

Dokumenttype	NOU 1988:7	Dokumentdato	1988-03-01
Tittel	Egenbetaling i helse- og sosialsektoren.		
Utvalgsleder	Sandman, Matz		
Utgiver	Sosialdepartementet		
Oppnevnt	1986-10-02	Sider	102
Kapittel	2 Sammendrag 2.7 ØKONOMISKE KONSEKVENSER AV UTVALGETS FORSLAG (KAP.9)		

Flertallets forslag om at det gis generell adgang til å innkreve en døgnpris ved innleggelse i helseinstitusjoner og sosiale institusjoner er anslått å kunne gi samlede inntekter på mellom 370 mill. kroner (døgnpris 40 kroner) og 690 mill. kroner (døgnpris 75 kroner). Av inntektene vil 63 pst. komme i somatiske og psykiatriske sykehus. Et alternativ med en innleggingsavgift på 300 kroner i sykehus og en døgnpris på 60 kroner i andre institusjoner vil gi i alt 395 mill. kroner i inntekter, herav 49 pst. i sykehus.

Flertallets forslag om en økning på inntil 30 pst. i egenandelene for legehjelp vil gi inntil 200 mill. kroner i økt egenbetaling.

Flertallets forslag om at kommunene gis adgang til å kreve egenbetaling for hjemmesykepleie, avlastnings- og rehabiliteringsopphold, kan føre til en viss økning i egenbetalingen innenfor hjemmebasert omsorg. Da det anbefales gjennomført en omlegging til et abonnementssystem som omfatter flest mulig av deltjenestene, og da 75-80 pst. av dem som mottar hjemmesykepleie også mottar hjemmehjelp, bør ikke økningen bli for stor. Beregningsmessig legges det til grunn en økning på omlag 25 pst., dvs. ca. 40 mill. kroner.

Utvalget foreslår en egenandel på 20 pst. for legemidler på blå resept, og flertallet en egenandel på 10 pst. for alders- og uførepensjonister. Det settes et tak for egenandelen pr. resept på henholdsvis 200 og 100 kroner. Det er beregnet at omleggingen, med uendret nivå på omsetningen, vil gi 30 mill. kroner i økt egenbetaling. Om omsetningsverdien blir redusert som følge av omleggingen, vil økningen i egenbetalingen bli mindre, og innsparingen for folketrygden vesentlig større.

Flertallets forslag om en egenandel eller pant på høreapparater er anslått å gi en egenbetaling på 8-16 mill. kroner.

Flertallets forslag om lettelse for barnefamiliene gjennom at barn og ungdom fritas for egenandeler til legehjelp, fysioterapi, legemidler på blå resept og reiser som koster mer enn 17 kroner, samt får reduserte egenandeler til tannreguleringer og etter visse medisinske kriterier gratis briller, er beregnet å gi en samlet reduksjon i egenbetalingen på 235 mill. kroner. Om fritaket for egenandeler begrenses til barn under 7 år, samtidig som reduksjonen i egenbetalingen for tannreguleringer opprettholdes, anslås virkningen til 110 mill. kroner.

De alternative forslagene for utvidet skjerming for utgifter til fysikalsk behandling er anslått å gi fra 0 til 100 mill. kroner i redusert egenbetaling.

De økonomiske virkningene av enkeltforslagene som er gjennomgått foran kan oppsummeres slik:

	Mill. kroner		Mill. kroner
Høyere egenbetaling		Lavere egenbetaling	
Institusjoner	370-690	Barn og ungdom	235
Legehjelp	maks. 200	Fysioterapi	0-100
Legemidler på blå resept	30		
Høreapparater	8-16		
Hjemmebasert omsorg	40		

De fleste forslagene berører egenandelsordningen med utgiftstak. Om flere av endringene blir gjennomført samtidig, vil den samlede virkningen bli noe forskjellig fra det en summering av beløpene foran gir.

Det er utvalgets forutsetning at inntektene av døgnbetaling i institusjonene beholdes i fylkeskommuner og kommuner. Det er i mandatet forutsatt at utvalget angir en nullsumløsning. Denne kan eventuelt se slik ut:

Økt/reduisert
egenbetaling

- En døgnpris på 40 kroner i institusjonene	+ 370 mill. kr
- En egenandel på hhv. 20 og 10 pst. på blå resept	+ 30 mill. kr
- Abonnementssystem i hjemmebasert omsorg inkl. hjemmesykepleie	+ 40 mill. kr
- Lettelser for barnefamiliene	- 235 mill. kr
- 1. Utgifter til fysioterapeut med under et utgiftstak på 600 kroner, diagnoseliste oppheves	- 160-200 mill. kr
2. Utvidelse av diagnoseliste i fysioterapi	- 15 mill. kr
Senking av utgiftstaket til 350 kroner	- 160-200 mill. kr

Anslagene er basert på uendret forbruk av de ulike tjenestene. Forslaget om en prosentvis egenandel for legemidler på blå resept vil trolig kunne føre til en dempet omsetningsøkning for slike legemidler, og forslaget om å inkludere fysioterapi i takordningen vil kunne føre til noe økt bruk av fysioterapi. Dette vil i så fall gi henholdsvis innsparing og merutgifter for folketrygden i forhold til anslagene foran.

Utvalgets medlemmer Brundtland og Leirpoll peker på at om man ser på de økonomiske virkningene for ulike befolkningsgrupper av utvalgets forslag, vil barnefamiliene komme best ut sammenlignet med i dag. Eldre, kronisk syke og funksjonshemmede er grupper som vil få en økt belastning, særlig gjennom forslaget om døgnbetaling i institusjonene.

Utvalgets øvrige medlemmer viser til sine vurderinger i kapitlene 7 og 8, og medlemmene Sandman og Larsen også til sin særmerknad i avsnitt 8.8.3.

Kapittel 2 Sammenheng

2.8 ADMINISTRATIVE OG LOVMESSIGE KONSEKVENSER (KAP.10)

1. Forslaget om å innføre døgnbetaling i institusjonene vil medføre merarbeid for institusjonene i forbindelse med innkrevingen. Omlag 1.600 institusjoner vil etter forslaget få adgang til å innkreve døgnbetaling, og det er ca. 700.000 innlegginger pr. år i disse institusjonene av personer over 18 år.

Basert på forenklete forutsetninger kan samlet arbeidsbelastning anslås til 110 årsverk, med lønnsutgifter på 22 mill. kroner pr. år. I tillegg kommer utgifter til telefon, porto, blanketter osv.

Om barn og ungdom inntil 18 år fritas for egenandeler, kan innsparingen for trygdekontorene i forbindelse med egenandelsordningen anslås til 27 årsverk og 5,5 mill. kroner.

Om fysioterapi inkluderes i takordningen, vil anslagsvis 250.000 personer oppnå frikort med dagens nivå på utgiftstaket. Merarbeidet for trygdekontorene med kvitteringskort og frikort kan anslås til 70 årsverk, med lønnsutgifter på 14 mill. kroner.

De øvrige forslagene vil neppe ha større administrative konsekvenser.

2. Utvalgets forslag om døgnbetaling i institusjoner vil kreve endringer i sykehusloven, lov om psykisk helsevern og lov om kommunehelsetjenesten.

Forslaget om å oppheve unntaksreglene for sjømenn i utenriksfart og utenriktstjenestemenn m.v. under opphold i utlandet krever endring i folketrygdlovens § -8 .

Forøvrig medfører en gjennomføring av utvalgets forslag endringer i en rekke forskrifter.

Kapittel 2 Sammendrag

2.1 GJELDENE ORDNINGER FOR EGENBETALING - EGENBETALINGENS OMFANG (KAP.3)

1. Det eksisterer to prinsipielt ulike former for egenbetaling ved opphold i helseinstitusjon:

- Direkte betaling: Ved enkelte institusjoner kan det kreves slik betaling av pasientene, som regel etter en "friperiode" på en måned i tillegg til innleggingsmåneden.
- Indirekte betaling: Folketrygdpensjonister m.v. som bor i helseinstitusjon får som regel pensjonen sterkt avkortet når det har gått minst en hel måned etter innleggingsmåneden. Personer som mottar sykepengene kan få sykepengene avkortet, men først fra og med fjerde måned etter innleggingsmåneden. Avkorting av trygdeytelser framstår som en mindreutgift for folketrygden.

Både i tilfeller med direkte betaling og med avkorting i trygdeytelser tas det hensyn til forsørgelsesbyrde og utgifter til bolig m.v.

I sykehus, sentralinstitusjoner innen HVPU og helsesportsentre m.v. er det ingen direkte egenbetaling, men folketrygdytelse avkortes etter de generelle reglene.

Det er direkte egenbetaling ved somatiske sykehjem, som får nye betalingsregler når kommunene overtar avsvaret fra fylkeskommunene 1.januar 1988. Pasientene vil få utbetalt fulle trygdeytelser, men må betale en vesentlig del både av folketrygdpensjon og eventuelle andre inntekter for oppholdet.

Ved somatiske spesialsykehjem, som fylkeskommunene fortsatt skal ha ansvaret for, og i mindre internatinstitusjoner innen HVPU kan det i tillegg til avkorting av trygdeytelser kreves egenbetaling av øvrige inntekter.

