modtaget på hospitaler, men medicin udleveret igennem den primære sundhedstjeneste er pålagt medfinansiering. Medicintilskudsgrænserne reguleres årligt (senest Lægemedelstyrelsen 2010).

Alle danske borgere er dækket af et offentligt finansieret nationalt sundhedsforsikrings-system, og medlemskab er obligatorisk.¹⁵ Borgere kan vælge mellem sygesikringsgruppe 1 og 2 (se Strandberg-Larsen et al. 2007: 32-3); kun en lille procentdel af befolkningen har valgt gruppe 2. Markedet for supplerende frivillige sygeforsikringer domineres af Sygeforsikringen "danmark", som er medlemsejet (non-profit), og som godt en tredjedel af befolkningen er medlem af. Igennem medlemskab får medlemmerne hel eller delvis dækning for udgifter, som ikke dækkes af det offentligt finansierede sundhedsforsikringssystem. Desuden har cirka 1 mio. danske borgere en sundhedsforsikring, hvoraf 90 procent er arbejdsgiverbetalte (tal for 2010; Forsikring og Pension 2011a og b). Dette marked er vokset eksplosivt siden en lovændring i 2002, der gav arbejdsgivere skattefrihed for værdien af præmien. Den nyligt tiltrådte regering (2011) påtænker at fremsætte lovgivning i folketingsåret 2011-2012, som ophæver denne skattefrihed.

I Tabel 7.1 gives en oversigt over brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i Danmark.

¹⁴ For tandpleje gælder det, at patienten kun får dækket en lille del af ydelsens omkostninger.

¹⁵ Borgere skal dog have været registreret som bosiddende i Danmark i 6 uger, før de er dækket (Strandberg-Larsen et al. 2007: 29). Siden 1993 har borgere haft *frit sygehusvalg* mellem offentlige sygehuse, dog med visse begrænsninger (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008a: 15). Fra 1. juli 2002 blev fritvalgsordningen udvidet til også at omfatte private hospitaler og klinikker i Danmark og udlandet, hvilket benævnes *udvidet frit sygehusvalg*. Det kræver dog, at ventetiden på behandlingen overstiger 1 måned (2 måneder før 1. oktober 2007), og at det valgte hospital har en aftale om behandlingen med Danske Regioner (regionernes fællesorganisation). Det udvidede frie sygehusvalg var suspenderet fra 7. november 2008 til 30. juni 2009 (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008b).

4.2 Norge¹⁶

I Norge hører sundhedsområdet på nationalt plan ind under ressortområdet for et sundheds- og omsorgsministerium ("Helse- og Omsorgsdepartementet"). Kommunerne er ansvarlige for den primære sundhedssektor i det norske sundhedssystem – både leveringen af ydelserne og finansieringen. Den specialiserede sundhedstjeneste (både somatiske og psykiske institutioner) er i dag organiseret i 4 sundhedsregioner (5 indtil 1. juni 2007).¹⁷ Inden for sundhedssystemet har amterne i dag kun ansvaret for tandpleje (i samarbejde med kommunerne) og for visse opgaver, der relaterer sig til folkesundhed.

Der er ingen specifik sundhedsskat i Norge, og sundhedsområdet finansieres primært af offentlige midler (over 80 procent, jf. Tabel 3.1 på side 18). Midlerne stammer fra statslige, amtslige og kommunale skatter samt indirekte skatter. Brugerbetaling finansierer godt 15 procent af sundhedsudgifterne. Andelen er dog betragteligt højere for tandplejeydelser (75% af de samlede udgifter; Johnsen 2006: 44).

Brugerbetaling vedrører i hovedsagen konsultationer hos alment praktiserende læger og speciallæger, tandlæger samt ambulans behandling (Johnsen, 2006: 44). Satsene i forbindelse med brugerbetaling fastsættes nationalt. Der er fastsat to periodeloft for brugerbetaling (benævnes "egenandelstak 1 og 2"), som følger kalenderåret, og som justeres årligt af det norske parlament ("Stortinget"). Disse lofter vedrører forskellige sundhedstjenester jævnt fordelt og er på henholdsvis 1.880 NOK og 2.560 NOK (gældende fra 1/1 2011; Helseøkonomiforvaltningen, 2011a). Periodeloftene er ikke differentierede i forhold til indkomst eller andre forhold, men er ens for alle borgere.¹⁸ Når et loft overstiges, får borgeren et frikort, der berettiger til satsfri behandling i resten af kalenderåret. Periodeloftene gælder for forskellige tjenester, dels konsultationer hos læge og psykolog, laboratorieundersøgelser, røntgenfoto-grafering, medicin og ved rejse til behandling ("egenandelstak 1"), dels fysioterapi, refundérbart tandpleje (tandkirurgi undtaget), behandlinger på rehabiliteringscentre eller behandlinger udenlands ("egenandelstak 2"). Der er også et tredje periodeloft, som ligeledes følger kalenderåret: For en række yderligere sundhedsydelser ("helsetjenester som ellers ikke er dækket af folketrygden eller andre lover") kan der opkræves op til 1.600 NOK i kalenderåret (gældende fra 1/1 2011; Helseøkonomiforvaltningen 2011a).

Alle norske borgere er dækket af et nationalt socialforsikringssystem ("folketrygden"), der administreres af NAV (den norske arbejds- og velferdsforvaltning; lov nr. 19 af 28/2 1997) og yder økonomisk støtte i forbindelse med sygdom og handicap.

I Tabel 7.2 gives en oversigt over brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i Norge.

¹⁶ Beskrivelsen af det norske sundhedssystem er primært baseret på Johnsen (2006).

¹⁷ Tidligere var dette de norske amters ansvar, men med hospitalsreformen i 2002 blev ejerskabet over hospitalerne overført til staten, og hospitalerne blev organiseret i 32 offentlige virksomheder, hver med en direktion med ansvaret for den daglige ledelse.

¹⁸ Ydelser til børn under 16 år medregnes i en af forældrenes loft (børn under 12 år er typisk fritaget for brugerbetaling).

4.3 Sverige¹⁹

I Sverige hører sundhedsområdet på nationalt plan under ressortområdet for et sundheds- og socialministerium ("Socialdepartementet"). Sundhedssystemet er i høj grad decentraliseret, og størstedelen af systemet (både de primære og specialiserede sundhedstjenester) er organiseret i Sveriges 18 amter og to regioner.²⁰ Ydelserne finansieres i overvejende grad af offentlige midler (over 80 procent jf. Tabel 3.1 på side 18) og stammer fra kommunale og amtslige skatter. Brugerbetaling finansierer cirka 17 procent af sundhedsudgifterne.²¹ Den centrale lov for sundhedsområdet er hälso- och sjukvårdslag (lov nr. 763 af 30/6 1982).

Den primære sundhedstjeneste leveres igennem sundhedscentre organiseret under førnævnte amter og regioner (Glenngård et al. 2005: bl.a. 78-80), hvor borgerne har adgang til bl.a. læger, sygeplejersker, jordemødre og fysioterapeuter. Derudover er der en række specialklinikker for bl.a. børn, unge og gravide.²² Den specialiserede sundhedstjeneste leveres af 60 hospitaler, hvoraf 8 er regionale hospitaler, der udbyder højt specialiseret pleje, og hvor størstedelen af undervisning og forskning inden for sundhed foregår (Glenngård et al. 2005: bl.a. 80-82). Endvidere er Sverige inddelt i seks sundhedsregioner, som leverer mere specialiserede ydelser (tertiære sundhedsydelser). Alle akutsygehuse i disse regioner ejes af amterne, men amterne kan vælge at få øvrige ydelser udført af private sundhedsaktører.

Der opkræves brugerbetaling for en lang række forskellige sundhedsydelser, og satserne har typisk form af faste satser (Glenngård et al. 2005: 45-46). Siden 1991 har hvert amt kunnet fastsætte satser for primære og specialiserede sundhedstjenester. Satser for køb af medicin og tandpleje reguleres derimod nationalt. Der er flere nationalt fastsatte periodeloft for, hvor meget borgeren samlet skal betale i brugerbetaling for forskellige ydelser ("högstkostnadsskydd"; § 26a i lov nr. 763 af 30/6 1982): (1) For ambulans sundheds- og sygepleje ("öppen hälso- och sjukvård"; hvorunder bl.a. hører fysioterapi og psykologi), visse forbrugsartikler og visse tandbehandlinger er der et periodeloft på 900 SEK per 12 mdr. (§ 26a i lov nr. 763 af 30/6 1982; Glenngård et al. 2005: 46).²³ Når loftet overstiges, får borgeren et frikort, der berettiger til gratis behandling. (2) For visse tandlægebehandlinger får man et alment tandlægebidrag ("allmänna tandvårdsbidraget", forkortet ATB) på 150/300 SEK per år fra det år, man fylder 20 år. Derudover er der et periodeloft ("högstkostnadsskydd för tandvård") på 3.000 SEK per år, og omkostninger derudover dækkes delvist (1177, 2009).²⁴ (3)

¹⁹ Beskrivelsen af det svenske sundhedssystem bygger hovedsageligt på Glenngård et al. (2005).

²⁰ ... samt én kommune med særlig status: Gotland (Glenngård et al. 2005: 8).

²¹ Omkring 10 % af sundhedstjenesterne i Sverige finansieres af amterne, men udføres af private sundhedsaktører. Disse aktører er underlagt samme offentlige regulering, og klienter/patienter pålægges de samme satser.

²² Borgere kan frit vælge deres egen læge, herunder en læge på et offentligt eller et privat sundhedscenter (sidstnævnte indført fra januar 2010). Endvidere kan borgere frit vælge at få udført behandling i hele Sverige på samme betingelser som i deres hjemhørende amt.

²³ Tidsperioden for dette periodeloft følger ikke kalenderåret, men er løbende: Startpunktet for perioden er første gang, der betales for en tjeneste (§ 26a i lov 763 af 30/6 1982).

²⁴ Tidsperioden for dette periodeloft er også løbende, da det gælder "inom loppet av ett år" (1177, 2009).

Man kan også vælge at tegne en abonnementsordning for tandlægebehandlinger ("abonnemangstadvård"), hvor man betaler en fast månedlig præmie, der ikke varierer med modtagelsen af tandlægebehandlinger (1177, 2009).

For receptpligtig medicin er periodeloftet på 1.800 SEK per år (de første 900 SEK skal betales fuldt ud af borgeren, hvorefter refusionsprocenten gradvist stiger til 100 procent ved 1.800 SEK; Glenngård et al. 2005: 46). (4) For tekniske remedier er periodeloftet på 2.000 SEK per år (Glenngård et al. 2005: 46). (5) Der er to yderligere månedlige periodelofte, som omfatter ydelser på både ældre- og sundhedsområdet (jf. § 5 i socialtjänstlagen; lov nr. 453 af 7/6 2001): brugerbetaling til hjemmepleje og dagsvirksomhed samt brugerbetaling til kommunal sundheds- og sygepleje (jf. § 26 stk. 6 i hälso- och sjukvårdslagen; lov nr. 763 af 30/6 1982). Disse to månedlige lofter gennemgås i afsnit 5.3.

Det svenske socialforsikringssystem yder økonomisk støtte i forbindelse med sygdom, handicap og alderdom samt støtte til børnefamilier (Socialdepartementet 2009). Systemet er opdelt i en socialforsikringsdel ("Försäkringskassan") og en pensionsdel ("Pensionsmyndigheten"), hvor sidstnævnte administrerer udbetalingen af folkepension og forbundne ydelser. Systemet finansieres af en kombination af arbejdsgiver- og arbejdstagerbidrag samt skatter. I Tabel 7.3 gives en oversigt over brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i Sverige.

4.4 Finland²⁵

I Finland hører sundhedsområdet på nationalt plan under ressortområdet for et social- og sundhedsministerium ("Social- och Hälsovårdsministeriet"). Sundhedssystemet er i høj grad decentraliseret, og størstedelen af sundhedsydelserne organiseres og leveres i kommunalt regi (Teperi et al. 2009: 37). Ydelserne finansieres i overvejende grad af offentlige midler (godt tre fjerdedele af sundhedsudgifterne, jf. Tabel 3.1 på side 18) i form af kommunale skatter og statslige tilskud. Omkring 19 procent af udgifterne finansieres via brugerbetaling.

Ud over den primære sundhedstjeneste, som leveres af de finske kommuner, er den specialiserede sundhedstjeneste organiseret i 20 hospitalsdistrikter, som ejes og finansieres af deres medlemskommuner. Hvert distrikt har et eller flere hospitaler, hvoraf ét er centralhospital. Det finske sundhedssystem har to parallelle sundhedssystemer, som både komplementerer og overlapper hinanden: et offentligt finansieret kommunalt system og et privat system. Det kommunale system er klart det dominerende af de to. Der er intet til hinder for, at kommuner benytter sig af private udbydere til at levere en ydelse, også selvom udbyderen ikke er lokaliseret i kommunen. Ydermere er der et tredje sundhedssystem, der leverer ydelser via det kommunale eller det private system, og som er bundet op på borgernes arbejdsmarkeds-tilknytning.²⁶ Fra den enkelte borgers perspektiv er de tre systemer ikke separate, og klienter/patienter kan henvises fra sundhedspersonale i ét system til behandling i et andet system.

²⁵ Beskrivelsen af det finske sundhedssystem bygger især på Teperi et al. (2009: kapitel III, VI).

²⁶ Systemet er underlagt separat lovgivning og finansiering: Alle finske arbejdsgivere er lovmæssigt forpligtet (jf. "lagen om företagshälsovård") til at forsyne medarbejdere med forebyggende sundhedstjenester, uafhængigt af arbejdspladens størrelse. Arbejdsgiverne er forpligtet til at stille sundhedsuddannede personer til rådighed for at opfylde forpligtelserne i arbejdsbeskyttelsesloven ("Arbetarskyddslag"). Behovene for forebyggende indsatser på arbejdspladsen fastlægges af arbejdsgiveren, arbejdstagerne og sundhedspersonalet i fællesskab (Arbetarskyddsförvaltningen 2011). De forebyggende sundhedstjenester kan udbydes på flere måder: via et sundhedscenter ("hälsocentral"), en privat lægeklinik ("privat läkarstation"), som udbyder sådanne tjenester, eller et virksomhedssundhedscenter ("företagshälsocentral").

Den centrale lov for sundhedsområdet er hälso- och sjukvårdslagen (lov nr. 1326 af 30/12 2010), der er en nylig sammenfletning af to tidligere love, som regulerede henholdsvis den primære og den specialiserede sundhedstjeneste (Teperi et al. 2009: 60). Det er ved national lov fastlagt, hvilke sundhedsydelser der skal leveres af kommunerne, herunder hvilke ydelser der kan pålægges brugerbetaling, og hvilke der skal være gratis (Teperi et al. 2009: 75f). Den centrale lov for brugerbetaling inden for social- og sundhedsområdet er lag om klientavgifter inom social- och hälsovården (lov nr. 734 af 3/8 1992; sidst ændret i 2010). Der er ved lov (ibid.) og ministeriel forordning (forordning nr. 912 af 9/10 1992; sidst ændret 2011) fastsat nationale maksimumssatser. Satserne justeres hver andet år (senest med virkning fra 1/1 2012; Social- och Hälsovårdsministeriet 2011a). Kommuner kan vælge at fastsætte lavere satser eller gøre tjenester gratis, men i mange tilfælde opkræves maksimumssatserne. Satserne må dog ikke overstige produktionsomkostningerne for de enkelte tjenester (§ 2 i lov nr. 734 af 3/8 1992). Satserne er enten ens for alle klienter/patienter eller fastsat i forhold til deres indkomst og familiestørrelse (Social- och Hälsovårdsministeriet 2011b).

Der er et periodeloft for, hvor meget en borger samlet kan betale i brugerbetaling på udvalgte tjenester ("avgiftstak"), som følger kalenderåret (§ 6a i lov nr. 734 af 3/8 1992). Når loftet er nået, er tjenester gratis med undtagelse af opholdsafgifter for kortvarige indlæggelser ("kortvarig anstaltsvård"). Loftet er €636 gældende fra 1/1 2012 (Social- och Hälsovårdsministeriet 2011a; 2011f). I loftet indgår følgende tjenester: ambulans lægebehandling på sundhedscenter, fysioterapi, kontinuerlig behandling, behandling på åbent ambulatorium ("poliklinik") på sygehus, dagkirurgi, kortvarig indlæggelse/institutionsophold, indlæggelse udelukkende om dagen eller natten ("natt- eller dagsjukvård") og rehabilitering. Følgende tjenester indgår ikke i loftet: tandlægebehandlinger, sygetransporter, lægeerklæringer samt laboratorie- og billeddannelsesundersøgelser efter henvisning fra privatlæger.

Alle finske borgere er dækket af et nationalt sundhedsforsikringssystem, som administreres af institutionen Kela (Teperi et al. 2009: 42).²⁷ Finansieringen af sundhedsforsikringssystemet er opdelt i to puljer: sygdomsforsikring og indkomstforsikring. Indkomstforsikringen finansieres af de forsikrede og arbejdsgiverne og dækker sundhedspleje på arbejdspladsen, sygdomsgodtgørelse samt barselsorlov. Sygdomsforsikringen dækker øvrige tjenester og ydelser og finansieres ligeligt af de forsikrede og staten. Igennem sundhedsforsikringssystemet får de forsikrede refunderet en række forskellige tjenester og ydelser, herunder udgifter til medicin. Medikamenter er indplaceret i tre forskellige kategorier med forskellige refusionssatser (42 %, 72 % og 100 %).

I Tabel 7.4 gives en oversigt over brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i Finland.

²⁷ Kela hører under det finske parlament og administrerer ud over sundhedsforsikring også familieydelser, rehabilitering, ydelser til ikke-forsikrede ledige, boligstøtte, økonomisk støtte til studerende og statsgaranterede pensioner.

4.5 Tyskland²⁸

En første større forskel mellem Tyskland og de skandinaviske lande er, at det tyske socialsystem er baseret på forsikringsordninger. Derfor redegøres der i afsnittet kort for dette system: Det sociale forsikringssystem består af fem grene (Deutsche Sozialversicherung 2012f): lovpligtig arbejdsløshedsforsikring, lovpligtig pensionsforsikring, lovpligtig ulykkesforsikring, lovpligtig sundhedsforsikring og lovpligtig langtidssygdomsforsikring. Kun de to sidstnævnte inddrages i denne rapport, henholdsvis i dette afsnit om sundhedsområdet og i afsnit 5.5 om ældreområdet. Det sociale område i Tyskland er kodificeret i en sociallovsbog ("Sozialgesetzbuch", forkortet SGB) bestående af tolv bind.²⁹ Det femte bind er særligt relevant med hensyn til brugerbetaling, jf. senere.

