



Skatteministeriet

28. juni 2018
J.nr. 2018 - 755

Til Folketinget – Skatteudvalget

Hermed sendes endeligt svar på spørgsmål nr. 203 af 23. januar 2018 (alm. del). Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Rune Lund (EL).

Karsten Lauritzen

/ Peter Bach Mortensen



Spørgsmål

Ministeren bedes redegøre for, hvor meget bundskatten skal stige, såfremt man ønsker at finansiere gratis tandlæge over bundskatten. Ministeren bedes endvidere opføre, hvad virkningen er på den disponible indkomst i 100.000 kr. intervaller op til en indkomst på 1 mio. kr.

Svar

Jeg skal indledningsvist beklage det sene svar. Derudover skal jeg oplyse, at svaret er udarbejdet i samarbejde med Finansministeriet, der har leveret bidrag vedrørende de skønnede offentlige merudgifter forbundet med indførelse af gratis tandlæge.

Rammen for det årlige offentlige tilskud til voksentandpleje i praksissektoren pr. 1. juni 2018 udgør 1,4 mia. kr. årligt¹. Det er ikke muligt at lave en samlet opgørelse af egenbetalingen i voksentandplejen på baggrund af sundhedsvæsenets registre. Det skyldes dels, at der ikke er fastsat en bestemt egenbetalingsandel for alle ydelser, dels at den rent private tandbehandling ikke registreres i Sygesikringsregisteret.

Det skønnes baseret på tal fra Sundheds- og Ældreministeriet, at egenbetalingen udgør omkring 82 pct. af de samlede udgifter til voksentandpleje². Det svarer til, at de samlede udgifter på området (egenbetaling og tilskud) udgør 7,8 mia. kr. (2018-niveau). Indførelse af gratis tandlæge skønnes hermed at indebære et umiddelbart finansieringsbehov på 6,4 mia. kr., svarende til den skønnede egenbetaling³. Det svarer til et finansieringsbehov på 4,8 mia. kr. opgjort efter tilbageløb, når der ikke tages hensyn til afledte adfærdseffekter, jf. tabel 1.

Det er dog forventeligt, at et bortfald af egenbetaling på tandplejeområdet vil indebære en stigning i forbruget af tandplejeydelser, hvilket isoleret set vil forøge det reelle finansieringsbehov. Der er ikke kendskab til studier på danske data, der kvantificerer sammenhængen mellem prisen på tandlægeydelser og forbruget heraf. Til illustration af den potentielle betydning af egenbetaling for forbruget af tandplejeservice kan dog trækkes på resultater fra et omfattende amerikansk studie⁴. Disse resultater kan dog ikke nødvendigvis overføres direkte til en dansk kontekst, og anvendelsen heraf er derfor alene illustrativ.

¹ I beregningerne er der taget udgangspunkt i den fastsatte ramme for det offentlige tilskud til voksentandpleje i praksissektoren, jf. Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge (BEK nr. 581 af 25/05/2018). Det bemærkes, at rammen i 2015-2017, der på daværende tidspunkt var fastsat i Overenskomst for tandlægehjælp, blev overskredet med ca. 225-280 mio. kr. årligt.

² Dette er omtrent det samme niveau, som kan opgøres på baggrund af Danmarks Statistiks forbrugsundersøgelse.

³ Det er muligt at få refunderet det offentlige tilskud til tandbehandling ved behandlinger, der er foretaget i et EU- eller EØS-land. Det skønnes, at omkring 1 pct. af den samlede støtte til tandlæger går til behandling i udlandet. Det må forventes, at det tal vil reduceres, hvis egenbetalingen helt bortfalder. Hvis behandlinger i udlandet er billigere end behandlinger foretaget i Danmark, så vil en hjemtagning af de behandlinger, som derved skal udføres til danske priser, medføre et lidt større finansieringsbehov.