For opphold i psykiatriske institusjoner kan fylkesmannen i enkelte tilfeller kreve dekning i pasientens dødsbo. Det gjelder også om pasienten er utskrevet, men dør innen 10 år etter utskrivningen. Forøvrig avkortes trygdeytelsene etter vanlige regler. I ettervernshjem innen psykisk helsevern og HVPU kan pasientene få utbetalt full pensjon mot å betale for oppholdet.

I rekonvalesentehjem og kurbad betaler pasienten en døgnpris, men kan få bidrag fra trygden til delvis dekning av denne. I enkelte tilfeller dekker trygden hele beløpet.

2. I sosiale institusjoner er hovedregelen at utgiftene ved opphold dekkes av kommunen som sosialhjelp. Kommunen kan kreve refusjon med utgangspunkt i klientens inntekter.

Dette gjelder for opphold i aldershjem, som fra 1.januar 1988 får samordnede betalingsregler med de somatiske sykehjemmene, i barne- og ungdomshjem, i mødre hjem og i tilsynshjem og vernehjem i alkoholistsorgen. Bortsett fra aldershjemmene er det fylkeskommunene som har ansvaret for disse institusjonene, men kommunene har betalingsplikt for opphold som de fatter vedtak om, og kan kreve refusjon hos klienten.

For opphold i A-klinikker, kursteder og avrusningsstasjoner er det ingen direkte egenbetaling, men trygdeytelser avkortes som i helseinstitusjonene.

3. Det vanlige for helsetjenester utenfor institusjon er at pasienten og folketrygden betaler hver sin del av den samlede pris/honorar. I en del tilfeller må pasienten betale hele beløpet, i enkelte tilfeller betaler

trygden alt. De egenandeler som nedenfor oppgis for besøk hos lege, fysioterapeut og psykolog er veiledende, gjeldende fra våren 1987. Personell uten driftsavtale med fylkeskommune eller kommune kan ta høyere egenandeler.

For konsultasjon hos allmennlege er egenandelen 50 kroner, og for konsultasjon hos spesialist og ved poliklinikk er egenandelen 65 kroner. Egenandelene er høyere ved sykebesøk, om natten og på helgedager. Enkel legekontakt ved oppmøte hos legen koster 10 kroner og røntgenundersøkelser 60 kroner. Det er ingen egenandel ved telefonkontakt og for laboratorieprøver.

Ved fysikalsk behandling avhenger egenandelen av lengden på den enkelte behandling og hvilken behandlingsform som nyttes. En valig serie behandlinger a 30 minutter og med varmebehandling koster pasienten 540 kroner (45 kroner pr. behandling) om behandlingen er rekvirert av lege. Pasienter med enkelte kroniske og alvorlige lidelser eller som har gjennomgått større kirurgiske inngrep, er unntatt fra betalingsplikten.

Behandling hos kiropraktor dekkes delvis av trygden om behandlingen er rekvirert av lege. Det finnes ikke veiledende satser, og pasientens egenandel varierer etter behandlingsform og hvilken pris kiropraktoren tar.

Utgiftene ved logopedisk/audiopedagogisk behandling dekkes som regel fullt ut av trygden.

Egenandelen ved behandling hos psykolog er 65 kroner. Det er en forutsetning at behandlingen skjer etter henvisning fra lege. Barn og ungdom under 18 år betaler ikke egenandel.

Ved behandling hos tannlege er hovedregelen at pasienten betaler fullt ut. Ved tanntrekking, ved visse operative inngrep og ved kjeveortopedisk behandling (tannregulering) yter trygden stønad etter fastsatte regler. Normal egenbetaling for tannreguleringer var i 1984 3-5.000 kroner. Visse grupper, i første rekke barn og ungdom til og med 18 år, får gratis behandling (unntatt for kjeveortopedi) i den offentlige tannhelsetjenesten. Ungdom i alderen 18-20 år som får behandling i den offentlige tannhelsetjenesten, betaler inntil 25 pst. av gjeldende takster.

Som hovedregel betaler pasientene legemidler selv. For legemidler som skal brukes over lang tid ved kroniske sykdommer - legemidler på blå resept - er egenandelen 60 kroner pr. resept. Egenandelen for barn under 16 år og for alders- og uførepensjonister er 30 kroner.

Hjemmesykepleie, helsesøstertjeneste, helsestasjoner for mor og barn og bedriftshelsetjeneste i henhold til arbeidsmiljøloven er gratis for pasientene.

Pasienten betaler en egenandel på 17 kroner (34 kroner tur/retur) av reiseutgifter i forbindelse med undersøkelse eller behandling som trygden gir stønad til. Ved bruk av egen bil gis det en km-godtgjørelse på 75 øre, men egenandelen trekkes fra. Det gis kostgodtgjørelse med 80 kroner døgnet og losjigodtgjørelse med 120 kroner døgnet. (1987)

Visse grupper er fritatt for å betale egenandel for legehjelp, fysioterapi, legemidler og/eller reiseutgifter. Det gjelder bl.a. ved svangerskap og fødsel, veneriske sykdommer, tuberkulose og yrkesskade/krigsskade, og for militærpersoner, innsatte og sjømenn i utenriksfart og utenriktstjenestemenn m.v. under opphold i utlandet.

Egenandeler ved legehjelp, psykologhjelp, legemidler på blå resept og reiser til lege, sykehus m.v. inngår i ordningen med et årlig utgiftstak. Utgiftstaket er for tiden 880 kroner. Egenandelene påføres et kvitteringskort, og når utgiftene når taket, byttes kvitteringskortet inn i et frikort som gir gratis tjenester resten av kalenderåret. For barnefamilier gjelder særregler ved at egenandeler for alle barn under 16 år kan legges sammen med egenandelene til den ene av foreldrene. Når taket nås får hver av dem frikort. Egenandelene hos helsepersonell uten driftsavtale med fylkeskommune eller kommune kan være høyere enn de veiledende satsene. Det overskytende beløpet kan ikke påføres kvitteringskortet.

4. Innen hjelpeordningene for hjemmene (hjemmehjelp, husmorvikar, vaktmesterordninger, matombringning m.v.) og for andre sosiale tjenester utenfor institusjon fastsetter den enkelte kommune betalingsreglene. Disse varierer sterkt, men er som regel inntektsgraderte.

Egenbetalingsreglene for barn som er plassert i fosterhjem er de samme

som i barnehjem. Kommunene kan kreve inn eventuelt underholdsbidrag og det meste av eventuell barnepensjon. For avlastningstiltak og støttekontakt i barnevernet er det ingen egenbetaling.

5. Det finnes spesielle stønadsordninger og generelle kompensasjonsordninger for utgifter som funksjonshemmede og kronisk syke har som følge av funksjonshemmingen eller sykdommen. Det kan gjelde hjelpemidler, ekstrautgifter til transport, fordyret kosthold, ekstra klesslitasje, hjelp og pleie osv. De viktigste ordningene er folketrygdens grunnstønad og hjelpestønad, bidrag etter folketrygdlovens § -13 og særfradrag ved skatteligningen.

6. Det er anslått at egenbetalingen i 1986 i alt beløp seg til ca. 6,3 milliarder kroner for helse- og sosialtjenester. Dette tilsvarer ca. 13,7 pst. av brutto driftsutgifter i helse- og sosialsektoren. Av egenbetalingen gjaldt 5,6 milliarder kroner helsetjenester og 750 mill. kroner sosialtjenester. For helsetjenester utenfor institusjon utgjorde egenbetalingen en andel på 34 pst.

Det ble refundert egenandeler for 61 mill. kroner for personer med frikort i 1986. Det ble utstedt ca. 138.000 frikort, det vil si at ca. 3,3 pst. av befolkningen fikk frikort. Barnefamiliene sto for 56 pst. av alle frikortene. Også alders- og uførepensjonister er overrepresentert blant frikortbrukerne.

Kapittel 2 Sammendrag

2.2 EGENBETALINGSORDNINGER I ANDRE NORDISKE LAND (KAP.4)

Sverige og Finland har døgnbetaling i sykehus, henholdsvis inntil 55 svenske kroner og 50 finske mark (80 norske kroner) pr. døgn. Pensjonister har en friperiode på ett år i Sverige. I de andre nordiske land er sykehusopphold gratis.

I Danmark og Finland har en stor del av befolkningen gratis legetjenester. I Danmark har vel 90 pst. av befolkningen valgt å tilhøre gruppe 1 i sykeforsikringen, som innebærer gratis legetjenester, men begrenset legevalg. I Finland er legehjelp i den offentlige helsetjenesten gratis. Omlag 75 pst. av konsultasjonene skjer i denne. Røntgen er gratis i alle land unntatt Norge og Island.

I Sverige betaler voksne pasienter 60 pst. av tannlegeutgifter opp til 2.500 kroner på ett år, og 25 pst. av ugifter over dette. I Danmark betaler voksne pasienter 50 pst. av tannlegeutgiftene, men personer mellom 18 og 30 år 40 pst. I de øvrige nordiske land betales i hovedsak 100 pst. av utgiftene, men Finland har innført lettelse for alle som er født i 1961 eller seinere.

For vanlig medisin må pasienten betale hele beløpet i Danmark og Norge. I de andre landene er det en egenandel på slik medisin. Visse medisiner ved langvarig sykdom er gratis i Sverige, i Finland er slik medisin gratis eller pålagt en egenandel på 10 pst., i Norge og Island er det en fast egenandel og i Danmark en prosentvis egenandel på 25 eller 50 pst.