En anden større forskel er, at Tyskland er et føderalt system bestående af 16 delstater ("Länder"; Busse & Riesberg 2004: 1-2). På føderalt niveau hører sundhedsområdet under ressortområdet for et sundhedsministerium ("Bundesgesundheitsministerium"). I de fleste delstater er der tilsvarende ministerier, dog typisk kombineret med et andet område såsom socialområdet ("Länder"; Busse & Riesberg 2004: 33). Organiseringen af sundhedssystemet varierer i de tyske delstater (Busse & Riesberg 2004: 91, 99). Leveringen af sundhedsydelser sker dog i høj grad gennem private non-profit og profit virksomheder. Dette gælder såvel ambulante som akutte ydelser samt langtidspleje (Busse & Riesberg 2004: 96). Patienter kan frit vælge deres læge, psykoterapeut, tandlæge, farmaceut (apoteker) og sygeplejeudbydere. Endvidere er praktiserende læger ikke gate keepers, som det eksempelvis kendes fra Danmark, men lægehenvielse kan være påkrævet for at modtage refunderinger (Busse & Riesberg 2004: 96, 97).

Det tyske sundhedssystem finansieres primært gennem lovpligtige sundhedsforsikringer og kun i mindre grad gennem skatter. Tilsammen finansieres godt tre fjerdedele af sundhedsudgifterne af offentlige midler (hvor førnævnte forsikringer medregnes; se Tabel 3.1 på side 18). Brugerbetaling finansierer godt 13 procent af udgifterne. Sundhedsforsikring er i princippet obligatorisk for alle personer med en bruttoindkomst under en fastsat grænse (hvilke grupper oplyses i Deutsche Sozialversicherung, 2012a). Indkomstgrænsen justeres årligt, og den gældende grænse for 2012 er en årlig bruttoindkomst på €45.900 (Deutsche Sozialversicherung 2012b; Busse & Riesberg 2004: 58). Sygeforsikring er derfor obligatorisk for personer med en bruttoindkomst under denne grænse, men ikke for personer med en højere indkomst. Forsikrede personer kan vælge mellem at lade sig forsikre i forskellige sygeforsikringskasser; forsikringen dækker typisk både personen, dennes partner og børn (Deutsche Sozialversicherung 2012a).

Der er to hovedtyper af sygeforsikringsordninger i det tyske sundhedssystem: den såkaldte lovpligtige sygeforsikring ("Gesetzliche Krankenversicherung"), hvis dækning er lov-

²⁸ Beskrivelsen af sundhedsområdet i Tyskland bygger primært på Busse & Riesberg (2004) samt diverse dokumenter fra Deutsche Sozialversicherung.

²⁹ Tilgængelig online på <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/>.

fæstet i Sozialgesetzbuch V³⁰, og private sygeforsikringer ("Private Krankenversicherung"), som ofte giver en mere omfattende sundhedsdækning, og hvor dækningen fastsættes mellem den forsikrede og forsikringselskabet. I Tyskland dækkes 88 procent af befolkningen af den lovpligtige sygeforsikring³¹, 10 procent af private sygeforsikringer og 2 procent af andre sektorspecifikke forsikringsordninger (2003-tal; Busse & Riesberg 2004: 57). Sygeforsikringsordningerne finansieres gennem bidrag fra den forsikrede og dennes arbejdsgiver. Bidraget fastsættes på baggrund af forsikringstagerens indkomst og ikke dennes sundhedstilstand eller andre forhold (såsom formue; Busse & Riesberg 2004: 58). Hvad den dominerende ordning – den lovpligtige sygeforsikring – angår, bestemmes den enkeltes bidrag af en lovbestemt bidragssats, som er ens for alle personer. Satsen er på 15,5 procent af den forsikredes indkomst, hvoraf 7,3 procent betales af den forsikrede og de resterende 8,2 procent af dennes arbejdsgiver (Deutsche Sozialversicherung 2012b).³² Personer med private forsikringer er også berettiget til at modtage et supplement fra deres arbejdsgiver. At bidragssatsen er en procentuel sats, afspejler det indbyggede solidaritetsprincip i finansieringssystemet ved, at det faktiske bidrag stiger med den forsikredes indkomst.

Foruden sygeforsikring er det obligatorisk for alle personer at have en langtidssygdomsforsikring. Denne gennemgås i afsnit 5.5 om ældreområdet i Tyskland.

Der er en lang tradition for brugerbetaling i det tyske sundhedssystem, særligt for køb af medicin (Busse & Riesberg 2004: 17-18, 73). Brugerbetalingen anvendes både til at medfinansiere sundhedsydelser med delvis forsikringsdækning og som betaling for ydelser, der ikke er dækket. Der opkræves brugerbetaling for en lang række sundhedsydelser, eksempelvis besøg hos læge og speciallæge, tandpleje, ambulans behandling, hospitalsindlæggelse, køb af medicin (Busse & Riesberg 2004: 76). Lovhjemlen for at opkræve brugerbetaling findes i Sozialgesetzbuch V, som fastsætter, dels hvad der må opkræves brugerbetaling for og hvor meget (bl.a. §§ 28, 60 og 61), dels et periodeloft for brugerbetaling (§ 62). Loftet ("Belastungsgrenze") følger kalenderåret, og når loftet overskrides, kan der ikke opkræves yderligere brugerbetaling fra personen. Loftet er individuelt og er fastsat til 2 procent af personens årlige bruttohusstandsindkomst.³³

Tabel 7.5 giver en oversigt over brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i Tyskland.

³⁰ Den lovpligtige sygeforsikring dækker blandt andet medicinsk behandling og tandlægebehandling, hospitalsbehandling samt medicin (Deutsche Sozialversicherung 2012c).

³¹ Af disse 88% er sygeforsikring obligatorisk for de 78%, mens de resterende 10 % frivilligt er medlem.

³² Størrelsen på bidragene er ikke de samme for trainees, pensionister og studerende. De førnævnte bidragssatser trådte i kraft per 1/1 2011 som resultat af en sundhedsreform vedtaget i december 2010 (lov af 22/12 2010). Med reformen blev det også vedtaget, at fremtidige stigninger i satserne alene pålægges de forsikrede og ikke arbejdsgiverne.

³³ Grænsen er 1% for personer med kroniske sygdomme. For øvrige personer i husstanden, samlever ("Lebenspartner" og børn reduceres bruttohusstandsindkomsten med visse procentsatser (hvilket sænker periodeloftet).

4.6 England³⁴

Det engelske sundhedssystem hører på nationalt plan under ressortområdet for et sundhedsministerium ("Department of Health"). Betegnelsen for den offentlige del af sundhedssystemet er "National Health Service" (forkortet NHS), og systemet finansieres primært af offentlige midler (godt 84 procent i hele Storbritannien, jf. Tabel 3.1 på side 18) via generelle skatter og nationale forsikringsbidrag³⁵. Brugerbetaling finansierer godt 11 procent af sundhedsudgifterne.

Det engelske sundhedssystem har siden 1997 gennemgået en række organisatoriske ændringer, som har flyttet ansvaret for sundhedsområdet fra det nationale til de regionale og lokale niveauer (Boyle 2011: 21). En af de centrale love for det offentlige sundhedssystem er National Health Service Act 2006³⁶. NHS hører under det tidligere nævnte sundhedsministerium, men tilsynet med systemet er i dag placeret hos 10 regionale sundhedsmyndigheder ("strategic health authorities", SHAs; Boyle 2011: xix, 32-3). Ansvaret for rekvireringen af sundhedstjenester er placeret under disse regioner hos 151 lokale primærplejeenheder ("primary care trusts", PCTs).

Omtrent 12 procent af den engelske befolkning er dækket af frivillige sundhedsforsikringer (benævnt "private medical insurance", PMI), som primært giver adgang til supplerende, elektiv (planlagt) behandling i den private sektor. Kun en meget lille del af de samlede sundhedsudgifter kan dog tilbageføres til disse sundhedsforsikringer (Boyle 2011: ix, 21, 88). Et område, der oplever stor vækst i sundhedsforsikringer, er tandlægeområdet (Boyle 2011: 100-101, 327-328).

Lovgrundlaget for brugerbetaling er specificeret i National Health Service Act 2006 (bl.a. section 131, 172-194). Ydelser i det engelske sundhedssystem (NHS) er i overvejende grad gratis at modtage for borgere (Boyle 2011: xix, xxii, 21, 96). Nogle ydelser dækkes dog kun delvist af NHS eller slet ikke og kan derfor være belagt med brugerbetaling, hvor personen enten betaler den fulde pris selv (direkte betalinger, "direct payments"³⁷) eller en del af prisen ("cost-sharing", "co-payments").³⁸ Der eksisterer ikke et periodeloft for brugerbetaling på sundhedsområdet. Det er endvidere kendetegnende for ydelser pålagt brugerbetaling, at en række befolkningsgrupper er fritaget for brugerbetaling via en række forskellige ordninger (se National Health Service 2009; 2011a). Ydermere eksisterer der en lavindkomstordning ("NHS low income scheme"), hvor borgerens sundhedsomkostninger tilpasses dennes og en eventuel samlevers indkomstforhold (National Health Service 2009: 24-28; 2011a: 12).

I Tabel 7.6 gives en oversigt over brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i England.

³⁴ Beskrivelsen af sundhedsområdet i England bygger primært på Boyle (2011).

³⁵ Benævnt "national insurance contributions". Disse forsikringsbidrag er obligatoriske for arbejdsgivere, arbejdstagere og selvstændige, og cirka 10 procent af bidragene tilfalder sundhedsområdet af historiske årsager (Boyle, 2011: 86).

³⁶ http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/41/pdfs/ukpga_20060041_en.pdf

³⁷ Betegnelsen "direct payments" dækker både over, at en borger selv betaler den fulde pris for en ydelse, og økonomisk støtte, som borgeren modtager til at erhverve sig en ydelse (sammenlign Boyle 2011: 96, 280).

³⁸ Sidstnævnte findes eksempelvis på tandlægeområdet, hvor borgere betaler forskellige faste priser for forskellige behandlinger (Boyle 2011: 100-101, 332-333).

5 Ældreområdet

I dette kapitel gennemgås ældreområdet i Danmark og de udvalgte nabolande. Strukturen i afsnittet for hvert land er som i de tilsvarende afsnit for sundhedsområdet. Først beskrives de *overordnede forhold* for ældreområdet og dernæst, hvordan området er *organiseret*, efterfulgt af *brugerbetalings-* og *tilskudsordninger* (herunder *periodeloft* og relevante *minimums-* og *maksimumssatser*). Afsnittene om ældreområdet er i en række tilfælde kortere end de tilsvarende afsnit for sundhedsområdet, fordi de to områder er nært beslægtede, og der derfor kan være overlap mellem dem.

5.1 Danmark

I Danmark hører ældreområdet på nationalt plan under ressortområdet for Social- og Integrationsministeriet. Kommunerne har ansvaret for ydelser på ældreområdet, herunder hjemmepleje og plejehjem (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008a: 8). Disse finansieres af kommunale skatter og brugerbetaling. Kommunernes samlede driftsudgifter til tilbud for ældre- og handicappede ekskl. ældreboliger er ca. 55 mia. DKK i budget 2012, hvoraf brugerbetaling udgør cirka 5 procent³⁹. For langvarig pleje finansieres godt 90 procent af udgifterne af offentlige midler, og de sidste 10 procent af brugerbetaling (jf. Tabel 3.1 på side 18).

Den centrale lov på ældreområdet er serviceloven (lov om social service, se lovbekendtgørelse nr. 904 af 18/8 2011), hvori det fastlægges, hvilke ydelser kommunerne skal levere, herunder periodeloft mv. for brugerbetaling (bl.a. bekendtgørelse nr. 668 af 16/6 2010). Der er ikke brugerbetaling for varig hjemmehjælp, da der ikke må opkræves betaling for personaleomkostninger i forbindelse med levering af varig hjemmehjælp. For brugerbetaling på ældreområdet i øvrigt er der ikke fastsat noget overordnet periodeloft for brugerbetalingens størrelse. I serviceloven er der derimod fastsat forskellige maksimumssatser for midlertidig personlig hjælp og pleje, hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet, madservice, afløsning eller aflastning til ægtefælle og hjemmeserviceordning.

I Tabel 7.1 gives en oversigt over brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i Danmark.

5.2 Norge⁴⁰

I Norge hører ældreområdet på nationalt plan under ressortområdet for et sundheds- og omsorgsministerium ("Helse- og omsorgsdepartementet"). Kommunerne har ansvaret for at levere ydelser til alle borgere med behov for pleje- og omsorgstjenester. Omkring en tredjedel af brugerne af disse tjenester er under 67 år. De primære kommunale omsorgstjenester omfatter sygehjem (bruges i vidt omfang til varig pleje og omsorg), forskellige former for hjem-

³⁹ Danmarks Statistikbank, BUDK32. Brugerbetaling er opgjort som indtægter på art 7.2 Salg af produkter og tjenester.

⁴⁰ Beskrivelsen af ældreområdet i Norge bygger primært på Helse- og Omsorgsdepartementet (2009) samt OECD (2005).

metjenester (anvendes til såvel midlertidige plejebenhov som heldøgntjenester), hjemmesygepleje og omsorgsboliger (Helse- og Omsorgsdepartementet 2009; § 1-3 i lov nr. 66 af 19/11 1982).

Finansieringen af ældreområdet sker via kommunale skatter, statslige rammetilskud og øremærkede tilskud, gebyrindtægter og brugerbetaling. De samlede udgifter til de kommunale omsorgstjenester udgjorde 70 mia. NOK i 2008 (cirka 28 procent af kommunernes driftsudgifter), og omtrent 7 procent af udgifterne blev finansieret igennem brugerbetaling (5 mia. NOK). Omkring 90 procent af udgifterne til langvarig pleje finansieres af offentlige midler, og de resterende 10 procent af brugerbetaling (se Tabel 3.1 på side 18).

De centrale love for ældreområdet er kommunehelsetjenesteloven ("loven om helsetjenesten i kommunene", lov nr. 66 af 19/11 1982; sidst ændret ved lov nr. 72 af 19/6 2009 og lov nr. 130 af 11/12 2009), og sosialtjenesteloven (lov nr. 81 af 13/12 1991; sidst ændret ved lov nr. 131 af 18/12 2009). I lovene fastlægges, hvilke ydelser kommunerne skal levere (§ 1-3 i kommunehelsetjenesteloven og § 4-2 i sosialtjenesteloven), hvad der må opkræves betaling for, og hvor meget der kan opkræves for visse ydelser (§ 2-3 i kommunehelsetjenesteloven og § 11-2 i sosialtjenesteloven). De nærmere regler for brugerbetaling er fastsat i følgende forskrifter: for kommunehelsetjenesteloven i forskrift nr. 392 af 26/4 1995 (sidst ændret i forskrift nr. 1754 af 20/12 2010) og forskrift nr. 820 af 30/3 1984 (ændret i forskrift nr. 1478 af 21/12 2001 og forskrift nr. 1479 af 21/12 2001), og for sosialtjenesteloven i forskrift nr. 915 af 4/12 1992 (ændret i forskrift nr. 1755 af 20/12 2010).

Med hensyn til ydelserne under sosialtjenesteloven må der opkræves brugerbetaling for institutionsplads eller bolig med heldøgns-omsorgstjenester (§§ 3 og 4 i forskrift nr. 392 af 26/4 1995), mens en række andre tjenester er gratis (oplistet i § 8-2 i forskrift nr. 915 af 4/12 1992). Der er fastsat et månedligt periodeloft for brugerbetaling gældende for alle tjenester under førnævnte lov (§ 8-4 i forskrift nr. 915 af 4/12 1992; paragraf sidst ændret i forskrift nr. 1755 af 20/12 2010).⁴¹ Grænsen er indtægtsgraderet og beregnes på grundlag af husstandens samlede skattepligtige nettoindtægt før særfradrag.⁴² Såfremt husstandsindkomsten er under 2 gange et fastsat grundbeløb ("grunnbeløb", forkortet "G"), kan den samlede betaling for ydelserne ikke overstige 165 NOK per måned. Hvad angår langsigtet pleje, visiterer de norske kommuner til disse ydelser, og har en vis indflydelse på plejekriterierne (OECD, 2005: 128).

I Tabel 7.2 gives en oversigt over brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i Norge.

⁴¹ Det har ikke været muligt at afklare, om periodeloftet også gælder for institutionsophold. I oversigten antages, at loftet ikke gælder institutionsophold.

⁴² Til indtægten medregnes udbetalt støtte fra folketrygden til hjælp i huset, og omsorgsløn fratrækkes indtægtgrundlaget.

5.3 Sverige⁴³

I Sverige hører ældreområdet på nationalt plan under ressortområdet for et sundheds- og socialministerium ("Socialdepartementet"). Kommunerne har ansvaret for socialområdet, herunder at levere ydelser til ældre, og lovgivningen giver kommunerne betydelige frihedsgrader i planlægningen og organiseringen af tjenesterne (Socialdepartementet, 2010; Svenska institutet, 2009). Udbuddet af tjenester på ældreområdet, og de tilhørende satser, varierer derfor mellem kommunerne. Ældreområdet finansieres i overvejende grad af kommunale skatter, og til dels også statslige tilskud. Cirka 4,5 procent af kommunernes udgifter til ældreomsorg blev i 2003 finansieret af brugerbetaling (Statens offentliga utredningar, 2006: 42). Den langvarige pleje finansieres næsten udelukkende af offentlige midler, jf. Tabel 3.1 (se side 18).

De svenske kommuner skal have lovhjælp til at kunne opkræve brugerbetaling for ydelser, som de er pålagt at skulle levere til deres borgere (Statens offentliga utredningar, 2006: 40). Den centrale lov for ældreområdet er socialtjänstlagen (lov nr. 453 af 7/6 2001; sidst ændret 2011), som bl.a. fastsætter, hvilke ydelser der skal leveres af kommunerne, herunder om de kan pålægges brugerbetaling mv. (kapitel 7). I loven fastsættes den højeste sats, som en kommune kan opkræve for de enkelte ydelser, samt hvor meget der samlet må opkræves i brugerbetaling. Hvad angår satsfastsættelsen for de enkelte ydelser, må kommunerne selv bestemme grundene for udformningen af satssystemet. Dog må den givne sats ikke overstige kommunens omkostninger til ydelsen. Hvad angår periodeloftet, så beregnes dette ved, at borgerens indkomst sættes i forhold til et minimumsbeløb til leveomkostninger ("förbehållsbelopp"), der beregnes for den enkelte borger, så man er garanteret at kunne dække sine leveomkostninger⁴⁴ og boligudgifter. Restbeløbet, som fremkommer ved at trække minimumsbeløbet fra borgerens indtægter, benævnes satsrummet ("avgiftsutrymme"), og brugerbetalingen kan maksimalt udgøre dette beløb, uanset antallet og omfanget af ydelser, man modtager. En eksempelberægning gives i Socialstyrelsen (2011a).

Brugerbetalingen kan dog samtidig ikke overstige fastsatte periodeloftet opgjort per måned ("högstkostnadsskydd"). Disse lofter fastsættes på baggrund af et prisbasebeløb ("prisbasbelopp"), som for 2012 udgør 44.000 SEK (Socialstyrelsen, 2011b).⁴⁵ Lofterne er (§ 5 i lov nr. 453 af 7/6 2001): (1) Satser til hjemmepleje og dagsvirksomhed (samt satser til kommunal sundheds- og sygepleje; § 26 stk. 6 i hälso- och sjukvårdslagen) må ikke overstige 1.760 SEK per måned i 2012 (udregnes som en tolvtedel af 0,48 gange prisbasebeløbet). (2) Satser for bosættelse i ældreboliger ("särskilt boende") må ikke overstige 1.833 SEK per måned i 2012.