⁴ Det såkaldte RAND-eksperiment, der blev udført mellem 1974 og 1982 i seks amerikanske byer, jf. *Joseph P. Newhouse et al. 1993, Free for all? – Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Selvom der er tale om et ældre studie, er studiets design af meget høj kvalitet, og det benyttes derfor ofte som referencestudie for adfærdseffekter af brugerbetaling på

Tabel 1. Provenuvirkninger ved fjernelse af egenbetaling på tandlægeydelser finansieret ved højere bundskattesats, henholdsvis ekskl. og inkl. (illustrativ) afledt forbrugeradfærd

2018-niveau	Ekskl. forbrugsadfærd	Inklusive (illustrativ) forbrugsadfærd
	Mia. kr.	
Offentlige merudgifter forbundet med gratis tandlæge		
Umiddelbar provenuvirkning	-6,4	-6,4
Tilbageløb fra lavere egenbetaling	1,6	1,6
Øget tandlægeforbrug	-	-6,3
Tilbageløb af øget tandlægeforbrug	-	0,3 ¹⁾
Provenuvirkning efter tilbageløb og evt. forbrugsadfærd	-4,8	-10,8
Afledt effekt af arbejdsudbud	-0,3	-0,3
Provenuvirkning efter tilbageløb og adfærd	-5,1	-11,2
Finansiering via højere bundskattesats		
Umiddelbar provenuvirkning	7,4	16,0
Heraf tilbageløb	-1,8	-3,9
Afledt effekt af arbejdsudbud	-0,4	-1,0
Provenuvirkning efter tilbageløb og adfærd	5,1	11,2
Balance	0,0	0,0

Anm.: Virkningerne af at indføre gratis tandlæge er opgjort både eksklusivt og inklusivt afledt forbrugsadfærd med en forudsat prisfølsomhed svarende til resultaterne i det i teksten nævnte amerikanske studie. Denne forbrugsadfærd er primært illustrativ. I eksemplet eksklusivt afledt forbrugsadfærd øges bundskattesatsen med 0,63 pct.-point, mens bundskattesatsen øges med 1,37 pct.-point i eksemplet inklusivt afledt forbrugsadfærd. I begge tilfælde er forudsat en parallel forhøjelse af det skrå skatteloft. Der tages udgangspunkt i fuldt indfasede 2025-skatteregler i 2018-niveau.

1) Det øgede forbrug af tandpleje vil indebære et automatisk tilbageløb, da tandlægeforbruget er omfattet af lønsumsafgift. Herudover har tandlægebranchen en såkaldt højere indeklemmt moms (dvs. købsmoms, der ikke kan fratrækkes i salgs-moms) end hele økonomien i gennemsnit. Forudsat, at den øgede aktivitet i tandlægebranchen sker ved, at arbejdskraft rykker fra den øvrige del af økonomien over til tandlægebranchen, vil momsprovenuet derfor stige som følge heraf.

Kilde: Lovmodelberegninger på en stikprøve på 3,3 pct. af befolkningen. Data fra 2014 er fremskrevet til 2018 med forudsætninger i *Økonomisk Redegørelse, august 2017*.

Hvis resultaterne fra RAND-eksperimentet overføres direkte til danske forhold, vil et bortfald af egenbetalingen hypotetisk øge forbruget af tandplejeydelser med 6,3 mia. kr. og dermed øge de umiddelbare offentlige merudgifter tilsvarende. Inklusivt tilbageløb kan de offentlige merudgifter inkl. afledt forbrugeradfærd således hypotetisk opgøres til 10,8 mia. kr., jf. tabel 1.