For de øvrige helse- og sosialtjenestene er det i hovedsak små prinsipielle forskjeller i egenbetalingen mellom de nordiske land.

I Sverige er det innført et "hogkostnadsskydd". Dette omfatter egenandeler ved legehjelp, fysikalsk behandling m.v. og legemidler. Ved hver konsultasjon, behandling eller medisinkjøp stemples et kvitteringskort. 15 stempel innenfor en 12-månedersperiode gir gratis tjenester resten av perioden.

I Finland er utgifter til helsetjenester fradragsberettigede ved skatteligningen.

Kapittel 2 Sammendrag

2.3 BEHOV FOR OG FORBRUK AV HELSE- OG SOSIALTJENESTER (KAP.5)

1. De forskjellige helse- og sosialtjenestene har ulike siktemål. Grovt sett kan en skille mellom forebygging, behandling og hjelp/omsorg. Forebyggende tiltak tar sikte på å forhindre sykdom eller sosiale problemer, behandling må tre inn i de tilfeller slike likevel oppstår, og ved langvarige problemtilstander vil det ofte være behov for hjelp og pleie.

Ulike personer vil ofte ha ulike sosiale og psykiske forutsetninger for å mestre en og samme medisinske tilstand, og dermed ulike behov for helse- og sosialtjenester. I hvilken grad behov slår ut i etterspørsel etter og forbruk av tjenestene, avhenger av flere faktorer:

- Kostnadene (økonomiske og ikke-økonomiske) som er forbundet med bruk av tjenesten
- Fagpersonellens vurderinger av behov, kostnader og helsemessige og sosiale virkninger av ulike tilbud
- Tilbudet av tjenestene.

2. I Helseundersøkelsen 1985 rapporterte 49 pst. av intervjupersonene en eller flere sykdommer ved begynnelsen av undersøkelsesperioden. Andelen var under 30 pst. for barn under 16 år og økte med alderen til 79 pst. for alderspensjonistene. Bare personer som ikke bodde i institusjon var med i undersøkelsen. Nesten 90 pst. av alle syketilfellene hadde vart mer enn ett år. De mest utbredte sykdomsgruppene var skjelett-muskelsykdommer (17 pst. av de intervjuede), hjerte- og karsykdommer (11 pst.) og sykdommer i hud/underhud (10 pst.).

9 pst. av alle 16 år og eldre hadde problemer med daglige gjøremål som innkjøp, matlaging, renhold, av- og påkledning m.v. Andelen blant alderspensjonistene var 33 pst.

3. Helseundersøkelsen 1985 og Levekårsundersøkelsen 1983 viser at kontakthypigheten med lege øker med alderen og er mer enn dobbelt så høy blant alderspensjonistene som blant barn. Kvinner har flere kontakter enn menn, og personer med lav inntekt flere enn personer med høy inntekt. Det er en viss ulikhet mellom landsdelene. Oslo og Akershus ligger høyest, med 1,5 ganger så mange legekontakter i forhold til folketallet som Agder og Rogaland og Nord-Norge.

Aldersgruppen 45-66 år har størst bruk av fysikalsk behandling, og kvinner har større bruk enn menn. Det er liten variasjon i bruken etter inntekt, men personer med meget lav inntekt ligger noe høyere enn de øvrige. Østlandet, der bruken av fysioterapi er størst, har omlag 1,5 ganger så mange behandlinger i forhold til folketallet som Agder og Rogaland, der bruken av fysioterapi er minst.

Bruk av tannlegetjenester er relativt jevnt fordelt på aldersgruppene, bortsett fra at alderspensjonistene bruker mindre enn resten av befolkningen. Nord-Norge har klart lavere utgifter pr. hushold til tannbehandling enn de andre landsdelene.

En undersøkelse av omsetningen av legemidler på blå resept tyder på at uførepensjonistene har en tre ganger så høy andel av omsetningen som deres andel av befolkningen, og alderspensjonistene en mer enn dobbelt så høy andel som andelen av befolkningen.

Gjennomsnittlig liggetid for pasienter i somatiske sykehus øker med alderen, fra 5 dager for barn og ungdom til 20 dager for personer 70 år og over (1982). Sistnevnte gruppe har vel 10 pst. av befolkningen, men 36 pst. av samtlige liggedager. Kvinner har flere liggedager enn menn, også om det korrigeres for innleggelser i forbindelse med fødsel. Personer i de laveste inntektsklassene er overrepresentert blant pasientene.

En undersøkelse fra 1984 viser at det er en sterk sammenheng mellom utgifter til de tjenestene som inngår i ordningen med utgiftstak, og bruk av andre helsetjenester som fysioterapi og sykehusopphold.

85 pst. av dem som mottar hjemmehjelp og 75 pst. av dem som mottar hjemmesykepleie er alderspensjonister. Bruken av tjenestene øker sterkt med alderen over 67 år. Av fylkene er tjenestene best utbygd i Troms, som i forhold til antall alderspensjonister yter mer enn tre ganger så mange hjemmehjelptimer og mer enn dobbelt så mange besøk i hjemmesykepleien som Oslo.

Også bruken av alders- og sykehjem øker sterkt med alderen i de eldste aldersgruppene. Mens 4 pst. av dem som er mellom 70 og 79 år befinner seg på alders- eller sykehjem, er andelen mellom 20 og 25 pst. for aldersgruppen 80 år og eldre.

4. Befolkningsutviklingen er en av de viktigste faktorene som bestemmer endringer i behovet for helse- og sosialtjenester. Vi er midt inne i "eldrebølgen" som innebærer at en stadig større andel av befolkningen befinner seg i de eldste årsklassene. Særlig vil befolkningen over 80 år øke sterkt mot år 2000.

Denne utviklingen stiller særlig store krav til utbygging av eldreomsorgstjenestene. For at dekningen av sykehjemsplasser skal være like god i 1995 som i 1980, må utbyggingstakten mer enn fordobles i forhold til det den har vært hittil i 80-årene. Også for hjemmehjelp må utbyggingstakten økes sterkt om nivået skal opprettholdes.

Andre faktorer som øker presset på helse- og sosialtjenesten i årene framover, er bl.a. en økning i antall funksjonshemmede og kronisk syke, en sterk økning av antall AIDS-tilfeller, en økning i livsstils- og samfunnssykdommer som hjerte-karsykdommer, kreft, ulykker, nervøse lidelser og skjelett-muskelsykdommer, og medisinske og teknologiske framskritt, som bl.a. har ført til lange køer for hjerte-, hofte- og grå stær-operasjoner. Det ser ut til å bli et stadig større gap mellom det som er medisinsk sett mulig å oppnå, og de begrensninger de økonomiske rammene stiller for virksomheten.

Kapittel 2 Sammendrag

2.4 VURDERING AV GJELDENE ORDNINGER FOR EGENBETALING (KAP.6)

1. Egenbetaling for helse- og sosialtjenester har vært benyttet i lang tid. De fleste ordninger har skjermingsregler som gir beskyttelse for enkelte grupper. Utformingen av de enkelte ordningene har imidlertid i liten grad vært vurdert i sammenheng. De samlede utgiftene til helse- og sosialtjenester kan derfor for enkelte likevel bli store. Ulikheter i betalingsreglene for sammenhengende tjenester kan også ha ført til uheldige vridninger i etterspørselen etter ulike tjenester.

I første del av 80-årene fant det sted en opptrapping i egenbetalingen for helsetjenester utenfor institusjon. Enkelte tjenester som før var gratis, ble pålagt egenandel, og andre egenandeler ble økt betydelig. Innføringen av ordningen med et felles utgiftstak for egenandeler til legehjelp, psykologhjelp, medisin på blå resept og reiser som trygden betaler for i 1984 tok sikte på å gi økt skjerming for utsatte grupper. Men viktige tjenester omfattes ikke av utgiftstaket.

En rekke offentlige utvalg har de siste årene berørt ulike egenbetalingsordninger i sine innstillinger. Det gjelder bl.a. sosiallovutvalget (1985), utvalget som vurderte samordning i helse- og sosialsektoren (1986), utvalget som vurderte folketrygdens finansiering av tannhelsearbeid (1986), hjelpestønadutvalget (1987) og utvalget som vurderte sykehusenes organisering og finansiering (1987).

2. Etterspørselsvirkningene av endringer i egenbetalingen antas allment å være relativt små. For legebesøk vil egenbetalingen først og fremst ha betydning ved første konsultasjon. Legen må antas å bestemme omfanget av seinere konsultasjoner i hovedsak ut fra medisinske kriterier. Det er sannsynlig at egenbetalingsreglene for medisin på blå resept fører til at det skrives ut større mengder medisin enn strengt tatt nødvendig. Rapporter fra trygdekontorene tyder på at den lave km-godtgjørelsen for bruk av egen bil ved reise til lege m.v. kan ha ført til økt bruk av drosje. Samme virkning har vært registrert for personer som har passert egenandelstaket og fått frikort.

