

Det er bekymringsfullt at økonomisk vanskeligstilte grupper opplever at utgiftene er blitt så høye at de representerer reelle terskler for å søke legehjelp

Pasientbetaling for helsetjenester

Egenandelsordningene synes å ha utviklet seg uten helsepolitiske mål. I tillegg blir andre pasientbetalte tjenester sjelden tatt med i totalvurderingen av utgifter til helsehjelp. Utgiftene har ikke vært – og er heller ikke nå – basert på prioriterte mål slik de er formulert i pasientrettighetsloven eller i prioriteringsforskriften. Det er et påtrengende behov for opprydding i pasientbetaling for helsetjenester.

Stortinget har vedtatt at pasienter skal betale for deler av tilbudet fra helsetjenesten. Prinsipielt kan pasientbetaling deles i to hovedgrupper: egenandeler som teller med på frikort type I eller II og annen betaling som ikke regnes med under frikortordningen. Egenandeler betales bl.a. hvis man går til fastlege, avtalespesialist eller psykolog, poliklinikk på helseforetak (sykehus), fysioterapeut og for medisiner på «blå» resept. Eksempler på annen betaling er betaling for utstyr og bandasjer, legemidler på «hvit» resept, legeerklæringer, attester etc. Når man egenandelstaket for en type frikort, får man frikort for resten av kalenderåret. Ca. én million nordmenn forventes å få frikort type I i 2005.

Fra 1997 og frem til i dag er pasientenes egenandel for legehjelp økt med nesten 100%. Det er ingen klar helsepolitisk begrunnelse for denne store økningen. Den økte pasientbetalingen gir grunn til bekymring fordi den kan fungere som en barriere mot å oppsøke lege og å få nødvendig helsehjelp, medisiner og utstyr. Det er først og fremst pasienter som oppsøker primærhelsetjenesten som rammes, dvs. i den delen av helsetjenesten som skal være inngangsporten til hjelp og behandling.

For å nå opp til et egenandelstak må man ha betalingssevne til å dekke utgiftene når behovet er der. Sykdom er sjelden planlagt og de samlede utleggene kan bli store omkring en sykdomsperiode. Det hjelper lite om en del av utleggene kan bli dekket etter at man har nådd et «tak» dersom man ikke har penger til å betale der og da. Vi vet at en del pasienter ikke oppsøker lege og heller ikke henter medisiner, fordi de ikke har råd til å betale. Hvorvidt man betaler egenandel for en bestemt behandling kan variere avhengig av hvor tjenesten utføres. Legges man inn på sykehus betales ingen egenandel. Gis samme behandling poliklinisk, må man betale.

Norge er en velferdsstat med klare mål om at helsetjenester skal være et offentlig gode, tilgjengelig for hele befolkningen. At økonomisk vanskeligstilte grupper etter hvert opplever at utgiftene er blitt så høye at de representerer reelle terskler for å søke hjelp, bekymrer Legeforeningen. Det kan gjelde kronisk syke, eldre, ungdom og rusmiddelavhengige med dårlig helse, og det gjelder generelt den fattigere delen av befolkningen.

Det er en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse. ECON senter for økonomisk analyse har i publiserte data vist at gruppene med lavest betalingssevne også har de høyeste utgiftene.

I en artikkel fra Statistisk sentralbyrå fremgår det at 6% av den voksne befolkning i 2003 unnlot å oppsøke tannlege av økonomiske grunner, selv om de hadde behov for det. Det må være rimelig å anta at dette gjelder for allmennlegetjenesten også, selv om prosentandelen kan være en annen.

Legeforeningen har tidligere, i statusrapporten *Mot i brystet .. stål i ben og armer?* (1) beskrevet et underforbruk av helsetjenester blant ungdom, særlig hos dem som har de største behovene. Ungdomstiden er også en strategisk viktig alder for å bygge opp en kontakt med helsetjenesten. Et konkret problem som fører til en time hos fastlegen, kan gi mulighet for veiledning og forebygging av for eksempel rusproblemer. Terskelen må være lav for kontakt med fastlege – og uavhengig av foreldrenes økonomi.

Trenger vi egenandeler for å hindre et større overforbruk av helsetjenester? Det er liten grunn til å tro det. Erfaring fra andre land, bl.a. Canada, har vist at hvorvidt man bruker egenandeler eller ei, gir små utslag på myndighetenes totale helseutgifter. Flere amerikanske undersøkelser har vist at egenandeler kan medføre noe nedgang i bruk av helsetjenester. Men det er først og fremst de gamle, fattige og høyrisikopasientgrupper som reduserer sin bruk av helsetjenesten. Dette betyr at man først og fremst rammer de gruppene det er bred politisk enighet om at man vil hjelpe i Norge.

Manglende mulighet til å betale må ikke være en barriere mot tidlig kontakt med førstelinjetjenesten. Dette gjelder både egenandeler og andre utgifter til helsehjelp. Egenandelen hos fastlegen kan fjernes helt, slik det for eksempel er gjort i Danmark. Alternativt kan dette i første omgang gjøres for bestemte grupper, som for eksempel økonomisk vanskeligstilte, ungdom under 20 år, rusmiddelavhengige og pasienter med psykiatriske lidelser. En skjerming av definerte grupper vil dog bare delvis løse problemene for noen utsatte grupper. En sikkerhetsventil kan være å gi sosialkontorene muligheten til å utløse frikort. Det er tankevekkende at da ordningen med frikort ble innført tidlig på 1990-tallet så fikk ca. 140 000 nordmenn frikort, mens antallet nå nærmer seg én million. Er dette i dagens situasjon riktig prioritering, og prioriteres de rette pasientene?

Litteratur

1. *Mot i brystet ... stål i ben og armer?* Oslo: Den norske lægeforening, 2003.



Torunn Janbu

Torunn Janbu
torunn.janbu@legeforeningen.no
president