



Økte egenandeler hos legen

Av Aslak Versto Storsletten, historiker og rådgiver i Civita

Innledning

Fastlegeordningen ble innført i 2001 og ga alle rett til en fastlege. Siden fastlegeordningen trådte i kraft, har fastlegene fått flere oppgaver, også innenfor områder som dokumentasjon og rapportering. Mange fastleger sier at de kompenseres med mer arbeid på kveldene og i helgene. Flere kommuner sliter med å rekruttere nok fastleger. Ved inngangen til februar 2023 stod cirka 220.000 innbyggere uten fastlege. Allmennlegeforeningen mener at det er behov for tusen nye fastleger de neste årene.¹ Skal det rekrutteres flere fastleger, må trolig arbeidsmengden ned.

Perspektivmeldinger og andre framskrivinger viser at det kommer et sterkere press på offentlige finanser i fremtiden. For eksempel viser Helsepersonellkommisjonen til at det er behov for en holdningsendring i befolkningen, blant politikere og helsepersonell, som kan bidra til å dempe etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester, og det understrekes at alle må erkjenne at det også

i Norge er begrensede ressurser.² Dette tilsier at vi må tenke nytt og annerledes om finansiering av helse- og omsorgstjenester.

Samlet sett er det grunn til å tro at fastlegene og fastlegetjenestene står overfor flere utfordringer fremover. I Norge brukes legene som portvoktere. De utgjør førstelinjetjenesten i helsevesenet og er porten inn til en mer spesialisert helsetjeneste. Derfor er fastlegene av helt avgjørende betydning i norsk helsevesen.

Innretningen av finansieringen av fastlegeordningen er et virkemiddel for å understøtte et mål om gode og innovative tjenester til innbyggerne. Egenandeler er en del av dette virkemiddelet.

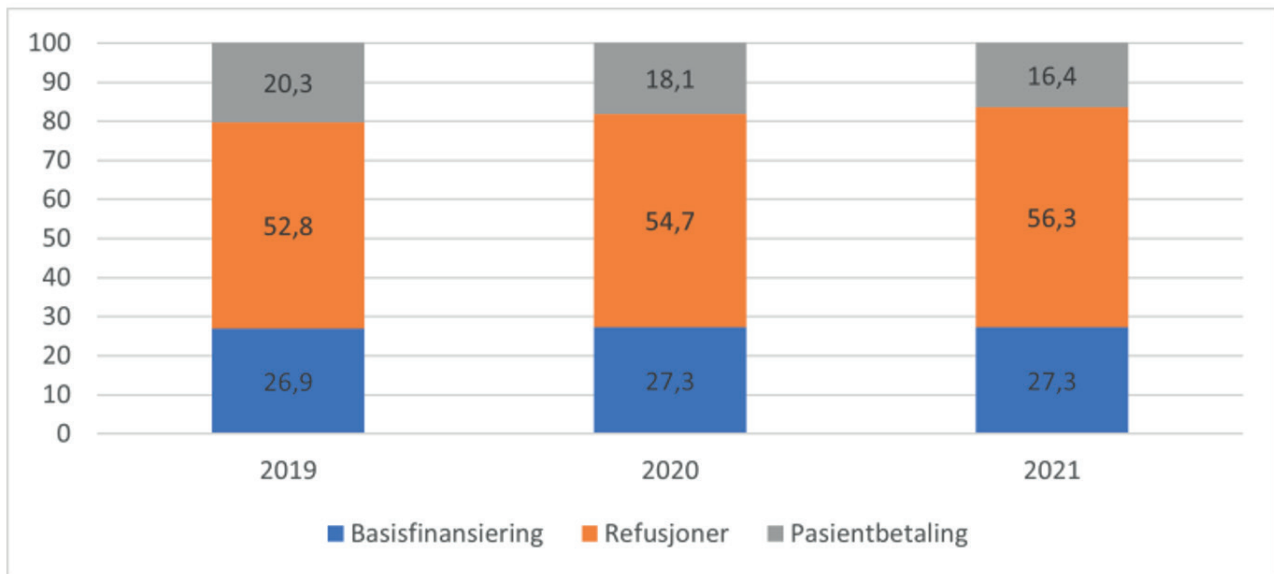
Dette notatet viser hvorfor økte egenandeler kan bidra til å dempe presset på fastlegene, og er et forsøk på oppspill til debatt om høyere egenandeler som én av flere løsninger på utfordringene med fastlegeordningen.

