



## Egenandeler

Sykdom rammer ofte skjevt, mennesker med dårligst økonomi har i alminnelighet mest helseplager. Egenandeler rammer dermed de med svak betalingsevne hardest. Dette kan bidra til at helsetjenesten forsterker, heller enn motvirker, sosiale helseforskjeller. For enkelte pasienter er egenandelene i ferd med å bli så høye at de fungerer som en barriere for å oppsøke lege og få nødvendig helsehjelp. Dagens egenandelsfritak treffer ikke riktig, og det er behov for en utredning av systemet.

### Legeforeningen mener:

- Alle skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester, uavhengig av personlig økonomi.
- Utsatte grupper må skjermes mot egenandeler. For ungdom, minstepensjonister, rusmiddelmisbrukere og en del personer med kronisk sykdom kan egenandelene føre til at terskelen for å søke legehjelp blir for høy.
- Egenandeler må fjernes for alle til og med 20 år.
- En evaluering av finansiering av helseutgifter, herunder egenandelssystemet, er nødvendig for å se hvordan systemet slår ut for ulike pasientgrupper, slik at ordningen ikke forsterker de sosiale helseforskjellene.

### Bakgrunn

Høye egenandeler rammer ofte pasienter med lavest betalingsevne. De har som regel størst behov for å oppsøke og få helsehjelp, og skal være prioritert av helsetjenesten. For ungdom, minstepensjonister, rusmiddelmisbrukere og en del personer med kronisk sykdom kan egenandeler føre til at de lar være å oppsøke helsetjenesten eller hente ut nødvendige medisiner. Bruken av egenandeler i helsetjenesten kan forsterke de sosiale ulikheter som allerede finnes. Noen ser seg tvunget til å velge bort nødvendig behandling av økonomiske grunner. Dette strider mot prinsippet om likeverdig tilgang til helsetjenester uavhengig av personlig økonomi.

Legeforeningen er bekymret over økte egenandeler i primærhelsetjenesten. Dermed forhindres pasientene i å komme i kontakt med førstelinjetjenesten for behandling og videre utredning. Legeforeningen vil advare mot at konsultasjon hos fastlege belegges med økte egenandeler. Egenandeler på helsetjenestens inngangsport rammer vilkårlig når det gjelder prioritering i forhold til medisinske behov. Hvis egenandeler avskjærer muligheten til konsultasjon hos fastlege, vil ikke pasienten få presentert problemet. Prioritering etter behov for videre tiltak i helsetjenesten, blir umulig. Egenandelsbetaling må derfor begrenses i størst mulig grad.

Dagens egenandelssystem er helt frikoblet fra prioriteringsmålene, slik de er formulert i pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Systemet er et resultat av enkeltvedtak over en lang periode, og er ikke konsistent. Krav til egenbetaling kan også variere for samme type behandling - avhengig av hvor tjenesten blir utført. For eksempel kan det være knyttet egenandel til poliklinisk behandling mens samme behandling er gratis dersom man innlegges i

sykehus. Legeforeningen mener at det må være et konsekvent forhold mellom hvilke tjenester som er belagt med egenandel og hvilke som er offentlig fullfinansiert.

Veksten i egenandeler har ført til etablering av skjermingsordninger for storforbrukere av helsetjenester, som for eksempel egenandelstak 1 og egenandelstak 2. I dag får over 1,2 millioner nordmenn frikort (egenandelstak 1). Når skjermingsordninger omfatter så mange, er det grunn til å vurdere om egenandelstak 1 er et særlig målrettet tiltak. En evaluering av egenandelssystemet er nødvendig, for å vise hvordan systemet i praksis slår ut for ulike pasientgrupper.

*Samfunnspolitisk avdeling*

