

Det er oppsiktsvekkende at det ikke synes å ligge noen målrettet politikk bak økningen i pasientenes egenandeler utover å skape balanse i statsbudsjettene.

Mål og mening med egenandeler?

1. juli ble ny normaltariiff iverksatt. Igjen trakk forhandlingene ut til langt ut i juni, igjen hadde Stortinget fattet vedtak om økning av pasientenes egenandeler – denne gangen vel 10 % – og igjen så partene i forhandlingene seg nødt til å innføre en ny egenandel i tariffen. Verken leger eller pasienter liker utviklingen, men vi må like fullt forholde oss lojalt til de prioriteringer og vedtak Stortinget gjør.

Stortinget vedtok før jul i 2002 at egenandelene skulle øke med vel 4 % fra 1. juli i år. I revidert nasjonalbudsjett i juni ble økningen satt opp til vel 10 % etter forslag fra regjeringen. Begrunnelsen var inndekning av kostnader til innsatsstyrt finansiering av spesialisthelsetjenesten. Altså en ren fiskal begrunnelse. Siden 1997 er egenandelene som pasientene må betale for tjenester hos allmennleger og privatpraktiserende spesialister, økt med ikke mindre enn 65 %. Det er oppsiktsvekkende at det ikke synes å ligge noen målrettet politikk bak økningen i pasientenes egenandeler utover å skape balanse i statsbudsjettene.

Når egenandelsøkningene de siste årene har vært større enn legenes inntektsutvikling og den kompensasjon som gis for økte utgifter i legepraksis, innebærer dette at refusjonene reduseres aktivt. Betalingen for å utføre forskjellige prosedyrer og betaling for det å bruke tid på pasientene blir dermed redusert. Dette er ikke uproblematisk.

Normaltariiffen er ikke bare en måte å betale legene på, men også et incentivsystem som har til hensikt å stimulere legene til ønsket aktivitet. Det kan være prosedyrer man ønsker utført, tidsbruk eller å prioritere spesielle pasientgrupper som kronikere, psykisk syke eller rusmisbrukere. Et av målene har vært å stimulere til riktig oppgavefordeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten etter LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå). Det er vist at land som etablerer et primærhelsetjenesteorientert helsevesen ikke bare får et helsevesen med lavere kostnader, men også oppnår høyere tilfredshet med helsetjenesten, lavere forbruk av medikamenter og en bedre helsetilstand i befolkningen (1).

Å øke pasientbetalingen i et incentivsystem som normaltariiffen innebærer et signal om å prioritere mange og korte konsultasjoner. Ingen ønsker en utvikling i retning av det man har sett i andre land

hvor gjennomsnittlig konsultasjonslengde er 5–10 minutter og hvor legens viktigste verktøy blir reseptblokken og skjemaer for sykmelding og henvisning til spesialisthelsetjenesten. Partene har i forhandlingene søkt å unngå en slik trend ved å etablere flere egenandeler i stedet for å øke prisen på konsultasjonene når Stortinget har vedtatt økning i egenandelene. På denne måten er det kommet egenandeler for innsending av prøver og nå sist for telefonkonsultasjoner som ender med utstedelse av resept, sykmelding eller liknende. En åpenbar ulempe er at det blir mindre oversiktlig for pasientene hva kontakt med legetjenesten koster.

Dersom denne utviklingen fortsetter, er det grunn til å frykte at leger i deler av landet vil vurdere om det fortsatt er hensiktsmessig å ha avtale med kommunen eller helseforetaket. Befolkningen venner seg til stadig å betale mer for helsehjelp. Samtidig utgjør refusjoner og faste tilskudd en stadig mindre andel av legenes omsetning. Det kan da bli mer praktisk for legene å kun forholde seg til en noe høyere pasientbetaling.

Vi må akseptere at staten har behov for inntekter, og at disse drives inn også gjennom egenbetaling for helsetjenester. Men det er likevel nødvendig å etterspørre en grundig debatt om egenandelspolitikken. Skal egenandelene relativt ensidig være en del av finanspolitikken? Eller skal bruk av egenandeler også ivareta et helsepolitisk perspektiv? Hvordan virker egenandelsøkninger i forhold til bruk av øvrige helsetjenester? Når man nå i siste runde la på vel 10 % ved legebekn utenfor sykehus for å finansiere sykehusdrift, kan man spørre om dette like gjerne kunne vært betalt av pasientene som er innlagt i sykehus, innenfor samme ordning med egenandelstak.

Litteratur

1. Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994; 344: 1129–33.



Hans Kristian Bakke

Hans Kristian Bakke
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no
president