I Tabel 7.3 gives en oversigt over brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i Sverige.

⁴³ Beskrivelsen af ældreområdet i Sverige bygger især på Socialdepartementet (2010), Statens offentliga utredningar (2006), Socialstyrelsen (2011a) og OECD (2005).

⁴⁴ Hvad der medregnes i leveomkostningerne, beskrives i Socialstyrelsen (2011a: 25). Borgeren garanteres et nationalt fastsat minimumsbeløb ("minimibelopp"), som den pågældende skal have til rådighed for at dække sine leveomkostninger. For 2012 er minimumsbeløbet 4.967 SEK per måned for aleneboende og 4.197 SEK per måned for samlevende (Socialstyrelsen, 2011b).

⁴⁵ Både periodeloftet og prisbasebeløbet reguleres årligt.

5.4 Finland⁴⁶

I Finland hører ældreområdet på nationalt plan under ressortområdet for et social- og sundhedsministerium ("Social- och Hälsovårdsministeriet"). De finske kommuner har ansvaret for social- og sundhedsområdet, herunder området for ældre. Ydelserne omfatter blandt andet forebyggende tjenester, hjælp og støtte i hjemmet (herunder til nærtstående), hjemmepleje, sundhedspleje i hjemmet og døgnpleje på plejehjem (Social- och Hälsovårdsministeriet, 2009). Tjenester på ældreområdet er primært finansieret af kommunale skatter, statstilskud og brugerbetaling (Finlands Kommunförbund 2009: 3). Med hensyn til langvarig pleje stammer 85 procent af finansieringen fra offentlige midler og 14 procent fra brugerbetaling (jf. Tabel 3.1 på side 18).

Der er ingen særskilt lov for ældreområdet, som i stedet er reguleret i et antal love, herunder socialvårdslagen (lov nr. 710 af 17/9 1982; sidst ændret 2011). Som beskrevet i forbindelse med det finske sundhedsområde (se afsnit 4.4) reguleres brugerbetaling inden for socialområdet og sundhedsområdet i den samme lov, nemlig lag om klientavgifter inom social- och hälsovården (lov nr. 734 af 3/8 1992; sidst ændret i 2010). Brugerbetaling for tjenester nævnt i førstnævnte lov kan kun opkræves, såfremt disse fastlægges i sidstnævnte lov (§ 28 i lov nr. 710 af 17/9 1982).

Som beskrevet i afsnit 4.4 er der et periodeloft for udvalgte tjenester på sundhedsområdet. En enkelt af tjenesterne – kortvarigt institutionsophold – kan til dels henføres til ældreområdet.

Der eksisterer et voucher-system for den kommunale del af social- og sundhedsområdet i Finland, med det formål blandt andet at øge patienternes og klienternes valgmuligheder. Systemet blev politisk vedtaget i 2003 (med virkning fra 1. januar 2004; bl.a. lov nr. 1311 af 30/12 2003). I 2009 blev systemet udvidet (med virkning fra 1. august), og der eksisterer nu en særskilt lov for disse vouchers ("servicesedel"): lag om servicesedlar inom social- och hälsovården (lov nr. 569 af 24/7 2009).⁴⁷ Kommunerne fastsætter selv tjenesterne, hvor der kan gøres brug af vouchers (§ 4 i *ibid.*), og den pågældende klient kan vælge ikke at tage imod sin voucher, hvorefter kommunen er forpligtet til at levere tjenesten på anden vis (§ 6). Vouchers for gratis ydelser (jf. §§ 4 og 5 i lag om klientavgifter inom social- och hälsovården; lov nr. 734 af 3/8 1992) må ikke pålægge klienten nogen udgift (selvriskoandel; "självriskandel"). I værdifastsættelsen af voucheren skal kommunen tage hensyn til borgerens forhold (husholdningsstørrelse og -indkomst), og de omkostninger, kommunen har i forbindelse med at levere en tilsvarende tjeneste (§ 7). Der fastsættes årligt en national minimums- og maksimumsværdi for vouchers til hjemmeservice og hjemmesygepleje ("hemsjukvård"). Fra og med 1. januar 2012 skal disse vouchers have en værdi på mellem €7 og €25 per time (Social- och

⁴⁶ Beskrivelsen af ældreområdet i Finland bygger primært på Finlands Kommunförbund (2009) og Social- och Hälsovårdsministeriet (2009).

⁴⁷ Med en "servicesedel" menes, at kommunen med ansvaret for den pågældende social- eller sundhedstjeneste er forpligtet til at godtgøre de omkostninger, der er forbundet med tjenesten, når denne leveres af en anden serviceproducent. Den ansvarlige kommune værdisætter på forhånd tjenesten, og det er denne værdi, der godtgøres (§ 3 i lov 569 af 24/7 2009).

Hälsovårdsministeriet 2011a; en eksempelberegning gives af Social- och Hälsovårdsministeriet 2011g).

I Tabel 7.4 gives en oversigt over brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i Finland.

5.5 Tyskland⁴⁸

Det tyske socialsystem, herunder ældreområdet, er baseret på forsikringsordninger, jf. afsnit 4.5. Det sociale område er kodificeret i en tolvbinds sociallovsbog, hvor særligt den femte bog er relevant for brugerbetaling på både sundheds- og ældreområdet. De tyske delstater har ansvaret for planlægningen af institutionel pleje og skal garantere leveringen af disse ydelser (Busse & Riesberg, 2004: 116). Leveringen af ydelser på ældreområdet foregår i høj grad i privat regi, som på sundhedsområdet. Størstedelen af leverandørerne af institutionel pleje er organiseret i en føderal paraplyorganisation for seks non-profit velfærdsorganisationer ("Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege"; Busse & Riesberg 2004: 38, 116). Disse organisationer ejer og administrerer hospitaler, plejehjem, agenturer for hjemmepleje og ambulancekørsel. Halvdelen af alle plejehjem i Tyskland er drevet af disse organisationer. To tredjedele af udgifterne til langvarig pleje finansieres af offentlige midler og den resterende tredjedel af brugerbetaling (se Tabel 3.1 på side 18).

Den lovpligtige langtidssygdomsforsikring er rettet mod langtidssygdom.⁴⁹ Denne forsikring er derfor særlig relevant for ældre personer, da langtidssygdom er mere udbredt blandt denne befolkningsgruppe (Busse & Riesberg 2004: 119). Foruden sygeforsikring er det obligatorisk for alle personer at have en langtidssygdomsforsikring, og det er uden betydning, om man er forsikret i den lovpligtige sygeforsikring eller privat (Deutsche Sozialversicherung 2012d). Personer forsikret i en sygekasse under den lovpligtige sygeforsikring er samtidig forsikret under dennes langtidssygdomsordning. Betingelsen for at modtage pleje under denne forsikring er, at personen har en sygdom eller et handicap af fysisk, mental eller psykologisk karakter, som kræver betydelig bistand i en periode på mindst 6 måneder. Den forsikrede modtager enten ydelser ("benefits-in-kind"), udbetalinger ("cash benefits") eller en kombination. Tilskuddenes størrelse varierer efter, om plejehøvet falder i en af tre plejekategorier (Deutsche Sozialversicherung 2012e). Tilskud gives såvel til pleje i hjemmet som til institutionel pleje og kan også udbetales til nærtstående, som leverer pleje til den forsikrede. I Tyskland er der en stærk tradition for, at pleje udføres af pårørende i familien, og tilskudsmuligheden benyttes i stort omfang (OECD 2005: 118; Glendinning og Moran 2009: 7).

I Tabel 7.5 gives en oversigt over brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i Tyskland.

⁴⁸ Beskrivelsen af ældreområdet i Tyskland bygger primært på kilderne anvendt i afsnit 4.5, herunder Busse & Riesberg (2004: 116-123), OECD (2005) samt Glendinning og Moran (2009).

⁴⁹ En person er langtidssyg, såfremt personen har behov for pleje i mere end 6 måneder (Busse & Riesberg 2004: 117).

5.6 England⁵⁰

I England hører ældreområdet på nationalt plan under ressortområdet for et sundhedsministerium ("Department of Health"). Ansvar for levering af omsorgstjenester er decentraliseret til lokalt niveau, til 150 råd med ansvar for voksentjenester ("Councils with Adult Social Services Responsibilities", forkortet CASSRs).⁵¹ Omsorgstjenester er pålagt brugerbetaling, og satsens størrelse fastsættes på baggrund af borgerens betalingsevne (Boyle, 2011: 284). Disse tjenester, herunder hjemmepleje og plejehjem, finansieres delvist af lokale rådsskatter ("council taxes") og virksomhedsskatter ("business rates"), og delvist af brugerbetaling og forsikringsordninger (Boyle 2011: 87, 98, 276). Der er ikke tilgængelige tal for, hvordan udgifter til langvarig pleje fordeler sig på de forskellige finansieringskilder.

Ikke-institutionsbaseret pleje ("community care")⁵² leveres i høj grad i lokalområdet. Borgere kan modtage såvel ydelser som økonomisk støtte ("direct payments") til selv at erhverve sig den nødvendige pleje (Boyle, 2011: 278-279, 280); mere om dette senere. For den institutionelle plejes vedkommende ("residential care") er der over tid sket et skift i leveringen af omsorgstjenester fra den offentlige sektor til den private og frivillige sektor (Boyle, 2011: 276-277). Personlig pleje og sygepleje ("nursing care") leveres i plejeboliger ("residential care homes"), sygeplejehjem ("nursing care homes"), eller hjem, der kombinerer begge. Al sygepleje og størstedelen af personlig pleje leveres af den private og frivillige sektor (den resterende del af personlig pleje leveres i offentligt drevne hjem, benævnt "council-staffed homes"). De fleste beboere i disse hjem modtager offentlig økonomisk støtte.

For institutionel pleje ("residential care") er de lokale råd lovforpligtet til at opkræve brugerbetaling, og de skal fastsætte standardtakster ("standard rates"; Boyle 2011: 284), der afspejler de faktiske omkostninger (hvis tjenesten leveres af rådet selv) eller de bruttoomkostninger, der er forbundet med erhvervelsen af tjenesten. For ikke-institutionel pleje ("non-residential care") har rådene mulighed for at opkræve brugerbetaling, men det er ikke påkrævet ved lov.

I stedet for at modtage omsorgstjenester har borgere mulighed for at modtage økonomisk støtte ("direct payments") med henblik på selv at erhverve den nødvendige omsorg (Boyle 2011: 280-1). Der er hverken en nedre eller en øvre grænse for støtten, som beregnes ved, at den lokale myndighed fastsætter et budget, der tillader erhvervelsen af en rimelig standard af plejen. Muligheden for økonomisk støtte benyttes ikke meget, og i 2008-2009 stammede kun 4 procent af bruttoomkostningerne til omsorgstjenester fra ordningen (Boyle 2011: 281).⁵³

⁵⁰ Beskrivelsen af ældreområdet i England bygger primært på Boyle (2011) og OECD (2005).

⁵¹ Den regionale og lokale myndighedsstruktur er mere kompleks i England end i Danmark og gør brug af både single-purpose og multi-purpose enheder. En beskrivelse af strukturen gives eksempelvis i National Statistics (2011: 16-32).

⁵² Omfatter dagpleje på hospitaler, måltider i hjemmet, hjemmepleje og -hjælp, professionel pleje (fx af sygeplejerske eller fodplejer) samt udstyr og tilpasning af boligen (Boyle 2011: 278-279).

⁵³ Borgere har også mulighed for selv at kontakte omsorgsleverandører og indgå aftale om levering af ydelser, uden om de offentlige myndigheder. I så fald modtages der ingen offentlig støtte (Boyle 2011: 285).

Siden 1980'erne er der i England sket et skift fra, at omsorgstjenester var gratis, til, at de i dag er belagt med brugerbetaling på grundlag af en behovsvurdering ("means-testing") af borgeren (undtaget herfra er omkostninger til sygepleje på plejehjem; Boyle, 2011: 98). I behovsvurderingen af borgeren indgår dennes indkomst og kapitalaktiver inklusive bolig⁵⁴. For *institutionel pleje* gælder følgende maksimumssats: For det første for borgerens aktiver (Boyle, 2011: 285): (1) Er borgerens aktiver mindre end £14.250, betales alle omkostninger til institutionel pleje af det lokale råd. (2) Overskrider aktiverne £14.250, skal borgeren bidrage til den institutionelle pleje⁵⁵. (3) Overskrider aktiverne £23.250, skal borgeren selv betale de fulde omkostninger for den institutionelle pleje (grænser gældende for 2010-2011). For det andet for borgerens opgjorte indtægter ("assessed income") fra pensionsordninger, sociale ydelser og en andre række kilder: Borgeren har ret til at beholde £22,30 ugentligt (til personlige udgifter), men det tilbageværende beløb kan opkræves til betaling af den fastsatte standardtakst.

For *ikke-institutionel pleje* gælder følgende (Boyle, 2011: 285): Lokale råd kan selv afgøre, dels om der skal opkræves brugerbetaling, dels satsernes størrelse, sidstnævnte dog inden for retningslinjer udstukket af det engelske sundhedsministerium. Disse retningslinjer stipulerer, at satser, som afspejler de faktiske omkostninger ved tjenesten, er at foretrække frem for faste satskategorier ("broad usage bands"); sidstnævnte er dog acceptabelt for nogle tjenester såsom madservice. Endvidere bør satserne være så lave, at de ikke reducerer borgerens indkomst så meget, at indkomsten bliver mindre end 1,25 gange en fastsat basisindkomst ("basic income support level"). I fastsættelsen af satser må det lokale råd tage højde for borgerens opsparing og anden kapital (dog ikke dennes bolig).

I Tabel 7.6 gives en oversigt over brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i England.

⁵⁴ En eventuel samlevers og børns aktiver indgår ikke.

⁵⁵ Bidraget er fastsat til ugentligt 0,4 procent af forskellen mellem borgerens aktiver og førnævnte grænse (kan maksimalt være £36 ugentligt).

6 Hvilken inspiration kan vi få fra andre lande?

Trods overordnede ligheder mellem brugerbetalingens finansieringsmæssige betydning på sundheds- og ældreområdet i de seks lande har kortlægningen vist, at der på en række punkter er forskelle mellem de enkelte lande med hensyn til indretningen af den konkrete brugerbetalingspolitik. Ikke alene i forhold til om der er brugerbetaling eller ej, men også med hensyn til, om brugerbetalingen er betaling for en offentligt produceret ydelse, eller brugerens betaling går til en privat produceret ydelse, som det offentlige helt eller delvist yder et brugerbetalingsreducerende tilskud til. Kortlægningen viser også, at der er store forskelle i de konkrete udformede brugerbetalingsmodeller, og at der i brugerbetalingskonstruktionen kan være indlejrede fordelingspolitiske hensyn. Nogle af de centrale dimensioner i en sådan model er følgende (bygger delvist på Rudbeck et al. 1995: 15):

- Er brugerbetalingen for ydelser på et område en fast pris (uanset borgerens forbrug af tjenesten og de omkostninger, der er forbundet med tjenesten) eller en variabel pris?
- Hvis betalingen er variabel, er brugerbetalingen så afhængig af borgerens konkrete forbrug (typen af ydelse) eller af omkostningen ved den konkrete ydelse?
- Er der en kombination af en fast (indgangs-)pris og et efterfølgende variabelt beløb (skaleret efter forbruget af tjenesten eller de omkostninger, der er forbundet med tjenesten)?
- Er der et loft på brugerbetalingen, og gælder dette i givet fald for enkelttydelser eller en gruppe af ydelser?
- Er brugerbetalingen varieret afhængigt af forskellige parametre (herunder typen af ydelse, typen af modtager, effekten af ydelsen og referencepriser på ydelsen)?

I det følgende gives en række udvalgte eksempler på, hvordan man kan udforme en brugerbetalingsmodel. Eksemplerne er ikke udtømmende for alle muligheder og følger ikke strukturen i de centrale dimensioner givet ovenfor. De har derimod til formål at give inspiration til, hvordan man kan opbygge en brugerbetalingsmodel på en kort og overskuelig måde.

En måde at indbygge fordelingspolitiske hensyn i brugerbetalingspolitikken på kan være at lade satserne for brugerbetaling udgøre en beskeden del af de samlede udgifter ved den pågældende ydelse. Tysklands politik med, at et behandlingsforløb hos lægen i mange tilfælde koster patienten 74 kroner i brugerbetaling, kan tolkes som udtryk for dette (læs mere herom i fodnote 63 på side 72).

En anden mulighed er at gøre brug af årsgebyrer som i Finland, hvor man kan vælge at betale et gebyr på 204 kroner, der dækker alle besøg hos lægen i kalenderåret.

En tredje mulighed er at fastsætte procentsatser i forhold til enten de omkostninger, der er forbundet med en given tjeneste, eller modtagerens indkomst og i forbindelse med sidstnævnte eventuelt at sikre borgeren et minimumsbeløb til leveomkostninger. Et første eksempel er køb af medicin og andre forbrugsmidler i Tyskland, hvor borgeren betaler 10 procent af

prisen (dog mindst 37 kroner og højst 74 kroner). Et andet eksempel er langvarig hospitalsindlæggelse i Finland, hvor satsen fastsættes på baggrund af patientens betalingsevne, og patienten samtidig sikres et månedligt minimumsbeløb.

En fjerde mulighed er at fastsætte periodelofter, der sætter en øvre grænse for, hvor meget en borger kan blive opkrævet i brugerbetaling over en given periode. For eksempel er der i Norge fastsat tre lofter, der følger kalenderåret, for forskellige sundhedsydelser. Lofterne er på henholdsvis 1.534, 1.803 og 2.455 kroner, og når de overskrides, får borgeren et frikort, der berettiger til gratis behandling i resten af året. Et andet eksempel er Tyskland, hvor satsen for sygehusindlæggelse på 74 kroner per dag maksimalt kan opkræves for 28 dage om året.

I tilfælde hvor lokale eller regionale myndigheder har ansvaret og/eller står for leveringen af tjenester, kan man for det femte også vælge at fastsætte nationale maksimumssatser. Dette kan være særligt relevant i en decentraliseret velfærdsstat som den danske, hvor en stor del af den offentlige service leveres og finansieres af kommunerne og regionerne. I eksempelvis Finland er størstedelen af sundhedssystemet organiseret i kommunalt regi, og finske borgere kan for eksempel maksimalt betale 71 kroner for et besøg hos en tandlæge. Man kan selvfølgelig også vælge at fastsætte satserne som nationale landsdækkende satser, som vi kender det fra sundhedssystemet i Danmark.

Man kan for det sjette også gøre brug af trinvis satser, som det eksempelvis kendes fra tandlægeområdet i England. Her har man fastsat prisen for eksempelvis tandpleje og akut behandling til 151 kroner, mens mere krævende tjenester som tandproteser og tandbroer koster patienten 1.816 kroner.

En syvende mulighed for at indbygge fordelingspolitiske hensyn er at fritage nogle befolkningsgrupper for brugerbetaling, som det eksempelvis er tilfældet i England for besøg hos tandlægen og for køb af medicin.