Skal egenbetalingsreglene bidra til en effektiv bruk av ressursene i helse- og sosialsektoren, må prisene for alternative/supplerende tjenester til en viss grad avspeile de relative kostnadene ved tjenestene. Det er flere eksempler på "skjevheter" i prissettingen som kan tenkes å føre til uønskede vridningseffekter. Poliklinisk behandling er pålagt egenandel, mens sykehusbehandling er gratis for pasienten. På samme måte er hjemmesykepleie gratis for brukerne, mens det er egenbetaling for hjemmehjelp. Men egenbetalingsordningene er bare en av faktorene som har betydning for uheldige vridninger i forbruket av helse- og sosialtjenester. Ansvarsfordeling og finansieringsordninger mellom forvaltningsnivåer, tilbudet/dimensjoneringen av tjenestene m.v. spiller alt i alt en større rolle.

3. I sykehjem m.v. og sosiale institusjoner er hovedregelen at egenbetalingen fastsettes på grunnlag av pasienten/klientens betalingevne. Betalingen skal dekke en del av forpleiningsutgiftene og kan sies å tre i stedet for utgifter vedkommende ellers ville hatt til livsopphold utenfor institusjon.

Et inntektsbasert betalingssystem virker til fordel for dem med lavest inntekt. Ved at det er satt en nedre grense for hvor mye klienten skal beholde til eget bruk, gis det en sikring mot urimelig belastning. På den annen side er det beløpet f.eks. en enslig minstepensjonist får beholde, lavt sett i forhold til et rimelig nivå for personlige utlegg.

Forbruk av ulike helsetjenester utenfor institusjon henger ofte sammen. En person som oppsøker lege vil ofte også ha utgifter til medisin og reiseutgifter. Storbrukerne av helsetjenester har også ofte behov for sosiale tjenester som hjemmehjelp og husmorvikar. I gjennomsnitt er storbrukerne svakere stilt økonomisk og sosialt enn befolkningen som helhet.

Ordningen med utgiftstak har vist seg å skjerme særlig de gruppene som var utpekt som målgrupper - eldre, kronisk syke, svakstilte pensjonister og småbarnsfamilier. At særlig disse gruppene blir skjermet av taket, innebærer samtidig at det er disse som har de største utgiftene til taktjenestene. Og omleggingen av egenandelsordningene i 1984, som bl.a. innebar at enkelte unntaksbestemmelser ble opphevd, førte til at grupper som alderspensjonistene og barnefamilieene alt i alt fikk en større utgift enn etter de tidligere reglene.

En undersøkelse fra 1984 tyder på at de som har utgifter til fysioterapi, i gjennomsnitt har like store utgifter til dette som det samlede utgiftstaket for de tjenestene som inngår i takordningen. Andelen som bruker fysioterapi er flere ganger så høy blant storbrukere av taktjenestene som blant dem med lave utgifter til taktjenestene, og de har også større gjennomsnittlige utgifter i forbindelse med behandlingen.

Reise- og oppholdsutgifter i forbindelse med sykebehandling er geografisk skjevfordelt. Undersøkelsen fra 1984 tyder på at frikortbrukere i Nord-Norge i gjennomsnitt har omlag dobbelt så store utgifter til egenandeler ved reise som frikortbrukere på Østlandet (utenom Oslo) og Sørlandet. Skjevheten forsterkes av at km-godtgjørelsen ved bruk av egen bil og kost- og losjigodtgjørelsen ved opphold utenom hjemmet normalt ikke dekker de faktiske kostnadene.

Utgifter til tannbehandling er i gjennomsnitt større jo bedre økonomi pasienten har. Egenandelen ved tannreguleringer innebærer en betydelig belastning for mange barnefamilier. En tredel av hvert årskull får tannregulering, og utgiftene er normalt i størrelsesordenen 3-5.000 kroner (1984). Behovet for tannreguleringer er ofte arvelig betinget, og en del familier har utgifter til flere barn i løpet av få år.

For sosialtjenester utenfor institusjon er det som regel inntektsgraderte betalingsordninger, men reglene varierer sterkt mellom ulike kommuner. Bare 1/5 av kommunene følger Norske Kommuners Sentralforbunds veiledende satser for hjemmehjelp. De fleste yter gratis hjemmehjelp og husmorvikarhjelp til personer med inntekt under et visst nivå. I gjennomsnitt er egenbetalingen for hjem som mottar hjemmehjelp mer enn 1.000 kroner i løpet av et år.

4. Samlet egenbetaling i helse- og sosialsektoren, inkludert avkorting av trygdeytelser ved langtidsopphold i helseinstitusjoner utgjør ca. 14 pst. av de samlede utgiftene til helse- og sosialtjenester. For helsetjenester utenfor institusjon er andelen 34 pst. Om helsetjenester utenfor institusjon i sin helhet skulle vært finansiert via skattesystemet, kunne det i 1986 skjedd ved å øke medlemsavgiften til folketrygden med ca. 1,2 prosentenheter eller arbeidsgiveravgiften med ca. 1,9 prosentenheter.

5. Undersøkelser tyder på at brukerne stort sett kjenner det nye egenandelssystemet med utgiftstak. Muligheten for barnefamilier til å legge sammen utgiftene er imidlertid ikke kjent av alle, og løse kvitteringer som må påføres kvitteringskortet i etterhånd kan være et problem særlig for en del eldre. Noen av reglene når det gjelder reiseutgifter og medisin på blå resept kan virke urettferdige i enkelte tilfeller. Trygdekontorene og apotekene har fått en del merarbeid i forbindelse med systemet.

Unntaksbestemmelsene i egenbetalingsordningene for helsetjenester utenfor institusjon kan være arbeidskrevende. Det samme gjelder folketrygdens kompensasjonsordninger (grunnstønnad, hjelpestønad og bidrag etter § -13). Disse er også relativt kompliserte og lite kjente av dem som kunne ha nytte av dem.

Ordninger der betalingen er avhengig av inntekt og formue er også relativt tunge å administrere, idet det må fattes vedtak om betaling for hver enkelt klient, ofte etter kompliserte regler.

6. Utvalgets samlede vurdering av gjeldende ordninger:

Egenbetalingen i helse- og sosialsektoren utgjør en ikke ubetydelig finansieringskilde. For flertallet av befolkningen innebærer ikke gjeldende ordninger noen stor belastning, men etter utvalgets mening gir ikke de nåværende skjermingsordningene tilstrekkelig skjerming for utsatte grupper. Heller ikke gjenspeiles målsettingen om å prioritere behandling og omsorg utenfor institusjon i betalingsordningene. Av administrative grunner er det ønskelig med forenkling og samordning av betalingsregler for ulike tjenester. Særlig i sosialsektoren er det svært ulike regler for forskjellige ytelser og stor variasjon i kommunenes praksis.

Kapittel 2 Sammendrag

2.5 GENERELL VURDERING AV SPØRSMÅLET OM EGENBETALING (KAP.7)

1. Allment kan det stilles opp følgende målsettinger for helse- og sosialtjenestene:

- De ressurser som stilles til disposisjon for tjenestene bør utnyttes så godt som mulig.
- Alle som har behov for tjenestene bør ha like god tilgang til dem, uansett hvor i landet de bor, og uavhengig av alder, inntekt og sosiale kår forøvring.
- Tjenestene bør fordeles på en slik måte at de som bruker dem ikke blir sosialt stempet på en negativ måte (stigmatisert).
- De som har størst behov for tjenestene bør gå foran dem som har mindre behov.

- Pasientene/klientene bør behandles på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).
- Kvaliteten på tjenestene bør være tilfredsstillende og køer og ventelister så korte som mulig.
- Det bør legges sterkere vekt på forebyggende arbeid.
- Forholdene bør legges til rette for at den enkelte i størst mulig grad skal kunne klare seg selv og ta ansvar for sin egen helse.

2. Hovedbegrunnelsen for å innføre egenbetaling for helse- og sosialtjenester har vært å redusere veksten i de offentlige utgiftene og frigjøre ressurser til en videre utbygging på særlig prioriterte områder.

En annen begrunnelse er at egenbetaling vil bidra til å dempe etterspørselen fra personer med mindre problemer slik at personer med større behov lettere kan få sine behov dekket.

Det er gjennomført få norske undersøkelser av etterspørselsvirkninger av egenbetaling. Resultatene fra de mange utenlandske undersøkelsene spriker sterkt, og det er vanskelig å trekke generelle slutninger fra disse. Resultatene viser imidlertid at etterspørselen etter helsetjenester, særlig sykehustjenester, er relativt lite priselastisk. Videre er etterspørselsvirkningene større for mindre alvorlige lidelser enn for mer alvorlige, større for eldre og lavinntektsgrupper enn for andre befolkningsgrupper, og større om egenbetalingen på forhånd er høy enn om den er lav.

En analyse av data fra Helseundersøkelsen 1975 viser at en faktor som reisetid til lege ikke påvirker legesøkningen målbart, bortsett fra ved svært lange reiser (reisetid på mer enn to timer). En annen undersøkelse viser at folks holdninger (negative/positive) til nivået på egenandeler ved legebesøk ikke gir merkbare utslag når det gjelder legesøkningen.

De faglige hensyn vil som regel veie tyngst for fagpersonell som tar avgjørelser på vegne av pasient/klient. Økonomiske hensyn kan imidlertid komme inn om valget står mellom alternative tjenester som er tilstrekkelige til å dekke pasientens behov, eller der fagfolkene er usikre på om pasienten har behov for vedkommende tjeneste.