Et bortfald af egenbetalingen vil øge købekraften af familiernes disponible indkomster og vil derigennem også have en afledt virkning på arbejdsudbuddet. Indførelsen af gratis tandpleje skønnes konkret at reducere arbejdsudbuddet med i størrelsesordenen 1.500 personer (når der ses bort fra virkninger af finansiering, jf. nedenfor) som følge af både

sundhedsområdet. Der findes en række nyere studier på danske data eller data fra sammenlignelige lande, der har undersøgt prisfølsomheden af andre sundhedsydelser (end tandlægebehandlinger), jf. fx Küll, A. Houllberg, K. (2012) *Adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling*. Disse studier er dog ikke direkte anvendelige, da de beskæftiger sig med mindre ændringer i priserne.

en negativ indkomsteffekt og en negativ deltagelseseffekt, hvilket isoleret set skønnes at øge finansieringsbehovet med omkring 0,3 mia. kr.⁵, *jf. tabel 1*.

Det samlede finansieringsbehov efter tilbageløb og adfærd udgør således 5,1 mia. kr. eksklusive afledt forbrugeradfærd og kan (hypotetisk) opgøres til 11,2 mia. kr. inklusive afledt forbrugeradfærd, *jf. tabel 1*.

Det lægges til grund, at de afledte merudgifter skal finansieres gennem højere bundskattesats, *jf. spørgsmålet*. For at tilvejebringe et merprovenu på 5,1 mia. kr. skal bundskattesatsen forhøjes med 0,63 pct.-point (forudsat en tilsvarende forhøjelse af det skrå skatteloft), svarende til et umiddelbart merprovenu på 7,4 mia. kr. Forhøjelsen af bundskattesatsen indebærer isoleret set en reduktion af arbejdsudbuddet med ca. 1.900 personer og et heraf afledt mindreprovenu på ca. 0,4 mia. kr. Den samlede provenuvirkning af bundskatteforhøjelsen reduceres således til 5,1 mia. kr. efter tilbageløb og afledt adfærd, *jf. tabel 1*.

Hvis der hypotetisk skulle tilvejebringes en finansiering på 11,2 mia. kr., skulle bundskattesatsen forhøjes med 1,37 pct.-point, hvilket ville indebære et umiddelbart merprovenu på 16,0 mia. kr. og isoleret set reducere arbejdsudbuddet med ca. 4.100 personer.

I *tabel 2* er, *jf. spørgsmålet*, vist ændringen i husholdningernes købekraft opgjort på 100.000 kroners intervaller som følge af den umiddelbare besparelse ved bortfaldet af egenbetalingen på tandlægeudgifter og den modsvarende finansiering ved en bundskatteforhøjelse med 0,63 pct.-point.

Den umiddelbare gevinst ved fjernelsen af egenbetalingen for tandlæge er overordnet set voksende med størrelsen af de disponible indkomster, *jf. tabel 2*, hvilket dog primært kan tilskrives, at unge (herunder studerende) typisk har mindre forbrug af tandpleje og samtidig er overrepræsenteret i gruppen med disponible indkomster fra 0 til 100.000 kr.

Sammenhængen mellem indkomst og forbrug er derfor ikke nødvendigvis et udtryk for, at personer med relativt lave indkomster går mindre til tandlæge, fordi de har færre penge. Det kan også være et udtryk for, at behovet for tandpleje først opstår i en senere alder, hvor indkomsten samtidig er højere – fx har studerende som unge lave indkomster, men opnår senere i livet som erhvervsaktive højere indkomster.

Den samlede virkning ved en bundskatteforhøjelse med 0,63 pct.-point – forudsat et uændret forbrug af tandlægepleje – indebærer en gennemsnitlig reduktion i befolkningens købekraft på 200 kr., *jf. tabel 2*. Det skyldes, at den umiddelbare stramning som følge af forhøjelsen af bundskatten (på 7,4 mia. kr.) overstiger den umiddelbare lempelse ved fjer-

⁵ For en nærmere diskussion af baggrunden for virkningen på arbejdsudbuddet henvises til finansministerens svar på Finansudvalgets spørgsmål nr. 440 (alm. del) af 6. juli 2017. Hvis forbruget af tandlægeydelser øges som følge af ændret forbrugeradfærd, kan det også indebære yderligere afledte virkninger på arbejdsudbuddet, hvilket dog ikke er indregnet i provenuvirkningerne i tabel 1.

nelse af egenbetalingen af tandlægeydelser (på 6,4 mia. kr.). Årsagen hertil er, at såvel fjernelsen af egenbetaling som finansieringen heraf indebærer negative afledte virkninger på arbejdsudbuddet, hvilket øger kravet til det umiddelbare provenu af finansieringen.