Finansiering av fastlegeordningen og egenandelstak

De fleste fastlegene er selvstendig næringsdrivende og har avtale med den kommunen hvor legekontoret ligger, mens noen fastleger er kommunalt ansatt og mottar lønn fra kommunen. De private fastlegene har individuelle avtaler med kommunen, og de finansieres individuelt. Utover et basisbeløp, er det først og fremst refusjoner fra folketrygden som utgjør inntektene i legepraksisene. Disse refusjonene følger et takstsystem hvor de enkelte oppgavene er tilordnet en takstkode. Men inntektene til fastleger består også av egenandeler.

Egenandeler er det beløpet pasientene selv betaler hos fastlegene. Egenandelene fastsettes av Stortinget gjennom statsbudsjettet, og Stortinget fastsetter hvert år et egenandelstak for helsetjenester. Hvis du betaler mer enn dette taket i godkjente egenandeler, dekker det offentlige kostnadene gjennom frikort. Når taket nås, får fastlegene refundert ytterligere egenandeler fra folketrygden.

Kostnadene³ for fastlegeordningen utgjorde 12,5 milliarder kroner i 2021, en økning på 10,3 prosent fra 2020 (prisjustert er økningen på 5,0 prosent).⁴ Figuren nedenfor viser at basisfinansierings andel av totale kostnader for fastlegeordningen har vært stabil på om lag 27 prosent i perioden 2019 til 2021, at kostnadsandelen for folketrygdrefusjoner har økt, mens kostnadsandelen for pasientbetaling har gått ned i perioden.



Kilde: Helsedirektoratet.no

Egenandelens andel av totale kostnader for fastlegeordningen har altså gått ned i det siste. Samtidig er det slik at egenandelstaket har økt med årene, men det har også antallet pasienter som når taket og får frikort. I 2009 måtte alle betale inntil 1840 kroner per år, og totalt var det 860.000 nordmenn som brukte mer enn 1840 kroner på legebesøk og fikk et helsefrikort.⁵ I 2021 var egenandelstaket på om lag 2460 kroner, og antallet nordmenn som fikk frikort, hadde økt til ca. 1,5 millioner.⁶ Dagens egenandelstak (2023) er på 3040 kroner.

Overforbruk av fastlegetjenester?

Antall konsultasjoner hos fastleger målt per innbygger har gått jevnt oppover med årene. Tall fra SSB viser at hver innbygger i gjennomsnitt hadde 2,5 konsultasjoner hos fastlegen i 2010, 2,6 konsultasjoner hvert år i perioden 2011–2016 og 2,7 konsultasjoner hvert år i perioden 2017–2019.⁷ Denne økningen kan fremstå som beskjeden, men det er her snakk om konsultasjoner per innbygger. Økningen legger med andre ord beslag på betydelige menneskelige og økonomiske ressurser. Etter koronapandemien har antallet konsultasjoner steget enda mer. I 2020 var det 2,8 konsultasjoner per innbygger, og i 2021 var antallet steget til 3 konsultasjoner. Konsultasjonsraten fra 2020 til 2021 var høyere for alle aldersgrupper så nær som hos de over 80 år, hvor bruken gikk noe ned.⁸ De siste årenes økning skyldes trolig delvis koronapandemien, noe som blant annet synes ved at e-konsultasjoner økte på bekostning av fysiske konsultasjoner, men vi ser også en kraftig økning fra 2020 til 2021 – to år som begge var preget av pandemi.

Samhandlingsreformen, som har økt kommunenes ansvar for ferdigbehandlede pasienter fra sykehus, har trolig hatt betydning for veksten og mangfoldet i legenes oppgaver overfor pasientene.⁹ Videre har fraværsgrensen trolig påvirket antall konsultasjoner. Men i tillegg kan overforbruk være en viktig grunn til at antall konsultasjoner går opp.