En mest mulig effektiv utnyttelse av ressursene i helse- og sosialsektoren forutsetter at behandling og omsorg i hvert enkelt tilfelle finner sted på det laveste effektive omsorgsnivået (LEON-prinsippet). Egenbetaling kan bidra til at dette oppnås, om prisene på ulike tjenester til en viss grad avspeiler de relative kostnadene ved tjenestene.

Det vil imidlertid lett kunne oppstå uønskede vridningseffekter. Dette er det vanskelig å unngå på grunn av de mange motstridende hensyn som må tas ved utformingen av et egenbetalingssystem - budsjettmessige og administrative hensyn, ulike helse- og sosialpolitiske mål, fordelingsvirkninger m.v. Slike vridningseffekter kan medføre at:

- innsparingene blir mindre enn forutsatt
- sammensetningen av tjenesteforbruket blir en annen enn man hadde ønsket
- lavinntektsgrupper får et underforbruk av visse tjenester.

Egenbetaling kan også ses som en rasjoneringsmekanisme, som et alternativ til en administrativ rasjonering (etter ventetid, problemets alvor e.l.) av tjenester der det oppstår køer. Når egenandelene settes opp vil en del personer unnlate å etterspørre tjenestene og lette tilgangen for dem som opprettholder etterspørselen.

Spørsmålet er hvem som vil falle fra. Er det de som har minst behov for tjenestene, eller er det grupper med lav inntekt - småbarnsfamilier, eldre osv.? I utgangspunktet er det vanskelig å vite hvilken gruppe som kommer til å redusere etterspørselen mest, og man kan risikere at personer med mindre behov, men god betalingsevne, vil rykke fram i køen.

3. Mange av de sykdommer som helse- og sosialvesenet behandler er livsstilssykdommer; skader etter alkohol, narkotika, tobakk, bilulykker osv. En vil ofte stå overfor to hovedproblemer når det gjelder å motivere folk til å ta bedre vare på sin egen helse:

- Folk må veie nåtid mot framtid. Den enkelte må ta ulemper i dag for å unngå større ulemper i framtiden.
- Det er usikkerhet for den enkelte. Risikofaktorer må virke lenge før folk får symptomer, og hver enkelt vet ikke om det i det hele tatt vil

utvikle seg sykdom i hans tilfelle.

Alle har ikke like muligheter til å ta vare på sin egen helse, og i den grad egenbetaling motiverer til dette, kan det være fare for at de sosiale skillene når det gjelder helse og sosial status forsterkes.

4. I et system der tjenestene er gratis eller subsidierte for brukerne, skjer det en økonomisk overføring fra ikke-brukere til brukere av slike tjenester. Jo større innslaget av egenbetaling er i finansieringen av helse- og sosialtjenester, jo mindre blir denne overføringen, og jo større del av de samlede kostnadene blir pålagt dem som har dårlig helse og behov for tjenestene. Disse er i stor grad de økonomisk og sosialt svakeste gruppene, og det er viktig at det utformes skjermingsordninger som hindrer at noen grupper får en uakseptabel økonomisk belastning.

5. Egenbetaling kan føre til en demping av veksten i de offentlige utgiftene. De midlene som blir frigjort gjør det mulig å øke innsatsen på særlig prioriterte områder. Ny viten og ny teknikk på det medisinske området, så vel som befolkningsutviklingen og livsstilssykdommenes økende betydning, medfører at det er behov for en økende tilgang på ressurser som det kan være vanskelig å finansiere over de offentlige budsjettene alene. Utvalgets flertall mener derfor at egenbetaling også i framtiden bør spille en viktig rolle som finansieringskilde i helse- og sosialsektoren.

Samtidig medfører de fleste egenbetalingsordninger et visst administrativt merarbeid. Det er derfor viktig at ordningene gjøres så enkle som mulig, uten for mange unntaksregler.

6. Utvalgets flertall - alle unntatt Brundtland, Hoffmann og Leirpoll - sammenfatter sine vurderinger slik:

Egenbetaling som virkemiddel for å påvirke etterspørselen etter helse- og sosialtjenester er et instrument med sterke begrensninger. Hovedspørsmålet ved vurdering av egenbetaling må være den økonomiske betydning dette har for å opprettholde og utbygge tjenestene. Flertallet kan gi sin tilslutning til det ideelle siktemål at grunnleggende helse- og sosialtjenester burde være gratis for brukerne, men finner dette lite realistisk i overskuelig framtid. Hovedutfordringen er å sikre et økonomisk fundament for en videre utbygging av tjenestene i takt med befolkningens økende behov. For brukerne er den trygghet som oppleves ved at tjenestene er tilgjengelige, viktigere enn betalingssspørsmålet. Flertallet stiller seg tvilende til om en økning av skattenivået er et hensiktsmessig og realistisk alternativ til egenbetaling, men har som en klar forutsetning for sine vurderinger at brukere med stort behov for tjenester og/eller liten betalingsevne skjermses.

Flertallet er derfor kommet til at

- egenbetaling må fortsatt inngå som en finansieringskilde i helse- og sosialtjenesten
- graden av egenbetaling bør kunne økes og utvides for å bidra til utbygging av tjenestene
- det må utvikles bedre skjermingsordninger for brukere med stort behov for tjenester og/eller liten betalingsevne.

Utvalgets medlemmer Brundtland og Leirpoll mener at en grunnleggende ide bak begrepet "velferdsstaten" er at helsemessige og sosiale problemer skal løses i fellesskap. Den belastning som ligger i det å være syk eller av andre grunner ha behov for hjelp fra helse- og sosialsektoren skal ikke økes ved at personen også påføres økonomiske belastninger. I dag er ideen om "velferdsstaten" utsatt for stor slitasje, og den delen av helse- og sosialutgiftene som er finansiert gjennom egenandeler har økt de seinere årene. Fra politiske myndigheters side har dette vært en måte å utsette/reducere et ubehagelig prioriteringsspørsmål på. Disse medlemmene ser ideen bak "velferdsstaten" som en av grunnpillarene i den norske samfunnsmodellen og mener prinsipielt at systemet med egenandeler er et brudd med prinsippet om fellesskapsfinansiering. Økningene i egenandelene de seinere årene representerer en klar holdningsendring i forhold til dette prinsippet.

Presset mot de offentlige budsjettene vil øke i årene som kommer, og behovet for å løse vanskelige prioriteringsoppgaver gjennom større

egenfinansiering vil forsterkes. Om ikke prinsippet om fellesskapsfinansiering allerede nå stadfestes, vil dette lett føre til en glidende uthuling av den norske velferdsstaten. Etter disse medlemmenes syn bør det også være et tankekors at disse prioriteringsproblemer har økt i en periode hvor vi som nasjon er blitt rikere og dermed har fått større ressurser til nettopp å løse problemene. Bl.a. på denne bakgrunn vil disse medlemmene sterkt fraråde økte egenandeler som virkemiddel for å øke ressurstilgangen i helse- og sosialsektoren. Løsningen bør være en større grad av skattefinansiering.

Fra et mer helse- og sosialpolitisk synspunkt innebærer bruk, og økt bruk, av egenandeler som finansieringsform en overføring av inntekt fra lavinntekts- til høyinntektsgruppen. Dette gjelder fordi det er en klar sammenheng mellom stort forbruk av helse- og sosialtjenester og lav inntekt. En slik overføring kan etter disse medlemmenes syn ikke være i samsvar med gjeldende sosialpolitiske målsettinger. Også grupper som funksjonshemmede og eldre vil bli rammet sterkere enn andre ved en større grad av egenfinansiering. En styring av etterspørselen etter helsetjenester ved hjelp av egenandeler for å oppnå en mer effektiv ressursbruk, kan etter disse medlemmenes syn bare oppnås om egenandelen settes så høyt at brukerne føler betaling som en stor økonomisk belastning. Med "normale" egenandeler vil det være brukernes behov og helse- og sosialsektorens anvisninger som styrer forbruket.

Utvalgets medlem Hoffmann slutter seg til de prinsipielle hovedsynspunktene i særuttalelsen fra Brundtland og Leirpoll.

Kapittel 2 Sammendrag

2.6 ULIKE SYSTEMER FOR EGENBETALING - FORSLAG TIL OMLEGGINGER I NÅVÆRENDE ORDNINGER (KAP.8)

1. Etter flertallets syn er de viktigste målsettingene for et samlet egenbetalingssystem i helse- og sosialsektoren følgende:

- Systemet skal bidra til å finansiere helse- og sosialtjenesten.
- Uønskede helsemessige og sosiale virkninger skal unngås.
- Systemet skal bidra til styring av bruken av tjenestene mot laveste effektive omsorgsnivå (LEON).
- Systemet skal fremme likebehandling.
- Systemet skal ivareta hensynet til enkelhet og oversiktighet både for brukerne og administrasjonen.

Medlemmene Brundtland og Leirpoll viser til sin prinsipielle særuttalelse i kap.7.

2. Tjenester med klart forebyggende siktemål bør ikke koste for mye for den enkelte. Slike tiltak kan spare samfunnet for store summer. Ofte er helsetjenester gratis i slike tilfeller (folkehelseprøver, kontrollundersøkelser og sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel, helsestasjoner for mor og barn, behandling av kjønnsykdommer og tuberkulose m.v.). I andre tilfeller kan det være større grunn til å ha egenbetaling.

