

Legeopprør mot økte egenandeler

REDAKSJONELT

WESTIN S

Fra 25. januar 1999 ble det igjen dyrere å gå til lege. Kanskje er det å ta vel kraftig i å antyde at det utløste et opprør blant landets leger. Men på allmennpraktikernes diskusjonssider på Internett, Eyr (1), utspant det seg en debatt med temperatur langt over det vanlige. I omtalen Tidsskriftet hadde i nr. 4/1999 (2), kunne vi lese om alt fra forslag til streik, om å bryte samarbeidet med trygdekontorene, la være å ta telefonen, til forslag om hva man bør kreve i fremtidige forhandlinger med staten. John Leer foreslo på Eyr (1) at pasienter like godt kan betale den samlede frikortgrensen for egenandeler til trygdekontoret ved årets start, så leger kan fritas for dette tidkrevende og ubehagelige innkrevingsarbeidet.

Uro har det vært før også, når forhandlinger om normaltariiffen har endt med at den parten som ikke sitter ved forhandlingsbordet, pasientene, har fått svi med økte egenandeler (3). Slike løsninger er ikke lenger noe unntak. Ifølge Aplfs leder, Hans Kristian Bakke, er summen av disse hoppene at nivået på egenandeler har økt med rundt 35% de siste ett og et halvt år (4). Men det som i særlig grad skapte ergrelse denne gangen, var at endringene ikke hadde noe med forhandlinger å gjøre. Det dreide seg ikke engang om noen lønnsforhøyelse for legene, men om omfordeling av kostnader som ledd i salderingen av statsbudsjettet sist høst: mindre i refusjoner fra folketrygden, mer fra pasientene, det samme til legene (2, 4, 5).

Isolert sett er det kanskje ikke så voldsomt at egenbetalingen for konsultasjoner på dagtid hos allmennlege øker fra 102 til 108 kroner, eller at legebesøk på kvelds- og nattid kommer på 215 kroner. Faglig sett er det verre at refusjonstaksten for langvarig legearbeid gikk ned fra 64 til 50 kroner, at taksten for telefonkonsultasjon med sine 13 kroner knapt dekker tellerskrittene, og at nattlige telefonkonsultasjoner på legevakt ikke dekkes med mer enn 35 kroner, noe både Tom W. Lund (5) og andre primærleger sikkert ville avstå for noen timers uforstyrret søvn.

Bortsett fra det rent formelle ved at inngåtte avtaler brytes i tariffperioden, er det to forhold som utløser ergrelse. Leger, i det meste de av oss som en gang var stolte av et helsevesen der det ikke skulle "koste å være syk", opplever et økende ubehag ved å ta så vidt høye egenandeler. "Åelig; e ganske lei av å skulle førtælle at æ e et fagmenneske og ikkje et kassaapparat," lød det på Internett fra en fastlege i Tromsø (1). En kommunelege på Vestlandet meldte at summen av egenandeler i sykehus, hos allmennlege og på apotek nå hadde nådd et uanstendig nivå: "...Selv om pasienten relativt raskt når opp til frikortgrensen, er det svært ubehagelig å være den i kjeden som stadig må inndrive midler fra pasienten, midler som tidligere ble indrevet via skatteseddelen." Det ble igjen vist til at stabile leger med gamle kjente pasienter oftere vegrer seg for å ta egenandeler av dem som sitter dårlig i det. Og da har trygden intet å bidra med over normaltariiffen.

Den andre innvendingen dreier seg om det rent sosialpolitiske: At man i økende grad skattlegger sykdom, både ved legebesøk og legemidler (4), og at denne tilleggsutgiften systematisk vil ramme dem som på forhånd har dårligst økonomi. Det er stadig gyldig sosialmedisinsk kunnskap at det er mest sykdom blant de minst bemidlede (6). En gang var det også gyldig sosialpolitikk å sørge for at slike ulikheter ble utjevnet over skatteseddelen.

Man kan undre seg over at denne driften mot større egenbetaling for sykdom ikke utløser større politiske reaksjoner. Noen av oss vil mene at de raskt voksende egenandelene leder mot privatisering av helsetjenester og forsterker sosiale forskjeller. Spranget over til det helt private blir mindre, både for pasienter og for leger. Et sted på veien taper staten styringen og utkantene sine leger.

Noen forsvarer de høye egenandelene med at de bidrar til å holde legesøkningen nede. Om så er, vet vi at det er de *riktige* pasientene som ikke kommer, de som har minst behov, rent medisinsk sett? I den grad det finnes data om dette, og mye er det ikke fra vårt eget land, ser det ut til at “Loven om den inverse omsorg” (7) virker her også: De med store behov, dårlig råd og høy alder er de første som lar seg avskrekke av høye egenandeler (8). Videre burde vi undersøke om det kan være noen sammenheng mellom det høye nivået av egenandeler og data som tyder på at konsultasjoner i norsk allmennpraksis tar så lang tid (9). Muligens har norske pasienter forventning om at svært mye skal løses på én gang, “når man først er hos legen”. Slike forhold vet vi for lite om. Egenandelene er altså ikke bare spørsmål om økonomi eller politikk, men også om hvordan avlønningsordninger og takstnivåer former innholdet av møtet mellom pasient og lege.

I de landene der man har hatt fastlegeordninger siden krigen, der er det ennå utenkelig at pasienter skal betale for å gå til sin primærlege. Det gjelder England, Nederland og Danmark, for øvrig de tre landene i Europa der allmennmedisinen har særlig høy faglig anseelse. Takster har de der også, på toppen av fastlegetilskuddet, men prinsippet om at helsetjenesten skal være “free at the point of use” torde ikke engang Storbritannias Thatcher-regjering å røre ved. Da det kom et slikt forslag for et par år siden, for å bedre finansieringen av det utsultede National Health Service, ble det opprør i allmennpraktikernes egen fagforening: “...We must never agree to become the unpaid tax collectors for a government too cowardly to do the job itself”, var ett av argumentene, i tillegg til det urimelige ved å legge enda en skatt på “the sick and the poor” (10).

Slik er det lett å se de store linjene bak det lille snev av opprør blant norske allmennpraktikere i januar. Mange små vedtak har ledet til noe som stadig flere opplever som et stort sprang. Reaksjonene var sterke denne gangen, men har muligens fått sitt utløp og avslutning i cyberspace. Ved neste korsvei, eller helst før, bør disse spørsmålene løftes ut av salderingsdebatten om statsbudsjettet og inn i en prinsippdebatt om hva slags helsetjeneste vi vil ha i Norge, og om hvor og hvordan vi vil at norske leger skal arbeide.

Steinar Westin

LITTERATUR:

1. <http://www.uib.no/isf/eyr/eyr.htm>.
2. Vetti A. Krangel om nye takster. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 576.
3. Aarseth HP. Økte egenandeler for pasientene - igjen. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 453.
4. Henriksen S. Helse - stadig mer dyrekjøpt. Klassekampen 30.1.1999: 8-9.
5. Lund TW. Takstutviklingen avfolker distriktene. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 853.
6. Westin S. Velferdspolitiske virkelighetsbilder. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 79-83.
7. Tudor Hart J. The inverse care law. Lancet 1971; 1: 405-12.
8. Førde OH, Hansen FH, Forsdahl A, Vold J. Egenandeler i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1983; 103:708-14.

9. Bruusgaard D. Kontakter og henvisningsmønster i allmennpraksis. Norske resultater fra en internasjonal studie. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 174-6.

10. Beecham L. British GPs debate user charges. BMJ 1997; 314: 1852.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no