Et sidste eksempel er at gøre brug af en abonnementsordning, som det kendes fra tandlægeområdet i Sverige. Her kan man vælge at betale en fast månedlig præmie, der ikke varierer med modtagelsen af tandlægebehandlinger.

De foregående bud er tænkt som inspiration til de mange valgmuligheder, der eksisterer i indretningen af brugerbetaling. Selvom de forskellige bud kan have forskellige fordelingsmæssige profiler, medvirker de til at illustrere mangfoldigheden i dels indretningen af brugerbetalingsordninger, dels en række forskellige eksisterende måder til at imødegå, at resourcesvage og syge borgere rammes uforholdsmæssigt hårdt af brugerbetaling. I Danmark har vi i kraft af den høje statistiske registerdækning af den danske befolkning særligt gode muligheder for at skræddersy brugerbetalingen til fordelingspolitiske hensyn. På basis af registerdata vil det fx være muligt at undtage borgere med specifikke sociale, helbredsmæssige eller økonomiske karakteristika helt eller delvist fra brugerbetaling. Forudsætningerne for at opnå den adfærdsregulering, der ofte fremhæves som en af styrkerne ved øget brugerbetaling, og samtidig imødekomme fordelingspolitiske skævheder, er dermed større i Danmark end i mange andre lande.

En vurdering af de efterspørgselsmæssige og fordelingspolitiske effekter af brugerbetaling ligger uden for rammerne af denne rapport, ligesom det er væsentligt at understrege, at

det grundlæggende er et politisk valg, hvorvidt der skal være mindske eller øget brugerbetaling i Danmark, hvordan den i givet fald skal indrettes, og hvordan velfærdspolitikken i bredere forstand skal udvikles. Gennem en perspektiverende sammenligning med vores nabo-lande giver indeværende kortlægning imidlertid indsigt i en empirisk mangfoldighed af brugerbetalingsordninger samt en bevidsthed om, at den nuværende danske brugerbetalingspolitik ikke er givet fra naturens side, men også er et produkt af historiske og politiske valg.

7 Tabelbilag

Tabel 7.1 Brugerbetaling i Danmark

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
<u>Sundhed</u>	Konsultation hos praktiserende læge	Gratis ¹	OECD (2004a: 47), Velfærds-kommissionen (2005b: 347)
	Konsultation hos speciallæge eller ambulans behandling på sygehus	Gratis ¹	OECD (2004a: 47), Velfærds-kommissionen (2005b: 347)
	Tandlæge	Afhænger af typen af behandling. Som regel en sats på 60 % af tandlægens honorar (omregnet fra: tilskud på 40 %) eller et fast beløb mellem 50 og 170 DKK. Se Sundhed.dk (2011a og b) for satser gældende fra 1/10 2011.	Forbrug.dk (2011), Sundhed.dk (2010; 2011a og b)
	Kiropraktor	Sats varierer men udgør i gennemsnit 82 % (omregnet fra: tilskudsprocent på 18 %). Se Danske Regioner (2011) for satser ("patientandele") gældende fra 1/10 2011 (tidligere satser oplyst i bekendtgørelse nr. 1141 af 29/9 2010).	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2011b), Danske Regioner (2011), bekendtgørelse nr. 1141 af 29/9 2010
	Fysioterapeut	Sats på 60,7 % af behandlingsudgiften ved lægehenvielse (omregnet fra: tilskud på 39,3 %).	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2011a)
	Psykolog	Kommunen yder vederlagsfri behandling for personer med svært fysisk handicap og funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom. Sats på 40 % af psykologens honorar (omregnet fra: tilskud på 60 %), hvis man er i en af 11 særligt udsatte persongrupper og er blevet henvist af en alment praktiserende læge. Persongrupper er bl.a. ofre for røveri, vold, voldtægt, trafikulykker eller andre ulykker.	§ 69 i lovbekendtgørelse nr. 913 af 13/07 2010, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2011c)
	Medicin	<u>Medicin udleveret igennem den primære sundhedstjeneste:</u> Årlig tilskudsperiode med varierende satser. For borgere over 18 år: fuld brugerbetaling op til 865 DKK; sats på 50 % fra 865-1410 DKK; sats på 25 % fra 1.410-3.045 DKK; sats på 15 % over 3.045 DKK (omregnet fra: tilskud på 50, 75 og 85 %). Satser for borgere under 18 år er følgende: 40 %, 40 %, 25 % og 15 %. For kronikere er en maksimal egenbetaling på 3.555 DKK inden for tilskudsperioden. Særlige regler for medicin ordineret til fertilitetsbehandling. Satser gældende fra 1/1 2011. <u>Medicin udleveret på hospitaler:</u> gratis.	Lægemiddelstyrelsen (2010), Strandberg-Larsen (2007: 54)

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
	Sygehusindlæggelse	Gratis	OECD (2004a: 47), Velfærds-kommissionen (2005b: 347)
	Akutmodtagelse på sygehus	Gratis	Strandberg-Larsen et al (2007: 30)
	Røntgenfotografering, patologi og laboratorieundersøgelser	Gratis	OECD (2004a: 47), Velfærds-kommissionen (2005b: 347), for laboratorieundersøgelser oplyst i telefonisk samtale med Danske Regioner samt mailkorrespondance med Sygeforsikring Danmark.
	Kunstig befrugtning ²	Gældende fra 1/1 2012: Gratis. Gældende fra 1/1 2011 til 31/12 2011: 1.185 DKK per forsøg med insemination (årligt reguleret) og 5.040/3.024 DKK per forsøg med reagensglasbefrugtning med friske/optøede æg (do.), plus evt. udgifter til køb af donorsæd. Behandling i speciallægepraksis omfattet fra 1/3 2011.	Lovforslag nr. L37 af 21/12 2011, lov nr. 1546 af 21/12 2010, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010)
	Lægemidler til fertilitetsbehandling ²	Gældende fra 1/1 2012: Tilskud til fertilitetslægemidler følger igen almindelig regel i sundhedslovens § 146. Genindførelse af kronikertilskud til køb af lægemidler til fertilitetsbehandling. Gældende fra 1/1 2011 til 31/12 2011: Egenbetalingsgrænse på 15.000 DKK per år for tilskudsberettigede lægemidler til fertilitetsbehandling. Derefter fuld brugerbetaling (omregnet fra: 100 % tilskud).	Lovforslag nr. L37 af 21/12 2011, lov nr. 1546 af 21/12 2010, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010)
	Sterilisering ²	<u>Sterilisering:</u> Gældende fra 1/1 2012: Gratis. Gældende fra 1/1 2011 til 31/12 2011: 8.457 DKK for mænd og 12.984 DKK for kvinder (årligt reguleret). Sterilisering hos speciallæge omfattet fra 1/3 2011. <u>Refertilisation (omgørelse af sterilisering):</u> Gældende fra 1/1 2012: Gratis. Gældende fra 1/1 2011 til 31/12 2011: 5.949 DKK for mænd og 33.933 for kvinder (årligt reguleret).	Lovforslag nr. L37 af 21/12 2011, lov nr. 1546 af 21/12 2010, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010)
	Udeblivelse fra aftale	Gebyr kan ikke opkræves for udeblivelse fra sygehusbehandling med mindre dispensation gives fra indenrigs- og sundhedsministeren. Ingen dispensationer er givet på nuværende tidspunkt (oplyst af Danske Regioner). Tandlæger kan opkræve gebyr for udeblivelse fra aftale (oplyst af Danske Regioner).	§ 233, stk. 3 i lovbekendtgørelse nr. 913 af 13/07 2010, telefonisk samtale med Danske Regioner.

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
<u>Ældre</u>	Transport til behandling	<p>Transport til læge eller til/fra hospital er som hovedregel underlagt fuld brugerbetaling (ikke tilskudsberettiget).</p> <p>For transport til læge: Tilskud ydes til pensionister og gruppe 1-patienter.</p> <p>For transport til/fra sygehus: Tilskud, bl.a. hvis egen transport ikke er mulig pga. sygdom, eller hvis man bor mere end 50 km fra behandlingssted.</p>	Patientvejledningen (2011)
	Personlig hjælp og pleje (på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer)	<p>Sats kan maksimalt udgøre kommunens gennemsnitlige, langsigtede omkostninger, der kan henføres til produktion og levering af tilbuddet. Sats reguleres som minimum årligt. Personaleomkostninger kan dog ikke medregnes, når der ydes varig hjælp eller ved visse undtagelser (jf. §§ 41-2, 96 og 100 i serviceloven). Varig hjemmehjælp er derfor i praksis undtaget brugerbetaling.</p> <p>Ved midlertidig hjælp beregnes modtagerens egenbetaling på baggrund af dennes og evt. ægtefælles indkomstgrundlag. Betaling udgør 3 DKK per time, hvis indkomstgrundlag udgør 2.701 DKK, og forhøjes derefter med 1 DKK for hver 2.700 DKK. Dog maksimalt 116 DKK per time (2010-niveau).</p> <p>Hvis kommunen ikke kan stille den nødvendige hjælp til rådighed, kan et tilskud udbetales til personen.</p>	§§ 83 og 95 i lovbekendtgørelse, §§ 1-4 i bekendtgørelse nr. 668 af 16/6 2010
	Hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet	<p>Sats kan maksimalt udgøre kommunens gennemsnitlige, langsigtede omkostninger, der kan henføres til produktion og levering af tilbuddet.</p> <p>Sats reguleres som minimum årligt.</p>	§§ 83 og 95 i serviceloven, §§ 1-2 i bekendtgørelse nr. 668 af 16/6 2010
	Hjemmesygepleje	Gratis efter lægehenvielse.	§ 1 i bekendtgørelse nr. 1601 af 21/12 2007
	Hjemmeserviceordning	<p>Ordningen er ophørt per 1/9 2011 (lov nr. 572 af 7/6 2011). Modtagere, som har været tilskudsberettigede i de seneste tre år, kan fortsætte ordningen. Øvrige kan ikke længere søge ordningen.</p> <p>Borgere kan modtage husstandsbidrag til hjemmeservice i form af rengøring, når mindst én person i husstanden er (jf. lov om hjemmeservice): fyldt 65 år, tilkendt førtidspension (efter § 20 i lov om social pension), tilkendt førtidspension (efter § 14, stk. 1-3, i lov om højeste, mellemste, forhøjet almindelig og almindelig førtidspension).</p> <p>Husstandsbidrag udgør 30% af faktureret beløb. Bidrag kan ikke overstige 6.000 DKK per kvartal per virksomhed. Gældende fra 1/1 2010.</p> <p>En ny ordning er oprettet ("Servicefradrag for hjælp og vedligeholdelse"), som ikke beskrives nærmere (se Skat, 2011).</p>	Bekendtgørelse nr. 39 af 23/1 2004, bekendtgørelse nr. 972 af 15/10 2009, lov nr. 572 af 7/6 2011

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
	Madservice	Sats kan maksimalt udgøre 1) kommunens gennemsnitlige, langsigtede omkostninger, der kan henføres til produktion og levering af tilbuddet (personaleomkostninger kan medregnes, jf. § 2 stk. 2 i bekendtgørelse nr. 668 af 16/6 2010; sats reguleres mindst årligt); 2) 3.111 DKK per måned (2010-niveau) for fuld forplejning for beboere i plejebolig og plejehjem, botilbud og lignende boligenheder, hvortil der er knyttet omsorgs- og servicefunktioner med tilhørende personale, herunder friplejeboliger. Forholdsmæssig reduktion i maksimal sats for midlertidige ophold (under 1 måned). Sats reguleres årligt den 1. januar.	§§ 83 og 95 i serviceloven, §§ 1-2 i bekendtgørelse nr. 668 af 16/6 2010
	Plejehjem og beskyttede boliger ³	<p>Modtagere af madservice omfattet af frit valg af leverandør (§§ 91-2 i serviceloven) skal tilbydes mindst ét dagligt måltid (i form af en hovedret) til maks. 45 DKK per måltid. Sats reguleres årligt den 1. januar.</p> <p>Personens betaling fastsættes af dennes handlekommune (punkt 63 i vejledning nr. 14 af 15/2 2011).</p> <p>Betaling udgør 10 % af maksimal husleje (beregnet på basis af driftsomkostninger) plus 10 % af årlig husstandsindkomst af de første 173.500 DKK, og 20% af indkomst derudover (punkt 68 i vejledning nr. 14 af 15/2 2011). Betaling må dog højst udgøre boligens maksimale husleje.</p> <p>Derudover skal personen bl.a. betale for modtagne ydelser (punkt 63 i vejledning nr. 14 af 15/2 2011).</p> <p>Gældende fra 1/1 2011.</p>	Punkt 63 og 68 i vejledning nr. 14 af 15/2 2011
	Afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer person med nedsat fysisk/psykisk funktionsevne	<p>Sats kan maksimalt udgøre kommunens gennemsnitlige, langsigtede omkostninger, der kan henføres til produktion og levering af tilbuddet. Sats reguleres som minimum årligt.</p> <p>Modtagerens egenbetaling beregnes på baggrund af dennes og evt. ægtefælles indkomstgrundlag. Gratis under visse indkomstbeløb.</p> <p>Hvis betaling udgør mindre end 67 DKK per time (2010-niveau), kan kommunalbestyrelsen vælge ikke at opkræve beløbet.</p> <p>Mulighed for plejeorlov ved alvorlig sygdom, handicap eller terminal sygdom (§§ 118, 119 og 122 i serviceloven).</p>	§§ 84 og 95 i serviceloven, §§ 1, 3 og 4 i bekendtgørelse nr. 668 af 16/6 2010
	Forebyggende hjemmebesøg (mindst 1 besøg per år for borgere, der er fyldt 75 år)	Gratis. Kommunen kan undlade at give det årlige besøg, hvis borgeren allerede modtager både personlig pleje og praktisk hjælp.	§ 79 a i serviceloven

Anmærkninger:

Sundhedsområdet:

Note 1: Undtaget er de ca. 3 procent af befolkningen i sygesikringsgruppe 2.

Note 2: I den nyligt tiltrådte regerings lovprogram for folketingsåret 2011-2012 blev en ophævelse af brugerbetaling på disse områder nævnt (Regeringen, 2011). Ophævelsen blev vedtaget af Folketinget den 21. december 2011 (lovforslag nr. L37 af 21/12 2011).

Ældreområdet:

Note 3: Det var tidligere således, at plejehjem var bestemt for personer med omfattende behov for pleje og omsorg, og beskyttede boliger var bestemt til personer, som ikke kunne blive i eget hjem, men hvor behovet for hjælp ikke var lige så omfattende. Denne opdeling er forladt i mange kommuner, og i dag er der ofte mulighed for at levere lige så omfattende pleje og omsorg i beskyttede boliger (punkt 50 i vejledning nr. 14 af 15/2 2011). En række boligformer er ikke medtaget, herunder almene ældreboliger (der følger lov om almene boliger mv.; se kapitel 1 i vejledning nr. 14 af 15/2 2011) og friplejeboliger. Sidstnævnte udelades, fordi friplejeboliger er et privat alternativ til de eksisterende plejehjem mv. (punkt 204 i ibid.) Disse boliger betragtes som private udlejningsboliger og følger lejelovgivningen for privat udlejningsbyggeri med visse tilpasninger (punkt 210 i ibid.). Der er bl.a. fastsat maksimale satser for en række tjenester i friplejeboliger (se tabel 26 i vejledning nr. 84 af 25/10 2011).

Tabel 7.2 Brugerbetaling i Norge

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
Sundhed	Konsultation hos praktiserende læge/lægevagt ¹	136/229 NOK i dagtimer/aftentimer (gældende fra 1/7 2011).	Helseøkonomiforvaltningen (2011a)
	Konsultation hos læge/lægevagt, hvor lægen er specialist i almen medicin ¹	180/269 NOK i dagtimer/aftentimer (gældende fra 1/7 2011).	Helseøkonomiforvaltningen (2011a)
		Konsultation hos eller sygebesøg fra specialist: 307 NOK (gældende fra 1/7 2011).	
	Sygebesøg fra praktiserende læge/lægevagt ¹	180/295 NOK i dagtimer/aftentimer (gældende fra 1/7 2011).	Helseøkonomiforvaltningen (2011a)
	Sygebesøg fra læge/lægevagt, hvor læge er specialist i almen medicin ¹	210/325 NOK i dagtimer/aftentimer (gældende fra 1/7 2011).	Helseøkonomiforvaltningen (2011a)
	Tandlæge	Som oftest fuld brugerbetaling. Udgifter dækkes dog helt eller delvist i nogle tilfælde.	Helseøkonomiforvaltningen (2011b)
	Kiropraktor	Tilskud på 58 NOK per behandling for op til 14 behandlinger om året (tilskud på 119 NOK for førstegangsundersøgelse).	Helseøkonomiforvaltningen (2011c)
	Fysioterapeut ²	Sats på 75-263 NOK per undersøgelse/behandling (afhænger af behandlingsformen) (gældende fra 1/7 2011).	Helseøkonomiforvaltningen (2011a)
	Psykolog ^{1,3}	307-921 NOK per session af forskellig varighed (gældende fra 1/7 2010).	Helseøkonomiforvaltningen (2011a)
	Medicin ¹	Sats på 38% af receptbeløb på blå recept men maks. 520 NOK per kvantum svarende til 3 mdrs. forbrug (gældende fra 1/1 2010).	Helseøkonomiforvaltningen (2011a)
		Udgifter til blandt andet medicin kan ikke overstige 1.880 NOK årligt ("egenandelstak 1").	
		Blå recept gælder medicin til alvorlig og langvarig sygdom.	
	Sygehusindlæggelse	Gratis	OECD (2004a: 48), Velfærdskommissionen (2005b: 345, 347)
	Akutmodtagelse på sygehus og kommunale akutmodtagelser	På sygehus: Gratis Kommunale akutmodtagelser: Følger satser for konsultationer og sygebesøg hos praktiserende læge (herunder hvor lægen er specialist i almen medicin) og lægevagt.	Johnsen (2006: 46), Helseøkonomiforvaltningen (2011a)
	Laboratorieundersøgelser ¹	47 NOK (gældende fra 1/7 2011).	Helseøkonomiforvaltningen (2011a)
Røntgenfotografering ¹	218 NOK (gældende fra 1/7 2011).	Helseøkonomiforvaltningen (2011a)	
Kunstig befrugtning (op til 3 forsøg)	1.500 NOK per forsøg (plus første 15.000 NOK for lægemidler).	Helseøkonomiforvaltningen (2011a)	
Sterilisering	1.268 NOK for mænd, 6.079 NOK for kvinder.	Helseøkonomiforvaltningen (2011a)	