Når samfunnet overtar omsorgen for en person, f.eks. ved opphold på institusjon, vil vedkommende ofte få reduserte utgifter til eget hushold. I slike tilfeller vil det ikke være unaturlig at pasienten/klienten betaler en del for oppholdet.

Det vil lett oppstå konflikter mellom fordelingsmessige hensyn (sosiale og geografiske) og administrative og medisinske hensyn ved fastsettingen av egenbetalingen for ulike tjenester. Uten skjermingsregler er det vanskelig å oppnå at belastningen for storbrukere eller personer med lav inntekt ikke blir urimelig stor samtidig som uønskede vridningseffekter unngås og det ønskede nivået på egenbetalingen beholdes. Men skjeve geografiske utslag i et egenbetalingssystem kan dempes ved en lav egenandel på reiser.

3. Skjermingsregler innenfor en egenbetalingsordning kan utformes på flere måter. Det kan være unntaksbestemmelser for spesielle persongrupper eller sykdomsgrupper, betalingen kan gjøres avhengig av brukernes inntekt, eller det kan på ulike måter settes et tak for de samlede utgiftene til en eller flere tjenester. Utgifter til helse- og sosialtjenester kan også kompenseres gjennom spesielle trygdestønader.

Ved å knytte unntak fra betalingsplikten til kriterier som alder eller pensjonsstatus, kan man i noen grad oppnå å skjerme grupper som småbarnsfamilier, eldre og funksjonshemmede. Disse gruppene er i stor grad storbrukere av helse- og sosialtjenester samtidig som de har en relativt lav inntekt. Men det er et spørsmål om man treffer godt nok gjennom slike kriterier. Mange innen disse gruppene har et lite forbruk av helse- og sosialtjenester og/eller høy inntekt, og personer som ikke tilhører gruppene kan ha både stort forbruk og lav inntekt. Grupper som normalt ikke har mulighet til å skaffe seg nevneverdig inntekt kan det imidlertid være aktuelt å unnta fra betalingsplikten. En slik gruppe er barn og ungdom.

Også ved betalingsfritak på grunnlag av diagnose, som f.eks. ved fysikalsk behandling i dag, står man overfor et avgrensingsproblem: Det er vanskelig å foreta en rettferdig grensedragnings mellom de diagnosene som bør gi rett til gratis behandling og de som ikke bør gi slik rett.

I dag er det bl.a. betalingsfritak for ulike helsetjenester for personer med yrkesskade eller krigsskade, militærpersoner, sjømenn i utenriksfart og utenriktjenestemenn m.v. under opphold i utlandet, og ved tuberkulose, veneriske sykdommer og svangerskap og fødsel. Av disse synes det å være liten grunn til å opprettholde unntaket for sjømenn og utenriktjenestemenn m.v.

Hvis målet først og fremst er å skjerme personer eller hushold med lav inntekt, kan man gradere egenbetalingen etter inntekt eller unnta dem som har inntekt under et visst nivå. Egenbetalingen for sosiale tjenester fastsettes i dag i hovedsak etter inntekt. Det samme gjelder ved de fleste helseinstitusjoner som har egenbetaling. Slike betalingsordninger er administrativt tyngre enn ordninger uten inntektsgradering. Forøvrig er det et problem ved inntektsgradert egenbetaling å finne fram til et hensiktsmessig inntektsbegrep.

Hvis målet først og fremst er å skjerme personer eller hushold som har et stort forbruk av helse- og sosialtjenester, kan man innføre et utgiftstak. Det kan fastsettes utgiftstak for hver enkelt tjeneste eller felles for flere tjenester, slik som den ordningen som er innført for legehjelp, psykologhjelp, legemidler på blå resept og reiser. Et felles utgiftstak vil gi den beste skjermingen for dem som bruker flere av de tjenestene som inngår i ordningen, men samtidig vil det i et slikt system være vanskelig å bruke størrelsen på egenandelene som et virkemiddel til å prioritere mellom tjenestene. Videre kan et utgiftstak utformes som et "flatt" tak, med full dekning av utgifter over et visst beløp, eller som et "skråtak", med delvis dekning av utgifter over et visst beløp, og eventuelt full utgiftsdekning når utgiftene overstiger en høyere grense. Et skråtakssystem vil trolig ha mindre virkninger på etterspørselen etter tjenestene enn et system med flatt tak.

Sosiallovutvalget uttalte at det bør utvikles mest mulig felles skjermingsregler for helse- og sosialtjenester utenfor institusjon. Et felles utgiftstak for helse- og sosialtjenester er imidlertid vanskelig å tenke seg med de nåværende forskjeller i finansierings- og egenbetalingsordningene. Heller ikke et eget utgiftstak for sosialtjenester etter mønster av systemet for helsetjenester vil være helt enkelt å innføre.

Som et alternativ til et utgiftstakssystem kan man tenke seg et system der personer med et relativt høyt forbruk av de aktuelle tjenestene kjøper et "universalkort" på trygdekontoret. I stedet for å betale egenandel ved hvert legebekn, medisinkjøp m.v. gir framvisning av kortet rett til gratis ytelser f.eks. i ett år. Administrativt ville dette være en forenkling i forhold til ordningen med utgiftstak. For brukerne ville en forskjell være at man på forhånd måtte vurdere sannsynligheten for et så stort forbruk av tjenestene at det ville lønne seg å kjøpe kort. Mens det nåværende systemet skjermer alle likt på grunnlag av faktiske utgifter, ville man i et "universalkort"-system risikere at en del personer foretok feiltilpasning og fikk unødvendige utgifter.

For hjemmebasert omsorg kan et abonnementssystem, der brukerne betaler et fast beløp pr. måned uansett tjenesteomfanget, være en løsning. Ordningen innebærer en utjevning av utgiftene mellom dem med stort og dem med lite forbruk.

Eksempler på kompensasjonsordninger til dekning av utgifter til helse- og sosialtjenester er grunnstønad, hjelpestønad og bidrag etter folketrygdlovens § -13 . Grunnstønad og hjelpestønad tildeles funksjonshemmede og kronisk syke som har faste merutgifter i forbindelse med funksjonshemmingen eller sykdommen, bidrag kan tildeles i forbindelse med større engangsutgifter til visse formål. Tildelingen av stønad er basert på søknad i det enkelte tilfellet, noe som gjør ordningene mer arbeidskrevende enn de fleste andre skjermingsordninger. Fordelen er at ordningene treffer dem som har dokumentert et stort behov for helse- og sosialtjenester.

4. Spørsmålet om å innføre egenbetaling i sykehus, enten i form av en døgnpris eller en engangsavgift ved innlegging, har vært mye framme i debatten de siste årene. Eilertsen-utvalget mente slike egenandeler bør vurderes som en mulig komponent i finansieringen av sykehusene. I forbindelse med overføringen av de somatiske sykehjemmene til kommunene fra 1988 har også spørsmålet om egenbetaling for korttidsopphold i sykehjem (dagtilbud, rehabiliterings- og avlastningsopphold) vært reist.

Egenbetaling også for korttidsopphold i helse- og sosialinstitusjoner vil gi et tilskudd til utbygging av tjenestene. Prinsippet om at prisene for forskjellige tjenester bør avspeile de relative kostnadene og ønsket om å prioritere behandling og omsorg utenfor institusjon kan også tilsi egenbetaling ved institusjonsopphold. Videre kan egenbetaling begrunnes i den reduksjon av husholdsutgifter pasienten/klienten ofte vil ha under oppholdet, og man vil oppnå en større grad av likebehandling mellom korttids- og langtidsinnlagte. På den annen side er ressursøkningen ved en slik egenbetaling relativt begrenset, og inndrivningskostnadene vil redusere inntektene ytterligere. Etterspørselsvirkningene vil være små, bl.a. fordi det ikke er pasienten men legen som avgjør spørsmålet om behandlingsform, og husholdet til dem som innlegges kan ha merutgifter i forbindelse med oppholdet (besøksreiser, husmorvikar) som mer enn oppveier innsparingen.

Det er først og fremst i sykehus og somatiske sykehjem betaling for korttidsopphold vil kunne innebære et økonomisk tilskudd av en viss betydning. Men om den ikke skal begrenses til sykehus, bør det innføres generelle regler for egenbetaling i helse- og sosialinstitusjoner, bl.a. fordi det ikke bør innføres nye skiller i betalingsreglene ved somatiske sykehjem, aldershjem og alkoholistinstitusjoner.

En innleggingsavgift vil være en egenandel på linje med egenandelene for legehjelp og andre egenandeler utenfor institusjon. En døgnpris vil mer være begrunnet i den innsparing i utgifter til kost m.v. pasienten/klienten har under oppholdet. Denne bør gjøres gjeldende uten tidsavgrensning, unntatt i perioder der pasienten/klienten betaler for langtidsopphold etter vanlige regler. Den bør ikke være inntektsgradert, men så lav at den ikke vil innebære en urimelig belastning for noen. En innleggingsavgift ville kunne innkreves ved inntil ca. 700.000 innlegginger i løpet av et år, herav 635.000 innlegginger i somatiske sykehus. En døgnpris ville kunne innkreves for inntil ca. 9,7 mill. liggedager, herav ca. 5,3 mill. liggedager i somatiske sykehus.

