
Ny ekstraskatt for de syke

REDAKSJONELT

STEINAR WESTIN

Steinar Westin (f. 1944) er fastlege for 359 personer ved Tempe legesenter, spesialist i allmennmedisin og professor i sosialmedisin ved NTNU. Han er dessuten leder for Tidsskriftets redaksjonskomite....
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Medisinsk teknisk forskningssenter
7489 Trondheim

Det er nesten så man må gni seg i øynene og spørre om det er sant. Kan det være mulig at politikerne nok en gang tør å redusere tryggedekningen og velte større egenbetaling for allmennlegetjenester over på pasientene? Og det etter all den offentlige bekymring det har vært for en kriserammet primærhelsetjeneste som alle sier det er viktig å styrke?

Det ser slik ut. For enda en gang har et budsjettforlik i Stortinget resultert i at man har valgt å legge en ekstraskatt på de syke. Ikke mye, vil noen si. Bare en 3,5 % økning i egenandeler for legehjelp denne gangen. Men poenget er at denne økningen kommer på toppen av en serie slike økninger, nær 40 % de siste tre årene (1 – 3), og at den forrige, for ett år siden, utløste høylytt misnøye blant landets allmennpraktiserende leger (2). Det bør ikke gå upåaktet hen at dette siste skrittet i usosial retning inngikk i det statsbudsjettet som fikk Arbeiderpartiets støtte høsten 1999.

En pølse i slaktetiden kan det ha vært. For når den store budsjettkabalen skal legges, blir en liten ekstraskatt for de syke antakeligvis en bagatell. Men her ligger nettopp problemet: at man gang på gang gjør slike summariske vedtak i budsjettsalderingene, uten at den samlede effekten av dem får noen politisk behandling. Man får unektelig inntrykk av at sosialpolitikken føres fra Finansdepartementet. Nå er økningene i egenbetalingen kommet så langt at den truer forestillingen om at vi har en allment tilgjengelig og rettferdig offentlig helsetjeneste (4).

Legeforeningen bør ha gode grunner til å reise protest mot at man nok en gang griper inn i vedtatte tariffavtaler uten forhandlinger (1, 2). For den må være blind som ikke ser at slike takstendringer både har faglige, økonomiske og helsepolitiske konsekvenser, selv om legers inntekter formelt sett ikke skal gå ned (2, 3).

Tilleggstaksten for langvarig legearbeid har fått stå urørt denne gangen. Men refusjonen for innsending av biologisk materiale til laboratorier på 21 kroner omgjøres til en ny full egenandel. De øvrige nedskjæringene på refusjoner er spredt over et stort antall prosedyrer, samtidig som egenbetalingen for vanlige konsultasjoner hos allmennlege øker til 110 kroner.

Mange pasienter vil nok bli avkrevd mer. Med stadig flere tillegg til selve konsultasjonstaksten kan det bli slik at pasienter faktisk bør spørres om de ønsker eller har råd til at det tas ekstra prøver som ledd i den medisinske utredningen. Nå vil en pasient ikke lenger vite på forhånd hva det koster å gå til en allmennpraktiker, og vi får en enda gråere sone mot de helt private legetjenestene. Med stadig høyere egenbetaling i den offentlige helsetjenesten blir spranget mindre til den helt private. En av effektene vil være at myndighetene mister styringen med helsemarkedet og fordelingen av leger (3).

Det er nedslående å se at det er så liten konsekvens i den politikken som styrer primærhelsetjenesten (5). Særlig uheldig er det at denne slags signaler repeteres i en tid der den vedtatte fastlegeordningen ligger på venteliste og gir opphav til utrygghet og usikkerhet blant landets primærleger. Men den alvorligste bristen består i at man glatt og uten diskusjon legger større økonomiske byrder på de svakeste og minst bemedlede i samfunnet, de som vi vet har høyest sykkelighet og størst forbruk av legetjenester (4). Mye tyder på at det er de med reelle behov og kroniske plager som først vil snu på skillingen (6). Eller, som vi så ofte opplever, at pasienter kommer med lange bestillingslister når de først tar seg tid og råd til å gå til doktor. Slikt bidrar til å gjøre allmennlegetjenesten stiv og tungrodd.

Heller enn å øke egenandelene, burde myndighetene se til de landene i Europa som er anerkjent for å ha den faglig sett beste primærhelsetjenesten, Danmark, England og Nederland. Det er ikke tilfeldig at de har hatt fastlegeordninger siden like etter krigen. Det er heller ikke tilfeldig at det i disse landene ansees som en selvfølge at det skal være gratis å gå til sin fastlege (7). Slik har de utviklet en langt mer smidig og personlig allmennlegetjeneste enn det som er tradisjonen i Norge.

Det er underlig at egenbetalingen ikke er drøftet i dette perspektivet i forarbeidet til den norske fastlegeordningen. Og enda underligere at politikere nå tar nye skritt i gal retning. Er det uttrykk for bevisstløshet, eller er det bekymringsfulle signaler om at allmennlegetjenesten ikke lenger skal være et solidarisk finansiert fellesgode?

LITTERATUR

1. Aarseth HP. Økte egenandeler for pasientene – igjen. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 453.

2. Westin S. Legeopprør mot økte egenandeler. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 782.
 3. Lund TW. Takstutviklingen avfolker distriktene. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 853.
 4. Westin S. Likhhet og brorskap – verneverdige verdier i helsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1474 – 9.
 5. Aarseth HP. Primærhelsetjenesten i krise – hvem har ansvaret? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 401.
 6. Førde OH, Hansen FH, Forsdahl A, Vold J. Egenandeler i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1983; 103: 708 – 14.
 7. Westin S, Johnsen R. List-based systems and gatekeeping on the international agenda. Eur J Gen Pract 1998; 4: 53 – 4.
-

Publisert: 10. mars 2000. Tidsskr Nor Lægeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. februar 2026.