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
Ældre	Udeblivelse fra aftale	Nationalt fastsat gebyr kan opkræves ved udeblivelse fra aftale hos læge, eller hvis afbud gives mindre end 24 timer før aftalen.	Oplyst af Kommunesektorens Organisation.
	Transport til behandling ¹	Sats på 130 NOK hver vej, 400 NOK hver vej ved frit sygehusvalg (gældende fra 1/1 2010).	Helseøkonomiforvaltningen (2011a)
	Hjemmehjælp	<u>Praktisk bistand og oplæring til personlig pleje og egenomsorg:</u> Gratis. Omfatter hjælp til at stå op og gå i seng, personlig hygiejne, toiletbesøg, klæde sig af og på, nødvendigt tilsyn og grundlæggende behov. <u>Øvrig hjemmepleje:</u> Er typisk pålagt brugerbetaling, dog gratis i nogle tilfælde (Forbrukerrådet, udateret; OECD, 2005: 129).	§ 8-2 i forskrift nr. 915 af 4/12 1992, Forbrukerrådet (udateret), OECD (2005: 129)
	Hjemmesygepleje	Gratis. Der er lovhjemmel til at fastsætte en sats ved forskrift, men en sådan er ikke udstedt.	§ 2-3 i lov nr. 66 af 19/11 1982, § 8-2 i forskrift nr. 915 af 4/12 1992, Forbrukerrådet (udateret), OECD (2005: 129)
	Madservice	Sats kan maksimalt udgøre omkostningerne forbundet med leveringen af tjenesten. Såfremt husstandsindkomst er under 2 gange fastsat grundbeløb, kan den samlede betaling for en række ydelser (herunder madservice) ikke overstige 165 NOK per måned. Indregnet i sats for institutionsophold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006b).	Helse- og omsorgsdepartementet (2006a; 2006b), § 8-2 i forskrift nr. 915 af 4/12 1992

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
	Ophold på sygehjem og boform med heldøgnsomsorg og pleje samt boliger med heldøgns-omsorgstjenester	<p><u>Ved langtidsophold:</u> Sats kan maksimalt udgøre 75% af borgerens indtægter op til et fastsat grundbeløb ("folketrygdens grunnbeløb") fratrukket et fribeløb på 6.600 NOK per år, og 85% af indtægter herover. Endvidere må satsen ikke være højere, end at borgeren har mindst 25% af det fastsatte grundbeløb (i tillæg til fordelingen af fribeløbet) tilbage til eget brug.</p> <p>Sats må ikke overstige de reelle opholdsudgifter. Kapitaludgifter må ikke medregnes i opholdsudgifter. Opholdsudgifter fastsættes for den enkelte institution.</p> <p>Sats kan pålægges børn, såfremt barnet har en selvstændig indtægt. I så fald holdes forældrenes indtægts- og formueforhold uden for satsberegningen.</p> <p><u>Ved korttidsophold:</u> Maks. 129 NOK per døgn. Ved flere korttidsophold på sammenlagt mindst 60 døgn per kalenderår kan sats for langtidsophold i stedet opkræves.</p> <p><u>Ved dag- eller natophold:</u> Maks. 68 NOK for det enkelte ophold.</p> <p>Alle satser gældende fra 1/1 2011.</p>	§ 2-3 i lov nr. 66 af 19/11 1982, forskrift nr. 392 af 26/4 1995, forskrift nr. 1754 af 20/12 2010
	Aflastningstiltag for personer og familier med særligt tyngende omsorgsarbejde (efter § 4-2 pkt. b i sosialtjenesteloven)	<p>Gratis, ingen brugerbetaling kan pålægges.</p> <p>Aflastningstiltag omfatter tiltag for borgere, som har særligt tyngende omsorgsarbejde, i tillæg til tjenester tildelt jf. § 4-2 pkt. a, c og d i lov om sociale tjenester.</p>	§ 8-2 i forskrift nr. 915 af 4/12 1992
	Støttekontakt og omsorgsløn for personer og familier med særligt tyngende omsorgsarbejde (efter § 4-2 pkt. b i sosialtjenesteloven)	<p>Støttekontakt: Gratis, ingen brugerbetaling kan pålægges.</p> <p>Omsorgsløn kan ydes til personer med særligt tyngende omsorgsarbejde (§ 4-2 pkt. e i sosialtjenesteloven; OECD, 2005: 129). Omsorgsløn er rettet mod forældre og foresatte, som udfører særligt tyngende pleje- og omsorgsarbejde (Senter for sjældne funksjonshemninger, 2008). Ingen brugerbetaling kan opkræves i forbindelse med omsorgsløn.</p>	§ 4-2 pkt. e i sosialtjenesteloven, § 8-2 i forskrift nr. 915 af 4/12 1992, OECD (2005: 129)

Anmærkninger:

Sundhedsområdet:

I tillæg til brugerbetaling kan der kræves patientbetaling for enkelte tjenester, materiel og andet. Sådanne betalinger anses ikke som en del af en persons brugerbetaling og kan også opkræves for personer, som er fritaget for brugerbetaling.

Der er to periodeloft for brugerbetaling ("egenandelstak 1 og 2"), der følger kalenderåret: Gældende fra 1/1 2011 er de to lofter på henholdsvis 1.880 NOK (grænse 1) og 2.560 NOK (grænse 2; Helseøkonomiforvaltningen, 2011a). Der eksisterer også et tredje periodeloft (der også følger kalenderåret): For en række yderligere sundhedsydelser ("helsetjenester som ellers ikke er dækket af folketrygden eller andre lover") kan der opkræves op til 1.600 NOK (gældende fra 1/1 2011; Helseøkonomiforvaltningen, 2011a).

Note 1: Falder under periodeloft 1. Personer under 16 år er fritaget for brugerbetaling under brugerbetalingsgrænse 1.

Note 2: Falder under periodeloft 2.

Note 3: Personer under 18 år samt personer med hiv-infektion er fritaget for brugerbetaling.

Ældreområdet:

Der er et periodeloft for brugerbetaling gældende for alle tjenester under socialtjenesteloven (§ 8-4 i forskrift nr. 915 af 4/12 1992; paragraf sidst ændret i forskrift nr. 1755 af 20/12 2010). Grænsen er indtægtsgraderet og beregnes på grundlag af husstandens samlede skattepligtige nettoindtægt før særfradrag (til indtægten medregnes udbetalt støtte fra folketrygden til hjælp i huset, og omsorgsløn fratrækkes indtægtsgrundlaget). Såfremt husstandsindkomsten er under 2 gange et fastsat grundbeløb ("grunnbeløb", forkortet "G"), kan den samlede betaling for ydelserne ikke overstige 165 NOK per måned.

Tabel 7.3 Brugerbetaling i Sverige

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
Sundhed	Praktiserende læge	Varierer mellem amter: 100-200 SEK per besøg (modus 150 SEK).	Sveriges Kommuner och Landsting (2011)
	Hjemmebesøgstillæg	Varierer mellem amter: 0-150 SEK per besøg (modus 50 SEK).	Sveriges Kommuner och Landsting (2011)
	Receptudskrivning per telefon	Varierer mellem amter: 0-100 SEK per recept (modus 0 SEK).	Sveriges Kommuner och Landsting (2011)
	Lægevagt (vagttjeneste; "jourtid")	Varierer mellem amter.	Sveriges Kommuner och Landsting (2011)
		Primær sundhedstjeneste: 100-350 SEK per besøg (modus 300 SEK).	
		Akutmodtagelse: 270-400 SEK per besøg (modus 300 SEK).	
	Behandling hos andet plejepersonale end læger ("sjukvårdande behandling"), herunder fysioterapeut ("sjukgymnastik") og psykolog	Varierer mellem amter: 80-200 SEK per besøg (modus 100 SEK)	Sveriges Kommuner och Landsting (2011); henførelse af fysioterapeut og psykolog til "andet plejepersonale" bygger på sammenligning af førnævnte med Vårdguiden (2011).
	Specialistlæge	Varierer mellem amter.	Sveriges Kommuner och Landsting (2011)
		Uden henvisning: 230-320 SEK per besøg (modus 300 SEK).	
		Med henvisning: 0-300 SEK (modus 150 SEK).	
	De oplyste satser er typisk for første besøg efter henvisning fra den primære sundhedstjeneste.		
	Tandlæge	Satser varierer mellem tandlægeklinikker og behandlinger. Gratis for borgere under 19 år. Mulighed for økonomisk støtte for borgere over 19 år.	1177 (2009)
	Kiropraktor og naprapater	Varierer mellem amter: 80-260 SEK per besøg (modus 100 SEK).	Sveriges Kommuner och Landsting (2011)
	Medicin	Forskellige satser for receptpligtig medicin. Første 900 SEK per år betales fuldt ud af borgeren, og satsen falder derefter gradvist til 0 % ved 1.800 SEK (omregnet fra tilskudsprocenter). <u>P-piller ("P-pillersubvention")</u> : varierer mellem amter, satser svære at sammenligne (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011).	Glenngård et al (2005: 46), Sveriges Kommuner och Landsting (2011)

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
	Sygehusindlæggelse ("sluten vård")	<p>Variierer mellem amter.</p> <p>For børn og unge (typisk 0-20-årige): Gratis.</p> <p>For voksne (typisk 20+-årige): 65-80 SEK per indlæggelsesdag ("vård dag"; modus 80 SEK).</p> <p>De oplyste satser varierer i nogle tilfælde med længden af patientens ophold (nedsættes i nogle tilfælde efter 10-90 indlæggelsesdage).</p> <p>I en del amter er der lavere satser for patienter med aktivitets- eller sygegodtgørelse ("patienter med hel aktivitetsersättning eller sjukersättning").</p>	Sveriges Kommuner och Landsting (2011)
	Akutmodtagelse på sygehus	Variierer mellem amter: 250-350 SEK per besøg (modus 300 SEK).	Sveriges Kommuner och Landsting (2011)
	Røntgenfotografering	Gratis.	OECD (2004a: 49).
	Kunstig befrugtning (insemination og in vitro-fertilisering)	<p><u>Insemination</u>: varierer markant mellem amter. For heteroseksuelle par 200-12.000 SEK (modus 300 SEK) per besøg og for lesbiske par 200-12.000 SEK (modus 300 SEK) per besøg.</p> <p>Antallet af forsøg varierer mellem 0 og 6, og den maksimale alder for kvinder og mænd varierer imellem 37-41 og 54-56 år. Prisen på 12.000 SEK per besøg er for insemination på privat klinik i Umeå.</p> <p>In vitro-fertilisering: varierer mellem amter imellem 200-320 SEK (modus 300 SEK) per besøg.</p> <p>Antal IVF-behandlinger varierer mellem 1 og 4, og den maksimale alder for kvinder og mænd varierer imellem 37-41 og 54-56 år.</p>	Riksförbundet för sexuell upplysning (2011: 21-27)
	Sterilisering	<p>Variierer markant mellem amter: for kvinder 250-13.200 SEK (modus 300 SEK) og for mænd 250-10.400 SEK (modus 300 SEK).</p> <p>I tre amter udføres ikke sterilisering for kvinder og/eller mænd: Gotland, Jämtland og Värmland.</p>	Riksförbundet för sexuell upplysning (2011: 19-20)
	Udeblivelse fra aftalt besøg	Sats kan opkræves på grundlag af grunde fastsat af amtet ("landstinget") eller kommunen.	§ 26 i lov nr. 763 af 30/6 1982

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
<u>Ældre</u>	Hjemmepleje ("hemtjänst") ⁵⁶ i ordinær beboelse og ældrebolig, og dagsvirksomhed ("dagverksamhet") herunder hjemmesygepleje ⁵⁷	Månedlige satser til hjemmepleje og dagsvirksomhed (samt satser til kommunal sundheds- og sygepleje; § 26 stk. 6 i hälso- och sjukvårdslagen) må maksimalt udgøre en tolvtedel af 0,48 gange prisbasebeløbet for borgeren. I 2012 svarer dette til 1.760 SEK per måned. For hjemmesygepleje: Nødvendige lægemidler fra amtet er gratis (§ 3e i lov nr. 763 af 30/6 1982). ⁵⁸	§§ 5 og 6 i kapitel 8 af lov nr. 453 af 7/6 2001, Socialstyrelsen (2011b), § 3e i lov nr. 763 af 30/6 1982
	Madservice	Borgerens brugerbetaling kan ikke overstige fastsat satsrum. Satsen for madservice må ikke overstige den gennemsnitlige omkostning forbundet med at forberede måltidet. Satser for madservice er ikke omfattet af periodeloftet for brugerbetaling ("högstkostnadsskydd"). Kommuner har mulighed for at indregne satsen for madservice i satsen for hjemmepleje. Men ingen kommuner benyttede sig af denne mulighed i 2007.	Socialstyrelsen (2007: 4-5)
	Ældrebolig ("särskilt boende") ⁵⁹ ikke omfattet af huslejeloven ("hyreslagen") og flerpersonersbolig	Ældrebolig ("särskilt boende"): Månedlig sats må maksimalt udgøre en tolvtedel af 0,50 gange prisbasebeløbet for borgeren. I 2012 svarer dette til 1.833 SEK per måned. Borgerens brugerbetaling kan ikke overstige fastsat satsrum. <u>Månedlig sats for borgere bosat i flerpersonersbolig ("flerbäddrum")</u> : Maksimalt 1.783 SEK (gældende for 2011; Socialstyrelsen, 2011a: 27).	§§ 5 og 6 i kapitel 8 af lov nr. 453 af 7/6 2001, Socialstyrelsen (2011a; 2011b)
	Økonomisk støtte til nærtstående	Borgerens brugerbetaling kan ikke overstige fastsat satsrum. Mulighed for udbetaling af tilskud til (eller ansættelse af) nærtstående til udførelse af pleje.	OECD (2005: 133).

⁵⁶ Eksempler på ydelser i forbindelse med hjemmepleje er hjælp til indkøb, rengøring, tøjvask, madlavning og personlig pleje (Statens offentliga utredningar, 2006: 36).

⁵⁷ Dagsvirksomhed er en samlebetegnelse for ydelser vedrørende beskæftigelse, fællesskab og rehabilitering, som udføres i dagtimerne. Dagsvirksomhed er støtte, så en borger kan forblive boende i eget hjem, men kan også ydes til borgere i ældreboliger (Statens offentliga utredningar, 2006: 36-37).

⁵⁸ Hjemmesygepleje er både en amtslig og kommunal opgave (Glenngård et al. 2005: 84).

⁵⁹ Ældreboliger har heldøgnsomsorg, og beboerne har som regel et stort plejebæhov (Statens offentliga utredningar, 2006: 35).

Anmærkninger:

Sundhedsområdet:

Sundhedssatser er gældende per 1/1 2011 (Sveriges Kommuner og Landsting, 2011).

Der er flere nationalt gældende periodelofter for brugerbetaling ("høgekostnadsskydd"): (1) For ambulans sundheds- og sygepleje ("öppen hälso- och sjukvård"; herunder fysioterapi), visse forbrugsartikler og visse tandbehandlinger er der et periodeloft på 900 SEK per 12 mdr. (§ 26a i lov nr. 763 af 30/6 1982).⁶⁰ Når loftet overskrides, får borgeren et frikort, der berettiger til gratis behandling. (2) For visse tandlægebehandlinger får man et alment tandlægebidrag ("allmänna tandvårdsbidraget", forkortet ATB) på 150/300 SEK per år fra det år, man fylder 20 år. Derudover er der et periodeloft ("høgekostnadsskydd för tandvård") på 3.000 SEK per år, og omkostninger derudover dækkes delvist (1177, 2009).⁶¹ (3) For receptpligtig medicin er der et periodeloft på 1.800 SEK per år (de første 900 SEK skal betales fuldt af borgeren, hvorefter refusionsprocenten gradvist stiger til 100 % ved 1.800 SEK; Glenngård et al. 2005: 46). (4) For tekniske remedier er periodeloftet på 2.000 SEK per år (Glenngård et al. 2005: 46). (5) Der er to yderligere månedlige periodelofter, jf. nedenfor under ældreområdet.

Ældreområdet:

Der er to nationalt gældende månedlige periodelofter ("høgekostnadsskydd"). Disse lofter fastsættes på baggrund af et prisbasebeløb ("prisbasbelopp"), som for 2012 udgør 44.000 SEK (Socialstyrelsen, 2011b). Lofterne er (§ 5 i lov nr. 453 af 7/6 2001): (1) Satser til hjemmepleje og dagsvirksomhed (samt satser til kommunal sundheds- og sygepleje; § 26 stk. 6 i hälso- och sjukvårdslagen) må ikke overstige 1.730 SEK per måned i 2012 (udregnes som en tolvtedel af 0,48 gange prisbasebeløbet). (2) Satser for bosættelse i ældreboliger ("särskilt boende") må ikke overstige 1.833 SEK per måned i 2012.

⁶⁰ Tidsperioden for dette periodeloft følger ikke kalenderåret, men er løbende: Startpunktet for perioden er første gang, der betales for en tjeneste (§ 26a i lov nr. 763 af 30/6 1982).

⁶¹ Tidsperioden for dette periodeloft synes også at være løbende, da det gælder "inom loppet av ett år" (1177, 2009).

Man kan også vælge at tegne en abonnementsordning for tandlægebehandlinger ("abonnemangstandvård"), hvor man betaler en fast månedlig præmie, der ikke varierer med modtagelsen af tandlægebehandlinger (1177, 2009).