Utvalgets flertall - Sandman, Larssen, Børsum, Eck Hansen, Grydeland og Naglestad - foreslår at det innføres en generell adgang til å kreve egenbetaling ved kortvarige institusjonsopphold og i "friperioden" før betaling for langtidsopphold inntreier, unntatt i barne- og ungdomshjem. Betalingsreglene i mødre hjem og rekonvalesenthjem/kurbad foreslås ikke endret. Medlemmet Børsum mener egenbetalingen bør ha form av innleggingsavgift i sykehus og døgnpris i de øvrige institusjonene, mens de andre mener det bør være døgnpris i alle institusjonstyper. Det bør fastsettes en felles maksimalsats for egenbetalingen (for døgnpris 40-75 kroner, for innleggingsavgift 250-300 kroner). Barn og ungdom opp til 18 år og innsatte (domfelte) bør fritas for egenbetalingen. Det samme gjelder personer som er tvangsinnlagt i psykiatriske institusjoner.

Utvalgets medlemmer Brundtland, Hoffmann og Leirpoll peker på at innføring av egenandeler ved korttidsopphold i institusjoner vil bety en

vesentlig utvidelse av dagens egenbetalingsordning og innebære en holdningsendring av prinsipiell karakter som disse medlemmene går imot.

Utvalget mener at pasienter i psykiatriske og somatiske institusjoner bør likebehandles. Muligheten for å kreve utgifter ved langtidsopphold i psykiatriske institusjoner dekket i pasientens dødsbo bør oppheves.

Utvalget vil anbefale at det gjennomføres en økning av minstebeløpet for "lommepenger" ved langtidsopphold i institusjon. I sykehjem m.v. er minstebeløpet ca. 28 kroner pr. dag fra 1988. Innenfor dagens økonomiske rammer kan en økning av minstebeløpet skje ved å senke den prosentandelen som betales av inntekter opp til folketrygdens grunnbeløp og heve prosentandelen av inntekter ut over dette.

5. Selv om ordningen med utgiftstak for visse helsetjenester utenfor institusjon har vist seg å gi en viss skjerming for utsatte grupper, viser undersøkelser at de samme gruppene har relativt store utgifter til helse- og sosialtjenester som ikke faller inn under ordningen. Det bør være aktuelt med en bedre skjerming av storbrukerne.

Utvalget ser to hovedalternativer for en framtidig skjermingsordning i primærhelsetjenesten - videreutvikling av ordningen med utgiftstak eller innføring av en ordning med "universalkort". Utvalgets medlemmer Sandman, Børsum og Hoffmann mener et "universalkort"-system bør prøves, mens utvalgets øvrige medlemmer legger vekt på at dagens system fungerer tilfredsstillende og mener at systemet med kvitteringskort og frikort bør beholdes. Som en mellomløsning antydes en ordning hvor taksystemet opprettholdes, men hvor den enkelte kan kjøpe "universalkort" (frikort) for en pris tilsvarende utgiftstaket.

Det er flere muligheter for en utvidet skjerming:

- Utgiftstaket/prisen på "universalkortet" kan senkes
- Flere tjenester kan innlemmes i ordningen
- Visse målgrupper kan fritas for eller få reduserte egenandeler
- Skjermingsordningen kan avgrenses til visse målgrupper og bedres for disse
- Det kan gjøres økt bruk av kompensasjonsordninger gjennom direkte stønad til storbrukere/kronisk syke.

Utvalgets flertall foreslår et omfattende fritak for egenandeler for barn og ungdom opp til 18 år (se seinere). Dette innebærer at særreglene for barnefamilier i ordningen med utgiftstak erstattes av fullt fritak for egenandeler til "taktjenestene" for barn og ungdom.

Utvalget mener at utgiftstaket, eventuelt prisen på "universalkortet", ikke bør senkes vesentlig i forhold til dagens nivå, og at skjermingsordningen ikke bør avgrenses til spesielle grupper som pensjonister m.v.

Når det gjelder spørsmålet om å la flere tjenester inngå i skjermingsordningen i tillegg til de nåværende taktjenestene, er det først og fremst fysioterapi som kan være aktuelt. De som får fysikalsk behandling kan få en betydelig belastning, og for lavinntektsgrupper og pensjonister kan dette føre til underforbruk av fysioterapi. Om fysioterapi kommer med i skjermingsordningen vil dette underforbruket kunne bli rettet opp. Samtidig er det imidlertid fare for større etterspørsel etter fysioterapi også i tilfeller der denne ikke vil ha påviselig medisinsk nytte - såkalt "velværebehandling" - på folketrygdens bekostning. En slik økt etterspørsel kan også føre til enda større geografisk skjevhet i fordelingen av tilbudet enn i dag.

Utvalgets flertall - Sandman, Larssen, Brundtland, Eck Hansen og Leirpoll - mener at fysioterapi som en del av den kommunale helsetjenesten bør likestilles med legehjelp og psykologhjelp, og foreslår at tjenesten tas med i den generelle skjermingsordningen. Disse medlemmene legger særlig vekt på de store utgiftene slik behandling kan innebære for pasientene og faren for underforbruk særlig blant de eldre. Kommunene bør kunne stille krav til fysioterapeuter som er fast ansatt eller har avtale om driftstilskudd med kommunen for å forhindre en økning i fysikalsk behandling uten medisinsk grunnlag.

For medlemmene Brundtland og Leirpoll har dette standpunktet som forutsetning at nåværende ordning med gratis fysikalsk behandling (diagnoselisten) opprettholdes. De øvrige medlemmer av flertallet

forutsetter at dagens unntaksregler faller bort om fysioterapi tas med i egenandelssystemet. Medlemmene Larssen og Eck Hansen mener også det er grunnlag for en viss økning av utgiftstaket i denne forbindelse.

Mindretallet - Børsum, Grydeland, Hoffmann og Naglestad - mener at innlemming av fysioterapi i egenandelssystemet vil føre til økte offentlige utgifter, og at dette ikke bør prioriteres i den nåværende situasjonen. En del av den fysikalske behandlingen som foregår også i dag er svakt medisinsk begrunnet, og dette vil bli tilfellet i enda større grad ved en slik reform. Skjermingen bør som i dag konsentreres til dem som har stort behov for fysikalsk behandling. Disse medlemmene foreslår at listen over diagnoser som gir gratis fysikalsk behandling suppleres med en bestemmelse om at det også i andre tilfeller kan ytes full godtgjørelse fra folketrygden, forutsatt at det foreligger en varig lidelse eller følgetilstand som har en sterkt invalidiserende virkning og medfører et betydelig behov for fysikalsk behandling.

Med dagens skjermingsordning, og særlig om skjermingen utvides, mener utvalgets flertall - alle unntatt Brundtland og Leirpoll - at det kan være grunnlag for en økning på inntil 30 pst. i egenandelene for legehjelp.

Utvalget foreslår at det fortsatt bare er reiser som det er betalt full egenandel for, og som trygdekontoret altså har refundert resten av utgiftene for, som skal komme med under utgiftstaket. Men personer som har oppnådd frikort, eller personer med "universalkort", bør få full refusjon av alle reiseutgifter uansett størrelsen på utgiftene. I dag må reiseutgiftene overstige egenandelen for at reisen skal være gratis for frikortbrukere.

6. Det er en målsetting i eldreomsorgen å legge forholdene til rette for at de eldre kan bo i sitt eget hjem så lenge de ønsker det, og så lenge det er mulig med en rimelig innsats av offentlige tjenester. For å få til et fullgodt tilbud til de hjemmeboende kreves det at de ulike kommunale omsorgstjenestene - hjemmehjelp, hjemmesykepleie, avlastningstiltak, rehabiliteringsopphold m.v. - på en fleksibel måte kan tildeles i forhold til variasjoner i klientenes behov og kapasiteten i tjenestene. Organiseringen av tjenestene må ikke gjøre systemet for stivbeint til å fange opp slike variasjoner. Sykehjemmene må i større grad gi tilbud om avlastning, behandling og trening for dem som med et slikt tilbud kan bo hjemme.

Ett problem i forhold til målet om en helhetlig og fleksibel omsorgstjeneste i kommunene er at det er ulike regler for egenbetaling for de ulike deltjenestene. Det kan kreves egenbetaling for hjemmehjelp og de andre tiltakene innen hjelpeordningene for hjemmene, men ikke for hjemmesykepleie og avlastnings- og rehabiliteringsopphold i alders- og sykehjem. Egenbetalingsreglene bør forenkles og standardiseres. De som mottar hjelp og pleie bør betale for det samlede tjenestetilbudet uavhengig av hvem som utfører tjenestene og hvilke tjenester som mottas. Dette vil også fjerne urimelig forskjellsbehandling av ulike grupper, f.eks. personer som bor i institusjon og personer som kan bo hjemme ved hjelp av omfattende hjemmesykepleie.

Utvalgets flertall - alle unntatt Brundtland og Leirpoll - foreslår at kommunene gis adgang til å kreve betaling fra klientene for alle tjenester innenfor den hjemmebaserte omsorgen. Sosialdepartementet bør, i samarbeid med Norske Kommuners Sentralforbund, gi veiledende retningslinjer om innføring av en abonnementsordning for hjemmebasert omsorg i kommunene. Dette innebærer at de som er med i systemet betaler et fast beløp pr. måned uavhengig av omfanget av de tjenester som mottas. En abonnementsordning kan utformes med en enhetssats pr. måned eller med satser gradert etter inntekt. Avlastnings- og rehabiliteringsopphold bør kunne inngå i ordningen. Alternativt kan de generelle betalingsreglene som utvalget foreslår for institusjonene komme til anvendelse.

