

Hvor mye av helsetjenestene skal betales over skatteseddelen – og hvor mye som brukerbetaling?  
Den politiske debatten må komme

## Egenandeler til besvær

Ved behandling av statsbudsjettet for 2004 vedtok Stortinget enda en gang økning av pasientbetalingen ved legebesøk. Denne gang med 12 % fra 1. januar, og det bare seks måneder etter forrige økning på vel 10 %. Med dette har egenandelene siden 1997 økt med hele 86,5 %! Vi har heller ikke nå registrert noen helsepolitisk begrunnelse for økningen, kun et behov for å få statsbudsjettet i rimelig balanse.

Helsetjenester finansieres på forskjellige måter fra land til land. Hovedskillet går mellom systemer som baseres på offentlig solidarisk finansiering og privat finansiering – det siste oftest kombinert med forsikringsordninger. I Norge har den offentlige finansieringsordningen eksistert lenge. Den har bred oppslutning i befolkningen og blant politikerne – i erkjennelsen av at nødvendige helsetjenester er et helt sentralt velferdstilbud som alle skal ha lik tilgang på. Legeforeningen har også gitt klar tilslutning til denne modellen. Den offentlige finansieringen er i Norge supplert med egenbetaling fra pasientene med visse unntak. Det pasientene betaler for disse tjenestene, i fastlegeordningen ca. 2 milliarder kroner i året, kunne i prinsippet vært tatt inn gjennom skatt eller andre avgifter istedenfor. Slik er det i Danmark, der det ikke er egenbetaling ved å søke fastlege.

Et argument for at det skal koste noe å bruke helsevesenet, kan være et ønske om å hindre overforbruk. Blir derimot kostnaden for stor, kommer man raskt i den situasjon at enkelte kan vegre seg for å søke hjelp når de burde ha gjort det. I motsetning til vårt skattesystem, er prinsippet om betalingen etter evne ikke gjort gjeldende ved betaling for legetjenester, og vil neppe kunne bli det. Ordningen med egenandelstak har heller ingen slik utjevning virkning, men skjærmer, til en viss grad, storbrukere. Mange opplever likevel at 250–300 kroner for et sykebesøk eller 150–200 kroner for konsultasjon hos fastlegen er en drøy pris der og da.

Alle forstår at helsetjenestene må finansieres. Men det er god grunn til igjen å etterlyse en politisk debatt om målet med egenandelene. En slik diskusjon vil kunne hjelpe oss til den helt nødvendige refleksjon om hvor stor andel som skal være brukerbetaling, og hvor mye som bør betales over skatteseddelen.

Når pasientbetalingen for legetjenester øker vesentlig, blir det også et paradoks at det aller meste av denne er lagt til bruk av inngangsporten til helsetjenesten – fastlegene. Fastlegene skal representere et lavterskeltilbud. En av deres viktigste oppgaver er å vurdere pasientenes bekymringer og plager, og gjennom det avklare behovet for medisinsk behandling. Det vil være galt å etablere terskler som gjør at innbyggerne vegrer seg for å søke slike avklarende tjenester, som enkelte ganger vil innebære at man får den medisinske hjelp man har behov for i tide.

Det er bred enighet om at primærhelsetjenesten skal representere en solid grunnmur i vårt helsevesen – at det som kan ivaretas der, skal søkes ivaretatt der. Vi har langt på vei lyktes i så måte i Norge. Ikke minst skyldes dette at vi har valgt å innrette finansieringen av

allmennlegetjenesten slik at legene ansføres til å bruke tid på de pasientene som trenger mye tid – blant annet kronisk og psykisk syke – og å investere i utstyr for utredning og behandling på eget kontor. Slik har vi unngått en utvikling som vi har sett i andre land hvor fastlegene har konsultasjoner som i snitt varer fra 5–10 minutter, mot nesten 20 minutter i Norge. For mange av de pasientkategorier vi ønsker å prioritere, vil dette være særdeles utilfredsstillende. Løsningen på krevende problemstillinger blir lett henvisning videre, istedenfor tiltak på eget kontor.

Av ca. 21 millioner årlige pasientkontakter, håndterer fastlegene selv vel 90 %. Dersom fastlegene for eksempel henviser ti istedenfor ni av 100 pasienter videre, vil det bety relativt sett at 10 % flere pasienter årlig blir henvist til sykehus og privatpraktiserende spesialister. Kostnadene ved en slik utvikling vil være enorme. Kvaliteten og hvor fornøyde innbyggerne er med helsetjenesten totalt sett, vil sannsynligvis bli svekket (1).

Legeforeningen mener at en slik utvikling ikke er ønskelig, verken av hensyn til pasientene eller helsevesenets økonomi. Vi er samtidig like klare på at det er de nevnte pasientgrupper som skal være blant dem med høyest prioritet. En økning av egenandelene, som enten betyr at de sykeste i størst grad skal betale mer eller at det gis signal om at disse nedprioriteres, kan vi ikke være med på. Denne gang førte dette til at pasientene i stedet må betale for telefonkonsultasjon med legene. Det er ingen god løsning, men et kompromiss. Legeforeningen har gått med på for å skjerme dem med størst behov for medisinsk hjelp. Legeforeningen, som ansvarlig avtalepart, står ved inngåtte avtaler. Legene må derfor følge de bestemmelser som er etablert, som en følge av budsjettforliket.

Hvor mye pasientene skal betale, bestemmes av Stortinget. Vi vil imidlertid ved kommende korsveier arbeide for å gjøre de betalingsordninger pasientene må forholde seg til så hensiktsmessige som mulig. Dersom de pasientgrupper som må skjermes, kan skjermes, vil vi bidra til å finne alternative løsninger. De finnes, og Legeforeningen vil peke på dem igjen.

Reaksjonene fra politisk hold etter den siste egenandelsøkningen gir grunn til å håpe at budsjettforlik i Stortinget i fremtiden ikke gjøres uten refleksjon over konsekvenser på sikt. Lønning II-utvalget foreslo at egenandeler vesentlig skulle legges på lavt prioriterte tjenester. Slik er det ennå ikke blitt.

### 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