Overforbruk vil si at noen av oss har flere konsultasjoner hos fastlege enn det som er nødvendig. Lege og lokalpolitiker i Stavanger, Kåre Reiten fra Høyre, har trukket frem dette fenomenet tidligere. «Som lege opplever jeg at flere lider av helseangst. Folk kommer til oss gjentatte ganger selv om de virker helt friske. De er redde for at de har fått en eller annen sykdom, selv om de har ingen symptomer», uttalte han til NRK i 2014.¹⁰ Marit Hermansen, daværende leder i Norsk forening for allmenntidrett, en underforening av Legeforeningen, var i samme NRK-artikkel redd for at friske mennesker kom til å presse ut de som faktisk trenger hjelp. «Det er grupper som skulle vært mer til lege, men som ikke kommer. Samtidig fylles helsetjenesten opp av friske, velfungerende fordi vi er engstelige for sykdom», uttalte Hermansen i 2014. Det er med andre ord trolig en del friske pasienter som benytter fastlegen for mye.

Det finnes også forskning som tyder på overforbruk av fastlegetjenester. En studie av forskere ved NTNU, som ble publisert i *Family Practice*, koblet sammen data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), Fastlegeregisteret og KUHR-databasen, for å studere fastlege-vanene til 47.550 trøndere på 20 år eller mer over en tiårsperiode fra 2007 til 2016.¹¹ Studien viste at de friskeste pasientene gikk oftere til fastlegen enn før, og at det blant middelaldrende pasienter, særlig var dem med færrest plager som gikk oftest til legen. Fra 2007 til 2016 hadde antallet årlige konsultasjoner hos fastlegen per person i studien i snitt økt med 0,3. For aldersgruppen 40–59 år differensierte forskerne mellom personer med og uten høyt blodtrykk, og med og uten symptomer på angst og depresjon. Økningen i bruk av fastlegen var særlig stor for de friskeste pasientene. Samtidig var det ingen tilsvarende stigning i pasientenes bruk av legevakt. Dette tilsier at det ikke var en økning i akutte tilstander, og at det ikke var økt sykkelighet som gjorde at bruken av fastlegen økte.

I utgangspunktet var forskerne bak studien interesserte i å se på om samhandlingsreformen i 2012 hadde hatt effekt på antallet konsultasjoner på legekantorene. En kunne ventet at det ville bli en markant økning i konsultasjoner på grunn av samhandlingsreformen, fordi den innebar en overføring av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, men forskerne fant ingen tegn til dette. Det var nemlig en jevn økning i konsultasjoner i hele perioden. «Vi ser jo en stor økning hos de friskeste, så det gir mening at dette ikke er pasienter som er særlig påvirket av samhandlingsreformen, som snarere gjelder overføring av kronisk syke til fastlegene», uttalte en av forskerne, Kristine Pape, i forbindelse med publiseringen av studien.¹²

Det virker altså som at mange friske mennesker går mer til legen enn det som er nødvendig. Samtidig er det mye som tyder på at det ikke er noen særlig vits i å gå regelmessig å sjekke seg for alle mulige sykdommer. Det har liten eller ingen effekt på dødelighet generelt, og det har liten eller ingen effekt på å dø av en kreftsykdom, hjerte- og karsykdommer eller hjerneslag.¹³ Noe av grunnen til at det likevel er mange friske mennesker som går til legen, kan ligge i at det er mulig å søke seg frem til det meste på internett. Dette kan føre til at mange «selvdiagnostiserer» seg, som igjen kan føre til at mange utvikler helseangst. Det er lett å overtolke symptomer. Alle typer normale symptomer og små plager kan tolkes som mulig alvorlig sykdom, og en føler behov for å oppsøke fastlegen.

Påvirker egenandeler antallet konsultasjoner hos legen?

For å gjøre en best mulig avveining av fordeler og ulemper med økte egenandeler ved legebesøk, er det viktig med kunnskap om i hvor stor grad egenandelen påvirker antall konsultasjoner.