Tabel 7.4 Brugerbetaling i Finland

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
Sundhed	Konsultation hos praktiserende læge på sundhedscenter ("hälsovårdscen-tral")	Maksimal sats på €13,70 per besøg, hvis årsgebyr ikke er betalt. Års-gebyr er på €27,40 og gælder for kalenderåret.	§ 7 i forordning nr. 912 af 9/10 1992, Social- og Hälsovårdsmini-steriet (2011e)
	Sygeplejerskemodtagelse ("hälsovårdarens mottagning") på sundhedscenter ("hälsovårdscen-tral")	Gratis	Social- og Hälsovårdsmi-nisteriet (2011e)
	Konsultation hos speciallæge igen-nem åbent ambulatorium ("polikli-nik") på sygehus	Speciallæger omtales ikke specifikt i lovgivning eller forordning, men ydelser leveres igennem disse åbne ambulatorier (oplyst af Siv Sand-berg, Åbo Akademi, i mail dateret 27/1 2012). Maksimal sats på €27,50 per besøg. Gratis, hvis indlæggelse på sygehus umiddelbart efter besøg. Psykiatrisk behandling kan være gratis.	§ 8 i forordning nr. 912 af 9/10 1992, mail dateret 27/1 2012 fra Siv Sandberg, Åbo Akademi
	Tandlæge på sundhedscenter ("hälsovårdcentral") ¹	Maksimale satser per besøg: €7,50 for behandling af tandplejer ("munhygienist"), €9,60 for behandling af tandlæge, €13,90 for be-handling af speciallæge. Derudover debiteres separate udgifter for behandlinger og undersøgel-ser, mellem €6,20 og €100. Herudover kommer udgifter til regulerings-apparater, protetisk behandling og specialmateriel. Satsernes størrelse fastsættes på baggrund af, hvor krævende behand-lingen er, samt tidsforbruget.	Social- og Hälsovårdsministeriet (2010)
Fysioterapeut	Gratis (§ 5 i lov nr. 734 af 3/8 1992). På sundhedscenter ("hälsovårdscen-tral"): Maksimal sats på højst €7,50 per plejetilfælde ("vårdtilfælde").	§ 5 i lov nr. 734 af 3/8 1992, § 7 i forordning nr. 912 af 9/10 1992	
Medicin	Sats for lægeordineret medicin på 58 % af prisen. Lavere satser for vis-se alvorlige og langvarige sygdomme (28 % og 0 %, dog €3 per læge-middel; omregnet fra tilskudsprocenter: 42 %, 72 % og 100 %). Årlig patientandel på maksimalt €672,70 per år, dog herefter €1,5 per lægemiddel.	Kela (2010)	
Akutte besøg ("jourbesök") på sund-hedscenter ("hälsovårdscen-tral") ¹	Uden for normale åbningstider (hverdage kl. 20-08, lørdage, søndage og helligdage): Maksimalt €18,80 per besøg.	§ 7 i forordning nr. 912 af 9/10 1992, Social- og Hälsovårdsmi-steriet (2011e)	

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
	Sygehusindlæggelse ¹	<p><u>Kortvarig indlæggelse (under 3 måneders indlæggelse):</u> Maksimal sats på €32,60 per indlæggelsesdag ("vårdtag"; gældende fra 1/1 2012; § 12 i forordning nr. 912 af 9/10 1992). For patienter under 18 år kan der opkræves for 7 indlæggelsesdage per kalenderår (§ 12 i forordning nr. 912 af 9/10 1992).</p> <p>Ved indlæggelse udelukkende om dagen eller natten er den maksimale sats €15 per døgn.⁶²</p> <p>Ved indlæggelse på psykiatrisk sygehus er maksimal sats på €15,10 per døgn (gældende fra 1/1 2012; § 12 i forordning nr. 912 af 9/10 1992).</p> <p><u>Langvarig indlæggelse (over 3 måneders indlæggelse):</u> Maksimal sats fastsættes på basis af følgende: 1) Patientens betalingsevne, dog højst 85% af dennes nettoindkomst (42,5%), hvis ægtefællen med den højeste indkomst er indlagt). 2) Den tilbageværende del af månedsindkomsten skal mindst være €97.</p> <p><u>Dagkirurgisk indgreb på sygehus:</u> Maksimal sats på €90,30 per indgreb (§ 8a i forordning nr. 912 af 9/10 1992).</p>	§§ 8a og 15 i forordning nr. 912 af 9/10 1992, Social- og Hälsovärdsministeriet (2011e)
	Kontinuerlig behandling (bl.a. dialysebehandling, medicinsk rehabilitering, desensibiliserende behandling ("hyposensibiliseringsbehandling"), tale- og stemmelidelser, kemoterapi og anden modsvarende pleje)	<p>Maksimalt €7,50 per plejetilfælde ("vårdtilfælde"), for maksimalt 45 besøg per kalenderår.</p> <p>Gratis for klienter under 18 år.</p>	§ 11 i forordning nr. 912 af 9/10 1992, Social- og Hälsovärdsministeriet (2011e)
	Laboratorieundersøgelser ¹	<p>På sundhedscenter ("hälsovärdscentral"): Gratis (Social- og Hälsovärdsministeriet, 2011e).</p> <p>Ved henvisning fra privatlæge ("remiss"): Gratis (§ 5 i lov nr. 734 af 3/8 1992).</p> <p>Ved henvisning fra privatlæge ("remiss") og til hvilke der ikke tilknytter sig andre undersøgelser eller behandlingsforanstaltninger: Sats må højst modsvare servicens produktionsomkostninger (§ 8 b i forordning nr. 912 af 9/10 1992).</p>	§ 5 i lov nr. 734 af 3/8 1992, § 8 b i forordning nr. 912 af 9/10 1992, Social- og Hälsovärdsministeriet (2011e)

⁶² Gratis i en række tilfælde: Ambulant psykiatrisk behandling, specialomsorg jf. lov om specialomsorg for udviklingshæmmede ("lagen om specialomsorger om utvecklingsstörda (519/77)"), ambulant pleje af misbrugere, borgere i beskyttet arbejde, jf. lov om service og støtte på grund af handicap ("22 § 2 mom. lagen om service och stöd på grund av handikapp"), og for patienter under 18 år kan der opkræves for 7 indlæggelsesdage per kalenderår (§ 13 i forordning nr. 912 af 9/10 1992).

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
	Røntgenundersøgelser ¹	På sundhedscenter ("hälsovårdscentral"): Gratis (Social- och Hälsovårdsministeriet, 2011e). Ved henvisning fra privatlæge ("remiss"): Gratis (§ 5 i lov nr. 734 af 3/8 1992). Ved henvisning fra privatlæge ("remiss") og til hvilke der ikke knytter sig andre undersøgelser eller behandlingsforanstaltninger: Sats må højst modsvare servicens produktionsomkostninger (§ 8 b i forordning nr. 912 af 9/10 1992).	§ 5 i lov nr. 734 af 3/8 1992, § 8 b i forordning nr. 912 af 9/10 1992, Social- og Hälsovårdsministeriet (2011e)
	Udeblivelse fra aftale, som ikke er blevet afmeldt på sundhedscenter ("hälsovårdscentral") eller sygehus ¹	Maksimal sats på €33,80. Gælder aftale hos læge på sundhedscenter ("hälsovårdscentral"), tandlæge, ambulans behandling på sygehus eller omkostningsfulde scanninger (eksempelvis røntgen-, ultralyds- eller magnetundersøgelse). Gratis for borgere under 15 år, eller hvis der er en acceptabel grund for udeblivelsen.	§ 3 i lov nr. 734 af 3/8 1992, Social- og Hälsovårdsministeriet (2011e)
<u>Ældre</u>	Hjemmeservice ("hemservice"; defineret i § 20 i lov nr. 710 af 17/9 1982)	<u>Hjemmeservice ved midlertidigt hjælpebehov</u> : Ingen maksimal sats. <u>Hjemmeservice ved kontinuerligt hjælpebehov</u> : Maksimal månedssats fastsat på grundlag af servicens kvalitet og mængde, familiestørrelse og modtagerens betalingsevne (familiens bruttoindkomst, som overstiger en fastsat indkomstgrænse). Satsprocent på mellem 11 og 35%. <u>Maksimal sats ved nærtstående ledighed</u> : €10,60 per dag (gældende fra 1/1 2012). <u>Hjælp og støtte i hjemmet ("boendeservice"; defineret i § 22 i lov nr. 710 af 17/9 1982)</u> : Kan pålægges brugerbetaling, jf. generel bemyndigelse (§ 1 i lov nr. 734 af 3/8 1992). Tjenesten er ikke fritaget for brugerbetaling (jf. § 4 i ibid.), men intet yderligere er stadfæstet ved lov (i ibid.). Hjælp og støtte til nærtstående er ofte gratis, men kan pålægges brugerbetaling (Social- og Hälsovårdsministeriet, 2011i).	Lov nr. 734 af 3/8 1992, Social- og Hälsovårdsministeriet (2011a; 2011c; 2011i)

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
	Hjemmesygepleje ("hemsjukvård") ¹	<p><u>Hjemmesygepleje ved midlertidigt hjælpebehov</u>: Maksimalt €13,70 for besøg af læge eller tandlæge, maksimalt €8,70 for besøg af sundhedsplejerske eller hjemmehjælper.</p> <p>Gratis, hvis personen modtager kontinuerlig sundhedspleje.</p> <p><u>Hjemmesygepleje ved kontinuerligt hjælpebehov</u>: Maksimal månedssats fastsat på baggrund af servicens kvalitet og mængde, familiestørrelse og modtagerens betalingsevne (familiens bruttoindkomst, som overstiger en fastsat indkomstgrænse). Satsprocent på mellem 11 og 35%.</p> <p><u>Maksimal sats ved nærtstående ledighed</u>: €10,60 per dag (gældende fra 1/1 2012).</p>	Social- og Hälsovårdsministeriet (2011a; 2011c)
	Pleje på institution	<p>Pleje på institution er hovedsageligt til ældre personer og personer med funktionsnedsættelse, børn med behov for pleje uden for hjemmet og personer med misbrugsproblemer.</p> <p><u>Kortvarigt institutionsophold (under 3 måneder)</u>: Maksimal sats på €32,60 per indlæggelsesdag ("vård dag"; gældende fra 1/1 2012; § 12 i forordning nr. 912 af 9/10 1992). For patienter under 18 år kan der opkræves for 7 indlæggelsesdage per kalenderår (§ 12 i forordning nr. 912 af 9/10 1992).</p> <p><u>Langvarigt institutionsophold (over 3 måneder)</u>: Maksimal sats fastsættes på basis af følgende: 1) Patientens betalingsevne, dog højst 85% af dennes nettoindkomst (42,5%, hvis ægtefællen med den højeste indkomst er indlagt). 2) Den tilbageværende del af månedsindkomsten skal mindst være €97.</p>	§ 15 i forordning nr. 912 af 9/10 1992, Social- og Hälsovårdsministeriet (2011e), Social- og Hälsovårdsministeriet (2011j)
	Forebyggende hjemmebesøg	Gratis. Kan pålægges brugerbetaling, jf. generel bemyndigelse (§ 1 i lov nr. 734 af 3/8 1992). Tjenesten er ikke fritaget for brugerbetaling (jf. § 4 i ibid.), men intet yderligere er stadfæstet ved lov (i ibid.).	Lov nr. 734 af 3/8 1992

Anmærkninger:

Sundhedsområdet:

Satser er gældende per 1/1 2012, medmindre andet er angivet (Social- og Hälsovårdsministeriet, 2011a).

Der er et nationalt gældende periodeloft for brugerbetaling for hver borgers sundhedssatser per år på €636 gældende per 1/1 2012 (Social- og Hälsovårdsministeriet, 2011a).

I tabellen er ikke medtaget satser for sundhedsydelser leveret af arbejdsgivere ("foretagshälsovården").

Note 1: Satser gældende i perioden 1/1 2010 – 31/12 2011.

Ældreområdet:

Periodeloftet for sundhedssatser omfatter en enkelt tjeneste på ældreområdet: kortvarigt institutionsophold.

Tabel 7.5 Brugerbetaling i Tyskland

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
Sundhed	Ambulant behandling af læge, speciallæge, tandlæge og psykoterapeut (praksisgebyr, "Praxisgebühr")	Sats på €10 per kvartal for første besøg eller efterfølgende besøg uden henvisning, opkrævet ved første besøg. ⁶³ Gratis for personer under 18 år (§ 28 stk. 4 i Sozialgesetzbuch V).	§ 28 i Sozialgesetzbuch V, GKV-Spitzenverband (2012)
	Kiropraktor	I udgangspunktet fuld brugerbetaling. I nogle tilfælde yder nogle sygekasser under den lovpligtige sygeforsikring dog tilskud.	Deutsch-Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik (2012).
	Fysioterapeut	Sats på 10 % af prisen og €10 per recept (hører under medikamenter og genoptræning, "heilmittel").	§ 32 i Sozialgesetzbuch V, GKV-Spitzenverband (2012), Busse & Riesberg (2004: 69, 76)
	Medicin mv.	Lægemidler og forbindingsmidler ("arznei- und verbandmittel"): Sats på 10 % af prisen, dog mindst €5 og højst €10. Må ikke overstige midlets omkostninger. Medikamenter og genoptræning ("heilmittel"): Sats på 10 % af prisen og €10 per recept ("je Verordnung"). Hjælpe midler ("hilfsmittel"): Sats på 10 % af prisen per middel, dog mindst €5 og højst €10. For forbrugshjælpe midler ("Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind"; GKV-Spitzenverband, 2012): 10 % per forbrugsenhed, dog højst €10 per måned.	§ 61 i Sozialgesetzbuch V, GKV-Spitzenverband (2012)
	Sygehusindlæggelse	Sats på €10 per kalenderdag. Må maksimalt opkræves for 28 kalenderdage i kalenderåret (GKV-Spitzenverband, 2012).	GKV-Spitzenverband (2012), OECD (2004a: 47)
	Akutmodtagelse på sygehus ("ambulante ärztliche Versorgung")	Sats på €10 per kvartal for første besøg eller efterfølgende besøg uden henvisning, opkrævet ved første besøg. Gratis for personer under 18 år (§ 28 stk. 4 i Sozial-gesetzbuch V).	§ 28 i Sozialgesetzbuch V, GKV-Spitzenverband (2012)
	Røntgenfotofering	Gratis.	OECD (2004a: 47).

⁶³ Ved henvisning fra en læge til en anden læge/specialistlæge opkræves derfor ikke yderligere sats. Et eksempel (inspireret fra Bundesgesundheitsministerium, 2011): En person går til sin læge med en lidelse og betaler €10 ved første besøg. Såfremt personen af sin læge henvises videre til en anden læge (inden for samme kvartal), opkræves gebyret ikke igen. Men hvis personen inden for samme kvartal kontakter sin tandlæge om en anden lidelse, så opkræves der her €10 ved første besøg.

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
<u>Ældre</u>	Kunstig befrugtning	Sats på mindst 50 % af omkostninger (omregnet fra: tilskud på op til 50 % af omkostninger). Tilskuddet gives under visse forudsætninger: parret skal være gift; have haft en samtale med en læge; begge have foretaget en HIV-test; begge være over 25 år (samt kvinden ikke ældre end 40 år og manden ikke ældre end 50 år). Der gives tilskud til: 8 inseminationsforsøg uden hormonstimulering; 2 inseminationsforsøg med hormonstimulering; 2 forsøg med in vitro-fertilisering; 2 inseminationsforsøg med "Intracytoplasmatischen Spermieninjektion" (ICSI).	Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011)
	Sterilisering	Fuld brugerbetaling medmindre nødvendigt i forbindelse med sygdom.	§ 24b i Sozialgesetzbuch V
	Kørselsudgifter ("Fahrkosten")	Sats på 10 % af prisen hver vej, dog mindst €5 og højst €10.	§ 60 i Sozialgesetzbuch V, GKV-Spitzenverband (2012)
	Hjemmehjælp ("Haushaltshilfe")	Sats på 10 % af prisen per kalenderdag ("kalendertägliche Kosten")	GKV-Spitzenverband (2012)
	Hjemmesygepleje ("häusliche Krankenpflege")	Sats på 10 % af prisen og €10 per recept ("je Verordnung"). Må maksimalt opkræves for 28 dage i kalenderåret (GKV-Spitzenverband, 2012).	§ 61 i Sozialgesetzbuch V, GKV-Spitzenverband (2012)
	Madservice	Ved pleje i hjemmet modtages tilskud gradueret efter tre lovfæstede plejekategorier. Det antages, at udgifter til mad falder udover dette tilskud, og derfor betales fuldt ud af personen. Ved institutionsophold betales omkostninger til mad og logi af personen selv (Deutsche Sozialversicherung, 2012e).	Deutsche Sozialversicherung (2012e)
	Pleje i hjemmet (påkrævet bistand i mindst 6 måneder) ¹	Personen kan vælge mellem tilskud til at organisere pleje selv eller modtage pleje fra professionelle plejere. Støtte gradueret efter plejebehov, jf. tre lovfæstede plejekategorier. <u>Hvis person vælger tilskud</u> : Tilskud til pleje på €235 per måned for plejekategori 1, €440 per måned for plejekategori 2 og €700 per måned for plejekategori 3. <u>Hvis person vælger professionelle plejere</u> : Tilskud til pleje på €450 per måned for plejekategori 1, €1.100 per måned for plejekategori 2 og €1.550 per måned for plejekategori 3. Særligt graverende tilfælde ("hardship cases"): €1.918 per måned.	Deutsche Sozialversicherung (2012e)

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
	Institutionel pleje (påkrævet bistand i mindst 6 måneder) ¹	For fuldtidspleje ("full inpatient care") modtager person tilskud til pleje på €450 per måned for plejekategori 1, €1.100 per måned for plejekategori 2 og €1.550 per måned for plejekategori 3. Særligt graverende tilfælde ("hardship cases"): €1.918 per måned. Omkostninger til mad og logi betales af personen selv.	Deutsche Sozialversicherung (2012e)
	Tilskud til nærtstående som udfører pleje (påkrævet bistand i mindst 6 måneder) ¹	Nærtstående, som udfører plejeopgaver i et vist minimum af timer om ugen, modtager månedlig plejeydelse ("care allowance") og automatisk tilskud fra pensions- og ulykkesforsikring.	Deutsche Sozialversicherung (2012e)

Anmærkninger:

Sundhedsområdet:

Der er et periodeloft for brugerbetaling på sundhedsområdet, der følger kalenderåret: Satser må ikke overstige 2% af personens årlige bruttohusstandsindkomst (§ 62 i Sozialgesetzbuch V). Grænsen er 1% for personer med kroniske sygdomme. For øvrige personer i husstanden (partner og børn) er der andre regler for beregning af grænsen. Børn og unge under 18 år er generelt fritaget for brugerbetaling, med undtagelse af tandproteser og kørselsudgifter (GKV-Spitzenverband, 2012).

Eldreområdet:

Note 1: Betingelsen for at modtage støtte fra den lovpligtige langtidssygdomsforsikring er, at personen har en sygdom eller et handicap af fysisk, mental eller psykologisk karakter, som kræver betydelig bistand i en periode på mindst 6 måneder (Deutsche Sozialversicherung, 2012d). Støtte gradueres efter plejebehov, jf. tre lovfæstede plejekategorier: plejekategori 1 = betragteligt behov for pleje, plejekategori 2 = stort behov for pleje, plejekategori 3 = ekstremt behov for pleje.

Tabel 7.6 Brugerbetaling i England

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
Sundhed	Konsultation hos praktiserende læge	Gratis	OECD (2004a: 49).
	Konsultation hos speciallæge eller ambulans behandling på sygehus	Gratis	OECD (2004a: 49).
	Tandlæge ¹	<p>Tre fastsatskategorier ("charging bands") for grupper af ydelser:</p> <p>Kategori 1: £17 for første besøg eller efterfølgende besøg uden henvisning. Omfatter undersøgelse, diagnose (fx røntgenundersøgelse), præventiv pleje, tandrensning ("scale and polish") samt akut behandling (også uden for almindelige åbningstider).</p> <p>Kategori 2: £47 for første besøg eller efterfølgende besøg uden henvisning. Omfatter al nødvendig behandling under kategori 1 samt yderligere behandling såsom tandfyldninger, rodbehandling og tandudtrækning.</p> <p>Kategori 3: £204 for første besøg eller efterfølgende besøg uden henvisning. Omfatter al nødvendig behandling under kategori 2 samt mere komplekse behandling såsom tandkroner, tandproteser og tandbroer.</p> <p>Efterfølgende besøg er gratis, hvis patienten har behov for yderligere behandling inden for samme fastsatskategori, og inden for to måneder efter sidste besøg (National Health Service, 2011a: 17).</p> <p>Besøg er gratis, hvis behandling kun består af udskrivning af recept, eller hvis tandlægen blot fjerner sting fra en tidligere behandling (National Health Service, 2011a: 17).</p> <p>Besøg er gratis for en række befolkningsgrupper, herunder patienter under 18 år (se National Health Service, 2011a: 4).</p>	National Health Service (2011a: 4, 16-17)
	Kiropraktor	Typisk fuld brugerbetaling (kun begrænset adgang igennem NHS).	National Health Service (2010a)
	Fysioterapeut	En privat konsultation af en halv/hel times varighed koster gennemsnitligt £20-35/£40-80.	
	Psykolog	Gratis.	National Health Service (2010b)
	Terapi (herunder konsultationer hos psykologer) er gratis. I nogle områder af England er tilgængeligheden til psykologer dårlig.	National Health Service (2011b)	

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
	Medicin ¹	<p>£7.40 per receptpligtig vare ("item") eller fast beløb for periode ("prescription pre-payment certificate", se National Health Service, 2011a: 13): £29,10 for 3-måneders periode, £104 for 12-måneders periode.</p> <p>En række specifikke produkter (eksempelvis støttestrømper) er pålagt produktspecifikke satser (se National Health Service, 2011a: 15).</p> <p>Medicin er gratis under en række omstændigheder. Det gælder også visse typer medicin o.l., fx præventionsmidler (National Health Service, 2011a: 3).</p> <p>En række borgere er undtaget fra satser (Boyle, 2011: 100; National Health Service, 2011a: 2-3)⁶⁴: Indlagt på NHS-hospital, børn under 16 år, fuldtidsstuderende i alderen 16-19 år, 60-årige og ældre, gravide og kvinder, der har født inden for de foregående 12 måneder, personer med godkendte medicinske tilstande ("specified medical conditions", se National Health Service, 2011a: 11).</p> <p>For ikke-receptpligtig medicin ("over-the-counter", OTC) betaler borgeren den fulde pris (med undtagelser; Boyle, 2011: 99).</p>	National Health Service (2011a: 2-3, 15), Boyle (2011: 99, 100)
	Sygehusindlæggelse og akutmodtagelse på sygehus	Gratis ⁶⁵	(Boyle, 2011: 101), OECD (2004a: 49)
	Røntgenfotografering og patologi	Gratis	OECD (2004a: 49)

⁶⁴ Hele 94 % af alle receptpligtige varer blev dog i 2009 udleveret gratis (Boyle, 2011: 100).