Tabel 2. Ændring i befolkningens købekraft fordelt på indkomstintervaller ved fjernelse af egenbetaling på tandlægeydelser (ekskl. virkninger af ændret forbrugsadfærd)

Disponibel indkomst	Antal	Bortfald af egenbetaling	Finansiering via højere bundskat	Samlet virkning ekskl. forbrugsadfærd
kr.	1.000 personer	Kr.	Kr.	Kr.
0-100.000	285	750	-260	490
100.-200.000	1.945	1.310	-950	350
200.-300.000	1.565	1.510	-1.810	-290
300.-400.000	545	1.530	-2.650	-1.120
400.-500.000	145	1.560	-3.520	-1.960
500.-600.000	45	1.580	-4.360	-2.780
600.-700.000	20	1.600	-5.040	-3.430
700.-800.000	10	1.610	-5.820	-4.210
800.-900.000	5	1.770	-6.150	-4.380
900.-1.000.000	5	1.450	-6.290	-4.840
Over 1.000.000	15	1.760	-11.740	-9.980
Alle	4.585	1.380	-1.590	-200

Anm.: Disponibel indkomst, øget bundskat og tandlægebesparelse er fordelt ligeligt på personer i husstanden på 18 år eller derover. Opgørelsen omfatter samtlige husstande i Danmark ekskl. husstande med negativ disponibel indkomst. Finansieringen indebærer en forhøjelse af bundskattesatsen med 0,63 pct.-point og en parallel forhøjelse af det skrå skatteloft.

Kilde: Lovmodelberegninger på en stikprøve på 3,3 pct. af befolkningen. Data fra 2014 fremskrevet til 2018 med forudsætninger i *Økonomisk Redegørelse, august 2017*.

Tabel 2 viser ikke effekterne af regneeksemplet inkl. effekterne af ændret forbrugsadfærd, hvor forbruget af tandlægeydelser hypotetisk øges med 6,3 mia. kr., og hvor finansieringen heraf forudsætter en yderligere forhøjelse af bundskatten med 8,7 mia. kr. til 16,0 mia. kr., jf. tabel 1. Det skyldes, at der som omtalt er tale om et illustrativt regneeksempel, som er omfattet af stor usikkerhed, ikke blot om størrelsen af den mulige forøgelse af forbruget af tandlægeydelser, men også om fordelingen heraf på indkomstgrupper.

Usikkerheden skyldes i høj grad, at der er tale om en stor ændring i de nuværende regler. Der er dog ikke usikkerhed om fortegnet på effekten, idet empirien (herunder for andre typer af sundhedsydelser) entydigt peger på, at forbruget vil stige i et eller andet omfang, hvis man helt fjerner egenbetaling til tandlægeydelser.

Hertil kommer, at værdien for borgerne af det afledte øgede forbrug af tandlægeydelser ved fjernelse af egenbetalingen ikke nødvendigvis vil modsvare den umiddelbare offentlige merudgift. Det skyldes – populært sagt – at hvis en ydelse er gratis og ikke pålagt nogen begrænsninger i øvrigt, vil der være en tilskyndelse til at forbruge mere af ydelsen, end borgerne ville efterspørge, hvis de selv skulle afholde den marginale omkostning. Forbru-

get kan herved blive større end hvad, der er samfundsøkonomisk hensigtsmæssigt. I modsat retning kan dog trække, at der isoleret set kan være positive eksternaliteter forbundet med et større forbrug af tandlægeydelser.