Resultatene fra RAND Health Insurance Experiment viser at egenandeler kan ha stor effekt. I dette eksperimentet ble om lag 8000 personer randomisert i grupper som fikk dekket alt, noe (25 eller 50 prosent), eller nærmest ingenting (5 prosent) av kostnadene ved konsultasjoner hos legen. Konklusjonen var at gruppen som måtte dekke 95 prosent av kostnadene selv, reduserte sitt forbruk av helsetjenester med 30 prosent i forhold til dem som ikke betalte.¹⁴ Andre har funnet at en egenandel på 5 dollar reduserte antall legebesøk med omtrent 9 prosent for pasienter i USA.¹⁵ I 2004 innførte Tyskland en egenandel på 10 euro for første legekonsultasjon per kvartal. Farbmacher og Winter justerte for den ikke-lineære priseffekten som oppstår når det bare er en egenandel på den første konsultasjonen hvert kvartal og fant at antall besøk gikk ned med mellom 4 og 8 prosent.¹⁶

Disse utenlandske studiene tyder altså på at økte egenandeler reduserer antallet konsultasjoner hos legen. Men ulike land har ulike systemer. Effekter varierer naturligvis i ulike systemer. Det er derfor også viktig å se på norske undersøkelser.

Tidligere var det i Norge en egenandel for alle over 12 år, mens fra og med 1. januar 2010 fikk alle under 16 år fritak for egenandeler. En studie fra 2016 analyserer endringene i antall legebesøk for unge mellom 12 og 15 år. En sammenligning med nærliggende aldersgrupper som ikke opplevde endringer i prisene, tyder på at fjerningen av egenandelen økte antall registrerte legebesøk med rundt 13 prosent for gutter og 18 prosent for jenter.¹⁷ Videre fant en masteroppgave av Zeratsion, med veiledning fra Knut Wangen, at gjennomsnittlig antall legebesøk per år økte med 0,26 da egenandelen ble avskaffet.¹⁸

Den faglige konklusjonen av de ulike studiene, både internasjonale og norske, er altså relativt klar: Egenandeler påvirker antall legebesøk.

Økte egenandeler kan bidra til å hindre overforbruk

Etterspørselen i offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester er i stor grad tilbudsdrivet i Norge.¹⁹ Konsultasjoner hos fastlegen er i hovedsak offentlig finansiert, med relativt beskjedne egenandeler. En konsultasjon uten tillegg for tidsbruk koster mellom 160 kroner og 332 kroner i egenandel, avhengig av om legen er spesialist eller ikke, og avhengig av om det er kveldstid eller dagtid.²⁰ Enkel pasientkontakt som resulterer i utskrivning av sykemelding eller henvisning til spesialist, koster bare 69 kroner i egenandel. Når andre enn mottakeren av legetjenester i all hovedsak betaler for tjenestene, har ikke mottakeren økonomiske insentiver til å begrense etterspørselen. Normalt reduseres etterspørselen etter tjenester når prisene øker, men slik er det ikke for tjenester hos fastlege, som i all hovedsak finansieres av det offentlige. Siden prismekanismen i markedet for fastlegetjenester ikke påvirker etterspørselen, utløser et tilbud av fastlegetjenester i de fleste tilfeller en tilsvarende etterspørsel. Fastlegeordningen blir satt under stort press på grunn av utvidede pasientrettigheter og økende forventninger fra befolkningen knyttet til kvalitet og omfang

i helsetjenestene. Legene vil ofte ønske å imøtekomme pasienters og brukeres ønsker, og kan bidra til å bygge opp disse forventningene. Helsepolitikkerne og befolkningen bidrar også til å bygge opp føringer og forventningene til hva slags legetjenester det offentlige bør tilby.

Økonomiske insentiver påvirker bruk av helserelaterte ytelser. Hvis det blir dyrere å gå til legen, vil færre oppsøke legen. Som tidligere vist, er det mye som tyder på at det er en del overforbruk av fastlegetjenestene. Økte egenandeler kan bidra til å hindre overforbruk av disse tjenestene. Dette vil frigjøre menneskelige og økonomiske ressurser, og igjen lette arbeidsbyrden for fastleger rundt omkring i det ganske land.

Økte egenandeler kan bidra til bedre offentlige finanser og/eller lavere skatt, samt flere fastleger

Overordnede tall fra SSB som angir offentlige utgifter til legetjenester i sin helhet (inkludert legevakt mv.) viser at veksten har vært sterk etter årtusenskiftet, og det fremkommer at utviklingen i offentlige utgifter til «Legetjenester mv.» har steget vesentlig mer enn de andre offentlige helseutgiftene totalt.²¹ Kostnadene for fastlegeordningen i 2021 utgjorde 12,5 milliarder kroner, av dette utgjorde pasientbetaling langt under 20 prosent. Økte egenandeler kan altså bidra med flere hundre millioner kroner i sparte offentlige utgifter, dersom grensen for frikort for eksempel øker med noen hundrelapper. Økt grense for frikort vil trolig ha størst effekt, men det bør også vurderes å øke kostnadene for de første konsultasjonene.