⁶⁵ NHS sonderer ikke mellem sygehusbehandling og akut behandling ("emergency care"; Boyle, 2011: 247).

OMRÅDE	SERVICEYDELSE	BELØB	KILDE
Ældre	Kunstig befrugtning	<p><u>Intrauterin insemination</u>: seks forsøg med intrauterin insemination under visse forudsætninger: hvis parret har forsøgt at få børn i et år; hvis manden har milde fertilitetsproblemer; hvis kvinden har mild endometriose; hvis parret har uforklarlige fertilitetsproblemer.</p> <p>I nogle områder af England er tilgængeligheden dårlig med lange ventelister. Førnævnte forudsætninger kan også variere mellem områder.</p> <p><u>In vitro-fertilisering</u>: tre forsøg med in vitro-fertilisering under visse forudsætninger: hvis kvinden er mellem 23 og 39 år; hvis årsagen til fertilitetsproblemet er identificeret eller parret har haft fertilitetsproblemer i mindst 3 år.</p> <p>Der er begrænset adgang til in vitro-fertilisering: regler varierer mellem områder, og prioritet kan gives til par uden børn.</p>	National Health Service (2011c; 2011d)
	Sterilisering	<p>Gratis.</p> <p>Refertilisation er typisk ikke gratis.</p>	National Health Service (2011e; 2011f; 2011g)
	Transport til behandling ¹	Fuld brugerbetaling medmindre man er blevet henvist fra en læge eller tandlæge, og opfylder et eller flere af en række yderligere kriterier (se National Health Service, 2011a: 8).	National Health Service (2011a: 8)
	Ikke-institutionel pleje ("non-residential care"), herunder hjemmehjælp	<p>Kan variere mellem lokale råd (Councils with Adult Social Services Responsibilities", CASSRs): Råd har mulighed for at opkræve brugerbetaling, men det er ikke påkrævet ved lov.</p> <p>Hjemmesygepleje er gratis under visse omstændigheder (Boyle, 2011: 285).</p>	Boyle (2011: 284-295), OECD (2005: 135)
	Madservice	Varierer mellem lokale råd (Councils with Adult Social Services Responsibilities", CASSRs). Kræver behovsvurdering. Gennemsnitlig sats på madudbringning er £3,44 per måltid (Guardian, 2011).	Directgov (udateret), Guardian (30/12 2011)
	Institutionel pleje ("residential care")	<p>Kan variere mellem lokale råd (Councils with Adult Social Services Responsibilities", CASSRs): Råd er lovforpligtet til at opkræve brugerbetaling og skal fastsætte standardtakster, der afspejler de faktiske omkostninger (hvis tjenesten leveres af rådet selv) eller de bruttoomkostninger, der er forbundet med erhvervelsen af tjenesten.</p> <p>Sygepleje i forbindelse med indlæggelse på plejehjem: Gratis, betales igennem NHS (Boyle, 2011: 284 fn 47).</p>	Boyle (2011: 284-295)
	Økonomisk støtte til nærtstående	Tilskud ("Carer's Allowance") kan ydes på visse betingelser.	Boyle (2011: 135)

Anmærkninger:

Sundhedsområdet:

Satserne er for ydelser modtaget igennem NHS.

Note 1: Gældende per 1/4 2011 (Boyle 2011: 100).

Ældreområdet:

Satser gældende for 2010-2011 (Boyle 2011).

Der er et ugentligt periodeloft for brugerbetaling for institutionel pleje (Boyle, 2011: 285): (a) For borgerens aktiver: (1) Hvis borgerens aktiver er mindre end £14.250, betales alle omkostninger til institutionel pleje af det lokale råd. (2) Overskrider aktiverne £14.250, skal borgeren bidrage til den institutionelle pleje. (3) Overskrider aktiverne £23.250, skal borgeren selv betale de fulde omkostninger for den institutionelle pleje (grænser gældende for 2010-2011). (b) For borgerens opgjorte indtægter ("assessed income") fra pensionsordninger, sociale ydelser og en andre række kilder gælder følgende: Borgeren har ret til at beholde £22,30 ugentligt (til personlige udgifter), men det tilbageværende beløb kan opkræves til betaling af den fastsatte standardtakst.

Der er et periodeloft for brugerbetaling for ikke-institutionel pleje (Boyle 2011: 285): Satserne bør være så lave, at de ikke reducerer borgerens indkomst så meget, at indkomsten bliver mindre end 1,25 gange en fastsat basisindkomst ("basic income support level").

Appendiks: Ordliste over centrale begreber

Tabel A1 Betegnelser i Danmark og fem nabolande

Ord	Norsk	Svensk	Finsk (svensk)	Tysk	Engelsk
Akutmodtagelse, skadestue	-	Närakut	-	Notaufnahme, Unfallstation	Emergency ward
Ambulant behandling	-	Öppenvård	Öppenvård, Poliklinik (åbent ambulatorium)	-	-
Brugerbetaling	Egenandel (sundhed), brugerbetaling	Egenavgift, patientavgift	Klientavgift	Zuzahlung (bruges i SGB V), Eigenbeteiligung (herunder Praxisgebühr)	Out-of-pocket payment, cost-sharing, co-payment, direct payment, user charge, charge (bruges i National Health Service Act 2006)
Fysioterapi	Fysioterapi	Fysioterapi, Sjukgymnastik	Fysioterapi, Sjukgymnastik	Krankengymnastik	-
Henviſning fra læge	-	Remiss	Remiss	-	-
Hjemmehjælper	-	Hemvårdare	Hemvårdare	-	-
Hjemmesygepleje	Hjemmesygepleie	Hemsjukvård	Hemsjukvård	-	-
Læge	Lege	Läkar	Läkar	Arzt	Doctor
Lægecenter	-	Vårdcentral	-	-	-
Lægeerklæring	Legeattest	Läkarintyg	Läkarintyg	-	-
Madservice	-	-	-	-	Meals on wheels
Periodeloft for brugerbetaling	Egenandelstak	Högnadsskydd	Avgiftstak	Belastungsgrenze	-
Pleje	Omsorg	Vård, sjukvård	-	Pflege	Care
Plejepersonale	-	Vårdgivare	-	-	-
Sundhed	Helse	Hälsa/hälsö	-	Gesundheit	Health
Sundhedscenter	-	-	Häsovårdscentral	-	-
Sundhedsplejerske	Helsesöster	Sjukskötar	Sjukskötar	-	-
Sygehusindlæggelse	-	Sluten vård	-	-	-
Tandlæge	Tannlege	Tandläkare	Tandläkare	Zahnarzt	Dentist

Litteratur

Kilder for Danmark:

- Bekendtgørelse nr. 39 af 23/1 2004. *Bekendtgørelse af lov om hjemmeservice*. URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=26548> (tilgået 13/12 2011).
- Bekendtgørelse nr. 972 af 15/10 2009. *Bekendtgørelse om størrelsen af hjemmeservicebidraget*. URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=127771> (tilgået 13/12 2011).
- Bekendtgørelse nr. 1601 af 21/12 2007. *Bekendtgørelse om hjemmesygepleje*. URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114395> (tilgået 1/2 2012).
- Bekendtgørelse nr. 1141 af 29/9 2010. *Bekendtgørelse om tilskud til kiropraktisk behandling i praksissektoren*. URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=133469> (tilgået 13/12 2011).
- Bekendtgørelse nr. 668 af 16/6 2010. *Bekendtgørelse om betaling for generelle tilbud og for tilbud om personlig og praktisk hjælp m.v. efter servicelovens §§ 79, 83 og 84*. URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=132610> (tilgået 13/12 2011).
- Danske Regioner (2011). *Ingen titel (kiropraktorpriser gældende fra 1. oktober 2011)*. <http://okportal.dk/VisDokument.aspx?FilID=2366> (tilgået 13/12 2011).
- Forbrug.dk (2011). *Tilskud til tandlæger*. <http://www.forbrug.dk/Artikler/Test-og-raad/sundhed/Tandlaeger/tilskudtandlaeger> (sidst opdateret 21/10 2011; tilgået 12/12 2011).
- Forsikring og Pension (2011a). *Sundhedsforsikring – Antal forsikrede, præmier og erstatninger*. http://www.forsikringogpension.dk/presse/Statistik_og_Analyse/statistik/forsikring/antal/Sider/Sundhedsforsikring_Antal_forsikrede_praemier_erstatninger.aspx (sidst opdateret 21/6 2011; tilgået 12/12 2011).
- Forsikring og Pension (2011b). *Sundhedsforsikring - Fordeling af forsikrede på arbejdsgiverbetalte og private ordninger*. http://www.forsikringogpension.dk/presse/Statistik_og_Analyse/statistik/forsikring/antal/Sider/SundhedsforsikringAntalforsikredefordeltpaaordninger.aspx (sidst opdateret 21/6 2011; tilgået 12/12 2011).
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010). *Nye regler om betaling for behandling med kunstig befrugtning og ændring af medicin-tilskud til fertilitetsmedicin. Nye regler om betaling for sterilisation og refertilisation*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Jyllands-Posten (11/1 2012). *Minister: Hjemmehjælp skal have et eftersyn*. http://jp.dk/indland/indland_politik/article2660091.ece (tilgået 11/1 2012).

Lov nr. 1546 af 21/12 2010. *lov om ændring af lov om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v. samt sundhedsloven*. URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=135206> (tilgået 28/12 2011).

Lov nr. 572 af 7/6 2011. *lov om ændring af ligningsloven, kildeskatteloven og lov om hjemmeservice*. URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=137678> (tilgået 13/12 2011).

Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13/07 2010. *Bekendtgørelse af sundhedsloven*. URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=130455> (tilgået 28/12 2011).

Lovbekendtgørelse nr. 904 af 18/8 2011. *Bekendtgørelse af lov om social service*. URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=136390> (tilgået 13/12 2011).

Lovforslag nr. L37 af 21/12 2011. *Forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Ophævelse af regler om egenbetaling for behandling med kunstig befrugtning, refertilisation og sterilisation i det offentlige sundhedsvæsen samt tolkebistand m.v.) [Forslag som vedtaget]*. URL: http://www.ft.dk/RIpdf/samling/2011/lovforslag/l37/2011_l37_som_vedtaget.pdf (tilgået 22/12 2011).

Lægemiddelstyrelsen (2010). *Medicintilskudsgrænser*. <http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/topics/statistik,-priser-og-tilskud/tilskud-til-medicin/tilskudsgraenser> (sidst opdateret 22/12 2010; tilgået 12/12 2011).

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008a). *Health care in Denmark*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. URL: http://www.im.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/~/_media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2008/UK_Healthcare_in_dk/pdf.ashx.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008b). *Frit valg af sygehus: Suspension af udvidet frit sygehusvalg til 30. juni 2009. Behandling i udlandet*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. URL: http://im.dk/Aktuelt/Nyheder/Sygehusvaesen/2008/November/~/_media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2008/frit%20valg%20af%20sygehus.ashx.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2011a). *Fysioterapeuter*. <http://www.sum.dk/Sundhed/Praksissektorene/Oevrig%20praksissektor/Fysioterapeuter.aspx> (sidst opdateret 21/10 2011; tilgået 12/12 2011).

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2011b). *Kiropraktorer*. <http://www.sum.dk/Sundhed/Praksissektorene/Oevrig%20praksissektor/Kiropraktorer.aspx> (sidst opdateret 7/10 2011; tilgået 13/12 2011).

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2011c). *Psykologer*. <http://www.sum.dk/Sundhed/Praksissektorene/Oevrig%20praksissektor/Psykologer.aspx> (sidst opdateret 17/10 2011; tilgået 16/3 2012).

- Patientvejledningen (2011). *Regler for betaling af transport til læge og sygehus*.
<http://www.patientvejledningen.dk/vejledning/patientrollen/reglerforbefordringsgodtgørelse/> (tilgået 15/3 2012).
- Regeringen (2011). *Lovgivning folketingsåret 2011-12*. København: Statsministeriet. URL:
http://stm.dk/publikationer/SkriftligDel11-2/Lovprogram%202011-12_web.pdf (tilgået 1/12 2011).
- Skat (2011). *Fradrag for service og vedligeholdelse i hjemmet*.
<http://www.skat.dk/getFile.aspx?Id=86136> (sidst opdateret august 2011; tilgået 13/12 2011).
- Strandberg-Larsen, Martin, Mikkel Bernt Nielsen, Signild Vallgård, Allan Krasnik og Karsten Vrangbæk (2007). "Denmark: Health system review", *Health Systems in Transition*, 9:6: 1–164. URL:
http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0004/80581/E91190.pdf.
- Sundhedsstyrelsen (2011). *Hvis du skal ha' høreapparat*. København: Sundhedsstyrelsen.
Link:
http://www.sst.dk/publ/Publ2011/SYB/Hoereapparat/Hoereapparatfolder_7 oplag_2011.pdf (tilgået 21/12 2011).
- Sundhed.dk (2010). *Priser på tandlægeydelser med tilskud*.
<https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=20169.1> (sidst opdateret 1/9 2010; tilgået 12/12 2011).
- Sundhed.dk (2011a). *Tandplejpriser gældende fra 1. oktober 2011*,
https://www.sundhed.dk/Fil.ashx?id=16285&ext=pdf&navn=tandplejer_1_10_2011.p
(sidst opdateret 4/10 2011; tilgået 12/12 2011).
- Sundhed.dk (2011b). *Tandlægehjælp gældende fra 1. oktober 2011*.
https://www.sundhed.dk/Fil.ashx?id=16286&ext=pdf&navn=tandlaege_1_10_2011.pdf
(sidst opdateret 4/10 2011; tilgået 12/12 2011).
- Vejledning nr. 14 af 15/2 2011. *Vejledning om botilbud mv. til voksne efter reglerne i almenboligloven, serviceloven og friplejeboligloven (Vejledning nr. 4 til serviceloven)*. URL:
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=135619> (tilgået 17/1 2012).
- Vejledning nr. 84 af 25/10 2011. *Vejledning om regulering pr. 1. januar 2012 af satser på det sociale område*. URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=138766>
(tilgået 17/1 2012).

Kilder for Norge:

- Forbrukerrådet (udateret). *Kommunale tjenester*.
http://forbrukerportalen.no/temaer/kommunale_tjenester/viewNG?section=all (hvornår sidst opdateret er ukendt; tilgået 23/12 2011).

Forskrift nr. 820 af 30/3 1984. *Forskrift om vederlag for legehjelp og fysikalsk behandling ved kommunens helsetjeneste*. URL: <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-19840330-0820.html> (tilgået 22/12 2011).

Forskrift nr. 915 af 4/12 1992. *Forskrift til lov om sosiale tjenester m.v.* URL: <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-19921204-0915.html> (tilgået 23/12 2011).

Forskrift nr. 392 af 26/4 1995. *Forskrift om vederlag for opphold i institusjon m.v.* URL: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldrens?/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/xo-19950426-0392.html> (tilgået 22/12 2011).

Forskrift nr. 1478 af 21/12 2001. *Delegering av myndighet til Helsedepartementet*. URL: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldrens?/app/gratis/www/docroot/ltavd1/filer/sf-20011221-1478.html> (tilgået 22/12 2011).

Forskrift nr. 1479 af 21/12 2001. *Delegering av myndighet til Sosialdepartementet etter lov om helsetjenesten i kommunene § 2-3 tredje og femte ledd og etter lov om anke til Trygderetten § 4 annet ledd*. URL: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldrens?/app/gratis/www/docroot/ltavd1/filer/sf-20011221-1479.html> (tilgået 22/12 2011).

Forskrift nr. 1754 af 20/12 2010. *Forskrift om endring i forskrift om vederlag for opphold i institusjon m.v.* URL: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldrens?/app/gratis/www/docroot/ltavd1/filer/sf-20101220-1754.html> (tilgået 22/12 2011).

Forskrift nr. 1755 af 20/12 2010. *Forskrift om endring i forskrift til lov om sosiale tjenester m.v.* URL: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?xdoc=/for/ff-20101220-1755.html> (tilgået 23/12 2011).

Helse- og omsorgsdepartementet (2006a). *Rundskriv 1-6/2006. Rundskriv - presisering av regelverk for egenandelsbetaling for sosiale tjenester*, http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Rundskriv_I-6__2006.pdf (tilgået 2/4 2012).

Helse- og omsorgsdepartementet (2006b). *St.meld. nr. 25. Mestring, muligheter og mening*, <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-/12/3.html?id=201017#> (tilgået 2/4 2012).

Helseøkonomiforvaltningen (2011a). *Egenandeler for helsetjenester*. <http://www.helfo.no/privatperson/egenandeler/Sider/default.aspx> (sidst oppdatert 1/11 2011; tilgået 23/11 2011).

Helseøkonomiforvaltningen (2011b). *Behandling hos tannlege*. <http://www.helfo.no/privatperson/dekning-av-helseutgifter/Sider/tannlege.aspx> (sidst oppdatert 1/11 2011; tilgået 23/11 2011).

Helseøkonomiforvaltningen (2011c). *Kiropraktoren og HELFO*.

<http://www.helfo.no/helsepersonell/kiropraktor/Sider/default.aspx> (sidst opdateret 30/6 2011; tilgået 23/11 2011).

Helse- og Omsorgsdepartementet (2009). *Omsorgstjenesten*.

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-_og_omsorgstjenester_i_kommunene/omsorgstjenesten.html?id=426407# (sidste opdateret 1/12 2009; tilgået 22/12 2011).

Johnsen, Jan Roth (2006). *Health Systems in Transition: Norway 2006*. Copenhagen: World Health Organization. URL:

http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0005/95144/E88821.pdf.