Det er også mulig å benytte midlene til lavere inntektsskatt. Hvis provenyet fra økte egenandeler går direkte til helsebudsjettet, vil det innebære at staten får en større inntektskilde. Vi er allerede ett av landene i verden med høyest offentlige utgifter. Det kan derfor være å anbefale at provenyet går til lavere inntektsskatt, slik vil pengene tilbakeføres til skattebetalerne, samtidig som offentlig sektor beholder den positive effekten som oppstår ved færre legebesøk. Denne effekten kan anvendes til å øke kvaliteten på helsetjenestene.

Pasientene og brukernes kostnadsbevissthet blir lav når det som betales direkte for tjenestebruken utgjør en svært lav andel av produksjonskostnadene. Sjansen for at ønsker om vekst i den skattefinansierte tjenesteproduksjonen får gjennomslag, må antas å øke desto lavere brukerbetalingen er.²² Dette er særlig relevant for helse- og omsorgstjenester, og dermed for fastlegetjenester. Lave egenandeler er en sentral drivkraft bak økt ressursbruk i offentlig sektor. Hvis egenandelene øker, kan det altså bidra til at ønsket om vekst i den skattefinansierte helse- og omsorgssektoren dempes.

Økte egenandeler kan med andre ord være en nøkkelen til å få til en holdningsendring i befolkningen, hos politikere og hos helsepersonell, som bidrar til å dempe etterspørselen etter fastlegetjenester spesielt og helsetjenester generelt. Dette vil igjen føre til mindre arbeidsbyrde, og gjøre det mer attraktivt å bli fastlege.

Utsatte grupper bør skjermes

I Norge skal alle ha likeverdig tilgang til helsetjenester, uavhengig av personlig økonomi. Egenandeler kan være en barriere for de mest utsatte av oss. Utsatte grupper, ungdom, minstepensjonister, rusmiddelbrukere og kronisk syke, bør unntas eller ha lavere egenandelstak, slik at vi justerer for sosioøkonomiske forhold. Det er en stor fare for at de samfunnsøkonomiske konsekvensene blir større enn tapet av egenandeler, dersom syke pasienter ikke fortsetter behandlingen.

Noen kommuner tilbyr i dag kommunalt frikort som gir personer med lav inntekt fritak for egenandel, men det gjelder ikke alle kommuner. Det kan derfor være nødvendig med nasjonale løsninger. Det er for eksempel mulig å gradere egenandeler basert på inntekt.

Konklusjon

Tiden er trolig inne for at folk flest betaler mer for fastlegetjenester. Fastlegeordningen ser ut til å stå i knestående. Vi må skjerme utsatte grupper med helseproblemer, fordi det er positivt for samfunnet at de får behandling før sykdom utvikler seg. Samtidig skal ikke det offentlige betale for undersøkelser av pasienter som stort sett er helt friske. Dette er en prioriteringsdiskusjon. Svært mange nordmenn betaler lett 500 kroner for å gå til frisøren og tilsvarende beløp i måneden for medlemskap i treningssentre, så det er åpenbart rom for å betale litt mer for noe så viktig som egen helse.

Egenandeler bidrar til å redusere offentlige utgifter, og frigjør ressurser til å prioritere andre oppgaver. Hvor mye egenandelene og egenandelstaket – frikortet – ideelt sett kan økes, bør undersøkes nærmere. Men som dette notatet har vist, vil økte egenandeler kunne føre til billigere legetjenester for det offentlige, lavere skatt og mindre overforbruk av fastlegetjenester. Dette vil igjen kunne lette arbeidsbyrden for fastleger og bidra til flere fastleger. Økte egenandeler er ikke alene svaret på utfordringene for den norske fastlegeordningen, men det kan være ett av flere elementer i en løsning.