Lov nr. 66 af 19/11 1982. *Lov om helsetjenesten i kommunene*. URL:

<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldrens?/app/gratis/www/docroot/all/hl-19821119-066.html> (tilgået 22/12 2011).

Lov nr. 81 af 13/12 1991. *Lov om sosiale tjenester m.v.* URL: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19911213-081.html> (tilgået 23/12 2011).

Lov nr. 19 af 28/2 1997. *Lov om folketrygd*. URL: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19970228-019.html> (tilgået 23/12 2011).

Lov nr. 72 af 19/6 2009. *Lov om endringer i folketrygdloven m.m. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land)*. URL:

<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldrens?/app/gratis/www/docroot/ltavd1/filer/nl-20090619-072.html> (tilgået 22/12 2011).

Lov nr. 130 af 11/12 2009. *Lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (retting av inkurie)*. URL: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldrens?/app/gratis/www/docroot/ltavd1/filer/nl-20091211-130.html> (tilgået 22/12 2011).

Lov nr. 131 af 18/12 2009. *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*. URL: <http://www.lovdatab.no/all/hl-20091218-131.html> (tilgået 23/12 2011).

Senter for sjeldne funksjonshemninger (2008). *Omsorgslønn*.

<http://www.frambu.no/modules/diagnoser/diagnose.asp?iDiagnoseId=167&iPageId=13121> (sidst opdateret 12/11 2008; tilgået 26/12 2011).

Kilder for Sverige:

Glenngård, Anna H., Frida Hjalte, Marianne Svensson, Anders Anell og Vaida Bankauskaite (2005). *Health Systems in Transition: Sweden 2005*. Copenhagen: World Health Organization.

- Lov nr. 763 af 30/6 1982. *Hälso- och sjukvårdslag*. URL:
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763> (tilgäet 27/12 2011).
- Lov nr. 453 af 7/6 2001. *Socialtjänstlag*. URL:
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2001:453> (tilgäet 27/12 2011).
- Riksförbundet för sexuell upplysning (2011). RFSU:s Sverigebarometer. Hur bra är ditt län på sex, vård och hälsa? http://www.rfsu.se/Bildbank/Sex-Politik/rfsubarometern2011_110710.pdf?epslanguage=sv (tilgäet 29/3 2012).
- Socialdepartementet (2009). *Social insurance in Sweden*. Stockholm: Socialdepartementet (<http://www.regeringen.se/content/1/c6/13/75/63/d1783aed.pdf>).
- Socialdepartementet (2010). *Care of the elderly in Sweden*.
<http://www.sweden.gov.se/sb/d/12073/a/129494> (sidst updateret 15/9 2010; tilgäet 26/12 2011).
- Socialstyrelsen (2007: 4-5). *Uppdrag att följa upp och utvärdera socialtjänstlagens bestämmelser om avgifter inom äldre- och handikappomsorgen*. Stockholm: Socialstyrelsen. URL:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8960/2007-107-10_200710710.pdf (tilgäet 28/12 2011).
- Socialstyrelsen (2011a). *Din rätt till vård och omsorg – en vägvisare för äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen. URL:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18305/2011-4-6.pdf> (tilgäet 27/12 2011).
- Socialstyrelsen (2011b). *Uppgifter för beräkning av avgifter inom äldre- och handikappomsorgen år 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen. URL:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18516/2011-11-39.pdf> (tilgäet 28/12 2011).
- Statens offentliga utredningar (2006). *Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen*. Stockholm: Socialdepartementet. URL:
http://www.regeringen.se/download/1486f835.pdf?major=1&minor=59669&cn=attachmentPublDuplicator_0_attachment (tilgäet 28/12 2011).
- Svenska instituttet (2009). *Health care in Sweden. Fact sheet – Health care*.
http://www.sweden.se/upload/Sweden_se/english/factsheets/SI/SI_FS_10_Health%20ocare%20in%20Sweden/FS10-Health-care-low-resolution.pdf (tilgäet 2/12 2011).
- Sveriges Kommuner och Landsting (2011). *Patientavgifter fr.o.m. den 1 januari 2011*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. URL:
http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=c20dcfd9-f09e-48be-a23d-0cf1f266fff3&MediaArchive_ForceDownload=true (tilgäet 27/12 2011).

Vårdguiden (2011). *Patientavgifter*, <http://www.vardguiden.se/Sa-funkar-det/Stod/Patientavgifter/> (tilgået 25/11 2011).

1177 Råd om vård dygnet runt (2009). *Vad kostar tandvård?* <http://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Vad-kostar-tandvard/> (sidst updateret 30/11 2009; tilgået 28/11 2011).

Kilder for Finland:

Arbetskyddsförvaltningen (2011). *Företagshälsovård*.

www.tyosuojelu.fi/se/foretagshalsovard (sidste opdatering er ukendt; tilgået 1/12 2011).

Forordning nr. 912 af 9/10 1992. *Förordning om klientavgifter inom social- och hälsovården*. URL: <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920912> (tilgået 28/11 2011).

Kela (2010). *Reimbursements for medicine expences*.

<http://www.kela.fi/in/internet/english.nsf/NET/131003131216MH?OpenDocument> (sidst opdateret 26/5 2010; tilgået 2/12 2011).

Finlands Kommunförbund (2009). *Preparing for demographic change*.

<http://hankinnat.fi/binary.asp?path=1;161;279;280;37562;105398;152268&field=FileAttachment&version=3> (tilgået 30/12 2011).

Lov nr. 710 af 17/9 1982. *Socialvårdslag*. URL:

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1982/19820710> (tilgået 30/12 2011).

Lov nr. 734 af 3/8 1992. *Lag om klientavgifter inom social- och hälsovården*. URL:

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920734> (tilgået 28/11 2011).

Lov nr. 1311 af 30/12 2003. *Lag om ändring av 12 § lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården*. URL: <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2003/20031311> (tilgået 3/1 2012).

Lov nr. 569 af 24/7 2009. *Lag om servicesedlar inom social- och hälsovården*. URL:

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2009/20090569> (tilgået 3/1 2012).

Lov nr. 1326 af 30/12 2010. *Hälso- och sjukvårdslag*. URL:

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326> (tilgået 30/12 2011).

Social- och Hälsovårdsministeriet (2009). *Tjänster och förmåner för äldre*.

http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/aldre/tjanster (sidst opdateret 16/3 2009; tilgået 4/1 2012).

Social- och Hälsovårdsministeriet (2010). *Avgifter för kommunal tandvård*.

http://www.stm.fi/sv/social_coh_halsotjanster/klientavgifter/tandvard (sidst opdateret 19/1 2010; tilgået 29/11 2011).

Social- och Hälsovårdsministeriet (2011a). *Social- och hälsovårdsministeriets meddelande om vissa indexjusterade klientavgifter inom social- och hälsovården och servicesedlar för hemservice och hemsjukvård*.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-16903.pdf (tilgäet 28/11 2011).

Social- och Hälsovårdsministeriet (2011b). *Klientavgifter*.

http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/klientavgifter (sidst updateret 24/11 2011; tilgäet 28/11 2011).

Social- och Hälsovårdsministeriet (2011c). *Avgifter för hemservice och hemsjukvård*.

http://www.stm.fi/sv/social_coh_halsotjanster/klientavgifter/hemservice_och_hemsjukvard (sidst updateret 24/5 2011; tilgäet 29/11 2011).

Social- och Hälsovårdsministeriet (2011d). *Avgifter för barnskydd*.

http://www.stm.fi/sv/social_coh_halsotjanster/klientavgifter/barnskydd (sidst updateret 24/5 2011; tilgäet 29/11 2011).

Social- och Hälsovårdsministeriet (2011e). *Avgifter för social- och hälsotjänster*.

http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/klientavgifter/social_och_halsotjanster (sidst updateret 24/5 2011; tilgäet 2/12 2012).

Social- och Hälsovårdsministeriet (2011f). *Avgiftstak för hälso- och sjukvården*.

http://www.stm.fi/sv/social_coh_halsotjanster/klientavgifter/avgiftstak (sidst updateret 9/5 2011; tilgäet 2/12 2012).

Social- och Hälsovårdsministeriet (2011g). *Värdet av en servicesedel för hemservice och hemsjukvård*.

http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/klientavgifter/hemservice/servicesedlar (sidst updateret 28/12 2011; tilgäet 4/1 2012).

Social- och Hälsovårdsministeriet (2011h). *Boendeservice och ombyggnad av bostäder*.

http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/socialtjanster/boendeservice (sidst updateret 18/3 2011; tilgäet 4/1 2012).

Social- och Hälsovårdsministeriet (2011i). *Stöd för närståendevård*.

http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/socialtjanster/narstaendevard (sidst updateret 29/12 2011; tilgäet 4/1 2012).

Social- och Hälsovårdsministeriet (2011j). *Institutionsvård*.

http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/socialtjanster/institutionsvard (sidst updateret 7/3 2011; tilgäet 4/1 2012).

Teperi, Juha, Michael E. Porter, Lauri Vuorenkoski og Jennifer F. Baron (2009). *The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective*. Helsinki: Sitra.

Kilder for Tyskland:

Bundesgesundheitsministerium (2011). *Praxisgebühr*.

<http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/p-q/praxisgebuehr.html> (sidst updateret 1/6 2011; tilgäet 6/1 2012).

- Busse, Reinhard og Annette Riesberg (2004). *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf (tilgæet 2/1 2011).
- Deutsche Sozialversicherung (2012a). *Health Insurance*, http://www.deutsche-sozialversicherung.de/en/health/who_is_insured.html (hvornår sidst opdateret er ukendt; tilgæet 5/1 2012).
- Deutsche Sozialversicherung (2012b). *Health Insurance – Financing*, <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/en/health/financing.html> (hvornår sidst opdateret er ukendt; tilgæet 5/1 2012).
- Deutsche Sozialversicherung (2012c). *Health Insurance - Benefits*, <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/en/health/benefits.html> (hvornår sidst opdateret er ukendt; tilgæet 6/1 2012).
- Deutsche Sozialversicherung (2012d). *Long-Term Care Insurance – Who is insured?* http://www.deutsche-sozialversicherung.de/en/longterm_care/who_is_insured.html (hvornår sidst opdateret er ukendt; tilgæet 6/1 2012).
- Deutsche Sozialversicherung (2012e). *Long-Term Care Insurance – Benefits*. http://www.deutsche-sozialversicherung.de/en/longterm_care/benefits.html (hvornår sidst opdateret er ukendt; tilgæet 6/1 2012).
- Deutsche Sozialversicherung (2012f). *The Branches of Social Insurance*. <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/en/guide/pillars.html> (hvornår sidst opdateret er ukendt; tilgæet 10/1 2012).
- GKV-Spitzenverband (2012). *Eigenbeteiligung*, <http://www.gkv-spitzenverband.de/Eigenbeteiligung.gkvnet> (hvornår sidst opdateret er ukendt; tilgæet 6/1 2012).
- Lov af 22/12 2010. *Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung*. URL: [http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&bk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*\[@attr_id=%27bgbl110s2309.pdf%27\]](http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&bk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*[@attr_id=%27bgbl110s2309.pdf%27]) (tilgæet 6/1 2012).
- Sozialgesetzbuch V. URL: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html> (tilgæet 5/1 2012).

Kilder for England:

- Boyle, Seán (2011). “United Kingdom (England): Health system review”, *Health Systems in Transition*, 13:1:1-486. URL:

- http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf (tilgæet 2/1 2011).
- Directgov (udateret). *Meals at home services*,
http://www.direct.gov.uk/en/HomeAndCommunity/InYourHome/SupportAtHome/DG_4000682 (tilgæet 2/4 2012).
- Guardian (30/12 2011). *Elderly people face rising cost of council services*,
<http://www.guardian.co.uk/society/2011/dec/30/elderly-rising-cost-council-services?INTCMP=SRCH> (tilgæet 2/4 2012).
- National Health Service (2009). *HC11 – Help with health costs. Effective from 1 April 2009. Can you get help with the cost of: Prescriptions, NHS Dental treatment, Sight tests, Glasses or contact lenses, NHS Wigs and fabric supports, Travel to receive NHS treatment*. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Documents/2009/HC11Nov09.pdf> (tilgæet 11/1 2012).
- National Health Service (2010a). *Chiropractic and the NHS*,
<http://www.nhs.uk/Conditions/chiropractic/Pages/Introduction.aspx> (sidst opdateret 25/3 2010; tilgæet 30/3 2012).
- National Health Service (2010b). *Accessing physiotherapy*,
<http://www.nhs.uk/Conditions/Physiotherapy/Pages/Accessing-physiotherapy.aspx> (sidst opdateret 19/2 2010; tilgæet 30/3 2012).
- National Health Service (2011a). *A quick guide to help with health costs including charges and optical voucher values. Effective from 1 April 2011*.
<http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Documents/2011/HC12-april-2011.pdf> (tilgæet 11/1 2012).
- National Health Service (2011b). *Accessing therapy*,
<http://www.nhs.uk/Livewell/counselling/Pages/Accessstotherapy.aspx> (sidst opdateret 14/9 2011; tilgæet 30/3 2012).
- National Health Service (2011c). *Artificial insemination*,
<http://www.nhs.uk/conditions/Artificial-insemination/Pages/Introduction.aspx> (sidst opdateret 21/2 2011; tilgæet 30/3 2012).
- National Health Service (2011d). *IVF*,
<http://www.nhs.uk/conditions/IVF/Pages/Introduction.aspx> (sidst opdateret 23/8 2011; tilgæet 30/3 2012).
- National Health Service (2011e). *Female sterilisation*,
<http://www.nhs.uk/Livewell/Contraception/Pages/Femalesterilisation.aspx> (sidst opdateret 16/9 2011; tilgæet 4/2 2012).
- National Health Service (2011f). *Male sterilisation (vasectomy)*,
<http://www.nhs.uk/Livewell/Contraception/Pages/Malesterilisation.aspx> (sidst opdateret 15/9 2011; tilgæet 4/2 2012).

National Health Service (2011g). *Can I get a sterilisation reversal on the NHS?*, <http://www.nhs.uk/chq/Pages/1996.aspx?CategoryID=117&SubCategoryID=116> (sidst opdateret 25/7 2011; tilgæet 4/2 2012).

National Statistics (2011). *Local Government Financial Statistics England No.21 2011*. URL: <http://www.communities.gov.uk/documents/statistics/pdf/1911067.pdf> (tilgæet 12/1 2012).

Øvrige kilder:

Colombo, Francesca, Ana Llana-Nozal, Jérôme Mercier og Frits Tjadens (2011). *Help Wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris: OECD.

Glendinning, Caroline og Nicola Moran (2009). *Reforming Long-term Care: Recent Lessons from Other Countries. Working Paper No. DHP 2318*. Heslington: Social Policy Research Unit, University of York.

Green-Pedersen, Christoffer, Michael Baggesen Klitgaard og Asbjørn Sonne Nørgaard (2004). *Den danske velfærdsstat: Politiske, sociologiske og institutionelle dynamikker. Arbejdsrapport 2004:1*. København: Velfærdskommissionen. URL: http://www.fm.dk/db/filarkiv/19005/2004_1.pdf (tilgæet 16/3 2012).

Kommunernes Landsforening, Amtsrådsforeningen, Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune, Beskæftigelsesministeriet, Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Statsministeriet, Undervisningsministeriet og Økonomi- og Erhvervsministeriet (2002). *Udfordringer og muligheder – den kommunale økonomi frem mod 2010*. Albertslund: Schultz Information. URL: <http://www.fm.dk/Publikationer/2002/Udfordringer%20og%20muligheder%20den%20okommunale%20oekonomi%20frem%20mod%202010/~~/media/Files/Publikationer/2002/Download/udfordringer.ashx> (tilgæet 18/1 2012).

OECD (2004a). *Towards High-Performing Health Systems*. Paris: OECD.

OECD (2004b). *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies*. Paris: OECD.

OECD (2005). *Long-Term Care for Older People*. Paris: OECD.

OECD (2008). *OECD Economic Surveys: Denmark*. Paris: OECD.

OECD (2011a). *OECD Health Data 2011*. URL: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (tilgæet 7/3 2012).

OECD (2011b). *Health at a Glance 2011*. Paris: OECD.

Petersen, Jørn Henrik (1990). "En analytisk ramme om brugerbetalingsdebatten" i Per Andersen og Terkel Christiansen (red.), *Brugerbetaling i sundhedssektoren. Teori. Viden. Holdninger*. Odense: Odense Universitetsforlag, 18-49.

Rudbeck, Birgitta, Martin S. Knudsen, Marlene Gyldmark og Anita Alban (1995). *Brugerbetaling i sundhedsvæsenet*. København: Dansk Sygehus Institut.

Velfærdskommissionen (2005a). *Fremtidens velfærd – vores valg*. København: Velfærdskommissionen.

Velfærdskommissionen (2005b). *Analyserapport – Fremtidens velfærd – sådan gør andre lande*. København: Velfærdskommissionen.

English Summary

Sune Welling Hansen & Kurt Houlberg

User Charges for Health and Elder Care in a Comparative Perspective

At the core of the Danish welfare model are universal rights which provide citizens with free and equal access to public services. Out-of-pocket payment for public services has accordingly been a topic of much public debate for a number of years, and remains debated today. On the one hand, Danes have had to pay to receive some public services. On the other hand, it is well known that citizens in other countries have to pay for services which are provided free of charge in Denmark. The use of out-of-pocket payments in some areas rather than others is, at least in part, a result of historical and political choices. In order to put these choices into perspective, we map the use of out-of-pocket payments in two central policy areas, health care and elder care, in Denmark and five neighbouring countries: Norway, Sweden, Finland, Germany and England.

We find in our mapping that the use of out-of-pocket payment in Denmark differs from the neighbouring countries in a number of respects. In the area of health care, forms of out-of-pocket payments (either user charges or co-payment) are less commonly used than in our neighbouring countries – both in the other Scandinavian countries as well as the two larger European countries included in the mapping. For example: Danes do not have to pay for consultations with their general practitioner or specialists, whereas the opposite is the case in Norway, Sweden, Finland and Germany. Danes are likewise not charged for visits to emergency wards, which is not the case in the three last-mentioned countries. Citizens in these countries also have to pay for hospitalisation which is also provided free of charge in Denmark.

We also find differences in the area of elder care, albeit not as marked as in health care. Danes do not have to pay for home care, or home nursing care, which is partly also the case in Norway. Citizens in the four other countries pay to receive these services. Citizens in all six countries, however, pay for institutional care.



Brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i komparativt perspektiv

Denne rapport kortlægger brugerbetalingspolitikken på sundheds- og ældreområdet i Danmark, Norge, Sverige, Finland samt England og Tyskland. Undersøgelsen er primært baseret på dokumentstudier og viser, at brugerbetalingspolitikken i Danmark ikke alene adskiller sig fra England og Tyskland, men også fra de øvrige nordiske velfærdsmodeller. Enkelte ydelser er karakteriseret ved, at der opkræves brugerbetaling i Danmark for disse, mens de i et eller flere af vore nabolande betragtes som gratisydelser. Mere typisk er det dog, på områder hvor brugerbetalingen varierer mellem landene, at der er brugerbetaling for færre serviceydelser herhjemme end i de nærmeste lande – både vores skandinaviske brødre og søstre og de to nærmeste større europæiske nabolande.