Civita er en liberal tankesmie som gjennom sitt arbeid skal bidra til økt kunnskap og oppslutning om liberale verdier, institusjoner og løsninger, og fremme en samfunnsutvikling basert på respekt for individets frihet og personlige ansvar. Civita er uavhengig av politiske partier, interesseorganisasjoner og offentlige myndigheter. Den enkelte publikasjonsforfatter(e) står for alle utredninger, konklusjoner og anbefalinger, og disse analysene deles ikke nødvendigvis av andre ansatte, ledelse, styre eller bidragsytere. Skulle feil eller mangler oppdages, ville vi sette stor pris på tilbakemelding, slik at vi kan rette opp eller justere.

Ta kontakt med forfatteren på aslak@civita.no eller civita@civita.no.

Sluttnoter

- 1 <https://klassekampen.no/utgave/2023-02-20/legar-sender-frameleis-faks>
- 2 NOU 2023: 4, *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*
- 3 Kostnadstall for fastlegeordningen er basert på data tilgjengelig fra FLO og KUHR-databasen (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner). Tall fra FLO for kommunenes tilskudd til fastlegene og takstrefusjoner og pasientbetaling fra KUHR, gir uttrykk for minimum samlede kostnader for fastlegeordningen ettersom kostnadstall for kommunenes tilleggsfinansiering av næringsdrivende fastleger og faktiske kostnader ved kommunal drift, ikke er tilgjengelig.
- 4 <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021/kostnader-til-allmennlegetjenesten/kostnader-til-fastlegeordningen>
- 5 https://dagensperspektiv.no/meninger/redaktorens_mening/okte-egenandeler-
- 6 <https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/dyrere-a-vaere-syk/15167068/>
- 7 <https://www.ssb.no/statbank/table/09535/tableViewLayout1/>
- 8 <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/fortsatt-reduksjon-i-kapasitet-og-tilgjengelighet-til-fastlege>
- 9 <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kortere-pasientlister-lengre-arbeidsdager>
- 10 <https://www.nrk.no/rogaland/friske-folk-gar-oftere-til-legen-1.11522440>
- 11 Avsnittet bygger på Skarshaug, Lena J, Silje L Kaspersen, Johan H Bjørngaard og Kristine Pape, Changes in General Practitioners' consultation frequency over time for patients with hypertension or anxiety/depression symptoms: a 10-year follow-up of the Norwegian HUNT study, *Family Practice*, Volume 37, Issue 2, April 2020, s. 248–254
- 12 <https://www.dagensmedisin.no/primaerhelsetjeneste/studie-de-friskeste-pasientene-gar-oftere-til-fastlegen-enn-for/251492>
- 13 <https://forskning.no/aldring-fastlegen-kreft/du-trenger-ikke-a-ga-til-legen-om-du-er-frisk/1576196>
- 14 Manning, W.G., J.P. Newhouse, N. Duan, E.B. Keeler og A. Leibowitz, Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment, *The American economic review*, 77(3), 1987, s. 251–277
- 15 Chernew, M.E. og J.P. Newhouse, (2008) What does the RAND health insurance experiment tell us about the impact of patient cost sharing on health outcomes, *Am J Manag Care*, 14(7), 2008, s. 412–414.
- 16 Farbmacher, H. og J. Winter, Per-period co-payments and the demand for health care: Evidence from survey and claims data. *Health Econ.*, 22, 2013 s. 1111–1123
- 17 Beck Olsen, Camilla og Hans Olav Melberg, Påvirker egenandeler ungdoms legebekø? *Tidsskrift for velferdsforskning*, Vol.19, Utg.1, 2016, s. 62–75
- 18 Zeratsion, H.T., *The effect of exemption from co-payment on adolescent utilisation of primary health care: The case of Norway*, Masteroppgave, Universitetet i Oslo, 2013
- 19 Avsnittet bygger på NOU 2023: 4, *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, s. 116
- 20 <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/betaling-hos-lege/>
- 21 Gjems Theie, Marcus, Lars Halvard Lind, Lars Martin Haugland og Erland Skogli, *Fastlegeordningen i krise – hva sier tallene*, Menon-publikasjon nr. 83/2018, s. 17
- 22 NOU 2016: 3, *Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi. Produktivitetskomisjonens andre rapport*, s. 66