Medlemmene Brundtland og Leirpoll går inn for en abonnementsordning for hjemmehjelp, men går imot at den utvides til å omfatte hjelpeordninger som det i dag ikke betales egenandeler for.

7. Dagens egenbetalingsordning for legemidler på blå resept, med et fast ekspedisjonsgebyr, medfører en del økonomiske og medisinske problemer. Medisinsk er det uheldig at ordningen oppmuntrer til større privat lagerhold

av medisiner enn det som er strengt nødvendig - medisinene blir billigst for pasienten om mest mulig kommer inn på en ekspedisjon på apoteket. Økonomisk medfører dette et uunngåelig direkte tap ved at mer må kastes. De viktigste økonomiske ulempene ligger likevel i at legemiddelprodusentene i stor grad fritas for innbyrdes priskonkurransen.

En ordning med prosentvis refusjon virker slik at pasienter med forskjellig behandling vil betale ulik egenandel. Det kan hevdes at dette er mer urettferdig enn en ordning med fast egenandel, men i egenandelssystemet ligger det allerede en skjerming som stiller alle pasienter likt med hensyn til den maksimale økonomiske belastningen i løpet av et kalenderår. Det er derfor mulig å legge større vekt på prisenes rolle når det gjelder økonomisk effektivitet, mens likebehandlingen av pasientene i større grad overlates til takordningen. Det bør imidlertid være en øvre grense for utlegget ved hver ekspedisjon, bl.a. fordi pasienten kan ha problemer med å legge ut et større beløp på en gang.

Utvalget foreslår at det innføres et innslag av prosentvis refusjon i ordningen for viktigere legemidler. Utvalget foreslår at egenandelen settes til 20 pst. av reseptbeløpet, og et flertall - alle unntatt Larssen, Eck Hansen og Naglestad - at egenandelen for alders- og uførepensjonister settes til 10 pst. Det settes et tak for egenandelen pr. resept på henholdsvis 200 og 100 kroner, slik at det for resepter på mer enn 1.000 kroner blir en fast egenandel. Likeledes bør det betales en fast egenandel, på henholdsvis 20 og 10 kroner, når utgiftene er lavere enn 100 kroner.

Medlemmene Larssen, Eck Hansen og Naglestad ønsker ikke særbehandling av pensjonistene og viser til den generelle drøftingen i avsnitt 8.8.

Folketrygden yter stønad til tekniske hjelpemidler når en person har varig og vesentlig nedsatt funksjonsevne og hjelpemidlet anses nødvendig og hensiktsmessig for å bedre den alminnelige funksjonsevnen. Det er ingen egenandel på tekniske hjelpemidler.

Utgiftene til tekniske hjelpemidler har økt sterkt de seinere årene, fra 43 mill. kroner i 1979 til 508 mill. kroner i 1987. Blant årsakene til utgiftsveksten er:

- Opphevelsen av 70-årsgrensen i 1980, kombinert med "eldrebølgen" og økt vekt på omsorg utenfor institusjon.
- Økt kjennskap til hvilke hjelpemidler som finnes, bl.a. gjennom virksomheten til Rådet for tekniske tiltak for funksjonshemmede og hjelpemiddelsentralene.
- Avdekking av behov i større grad gjennom det kommunale hjelpeapparatet.
- Den teknologiske utviklingen på hjelpemiddelsektoren.

På sikt må man regne med at etablering av hjelpemiddelsentraler og sentrale prisforhandlinger vil føre til en demping av utgiftsveksten. Det er imidlertid ingen tvil om at utgiftene fortsatt vil øke betraktelig i årene framover, bl.a. i samband med utviklingen av hjemmebasert omsorg. Utvalget har følgende generelle synspunkter på tiltak som kan dempe utgiftsveksten:

- a) En rekke hjelpemidler til personlig pleie og i husholdet er rimelige i innkjøp og erstatter ofte vanlige hjelpemidler som funksjonsfriske bruker (bade- og oppvaskbørster, spise- og matlagingsredskaper med spesielle håndtak m.v.). Slike enkle og billige hjelpemidler bør ikke dekkes av det offentlige.
- b) En del av de praktiske problemer som funksjonshemmede har i dagliglivet kan avhjelpest av hjelpemidler som også funksjonsfriske bruker (kjøkkenmaskiner, todelt komfyr, oppvaskmaskin m.v.). Det foretas en viss økonomisk behovsprøving i slike tilfeller. Stønadene bør begrenses til de ekstrautgifter som følger av behovet for en dyrere modell av hjelpemidlet.
- c) Utvalgets flertall - Sandman, Brundtland, Børsum, Hoffmann og Leirpoll - finner ikke å kunne anbefale en fast eller prosentvis egenandel pr. hjelpemiddel. Egenandelen måtte settes forholdsvis høyt for å ha noen økonomisk virkning, noe som vil aktualisere spørsmålet om skjermingsordninger. Dessuten vil en slik egenbetalingsordning være meget arbeidskrevende for hjelpemiddelsentralene, kommunene og trygdekontorene. Det anses heller ikke nødvendig med en panteordning for å få til en effektiv resirkulering.

Medlemmene Larssen, Eck Hansen, Grydeland og Naglestad mener det bør

vurderes innført en egenandel eller pant på tekniske hjelpemidler.

Fra 1986 er høreapparater gratis for alle grupper. Pensjonister og hjemmearbeidende falt tidligere utenfor den pliktmessige stønaden, men kunne få bidrag til delvis dekning av utgiftene ved anskaffelse av høreapparat. En vesentlig del av utgiftene måtte imidlertid betales av brukeren selv. Antall utleverte apparater økte med mer enn 50 pst. fra 1985 til 1986, og også i 1987 har det skjedd en sterk økning.

På grunn av manglende opplæring og oppfølging fra fagpersonalets side er det fare for at en del apparater blir liggende ubrukt etter anskaffelsen. Innføring av en egenandel, enten en prosentvis egenandel på 10-20 pst. av apparatprisen eller en fast egenandel pr. apparat eller person, vil muligens stimulere brukeren til å satse mer på å venne seg til å bruke apparatet. En annen form for egenbetaling vil være å innføre en panteordning. Dette vil være et virkemiddel for å oppnå større grad av gjenbruk av høreapparater. Man kan også tenke seg at en del av panten omgjøres til bruksavgift i de tilfeller apparatet ved innlevering ikke egner seg til gjenbruk, men dette vil være en administrativt komplisert ordning.

Utvalgets flertall - Larssen, Børsum, Eck Hansen, Grydeland og Naglestad - foreslår at det innføres en form for egenandel eller pant for høreapparater.

Folketrygden yter vanligvis ikke stønad til vanlige briller/kontaktlinser. I enkelte tilfeller kan man imidlertid få dekket utgiftene. Reglene har vært kritisert for å være for kompliserte og gi for mange grensetilfeller. Utvalget antar det er behov for en forenkling av reglene, og viser forøvrig til sine generelle merknader om egenbetaling for tekniske hjelpemidler.

8. Utvalget har vurdert om det kan være aktuelt å innføre et mer eller mindre generelt fritak for egenbetaling for lett avgrensbare befolkningsgrupper som erfaringsmessig har et stort forbruk av helse- og sosialtjenester og/eller lav inntekt. Eksempler på slike grupper kan være alders- og uførepensjonister, minstepensjonister, funksjonshemmede, barn.

I Levekårsundersøkelsen 1983 er inntektsforholdene for ulike husholdstyper undersøkt. Det framgår her at småbarnsfamilier og enslige forsørgere er de husholdstyper som har lavest disponibel inntekt pr. forbruksenhet, fulgt av alderspensjonister. Om man ser på gruppen reelle minstepensjonister spesielt, ligger disse imidlertid lavere enn småbarnsfamiliene.

Barnefamiliene, og spesielt småbarnsfamiliene, er altså en utsatt gruppe. Barn og ungdom har normalt ikke egne inntekter. Selv om barn i gjennomsnitt har relativt små utgifter til helse- og sosialtjenester, kan utgiftene for enkelte familier, og særlig familier med flere barn, bli merkbare.

Utvalgets flertall - alle unntatt Brundtland, Grydeland og Leirpoll - mener på denne bakgrunn at barn og ungdom i stor grad bør kunne fritas for egenbetaling. En slik omlegging vil også innebære en forenkling i forhold til dagens særregler for barnefamilier i egenandelssystemet med utgiftstak. Det er naturlig å sette aldersgrensen til 18 år, bl.a. fordi foreldrene har forsørgingsplikt inntil barna er 18 år. Subsidiært foreslås aldersgrensen satt til 7 år.

De tjenestene som bør omfattes av betalingsfritaket, er "taktjenestene" - legehjelp, legemidler på blå resept og reiseutgifter - samt fysioterapi. Psykoterapi og tannlegehjelp er fra før gratis opp til 18 år. En eventuell døgnpris på institusjoner og egenandel/pant på høreapparater bør heller ikke gjøres gjeldende for barn og ungdom.

Omlag 1/3 av hvert årskull får tannregulering, vanligvis i 12-15-årsalderen, og utgiftene i den forbindelse innebærer en betydelig belastning for mange familier. Utvalget mener at nivået er blitt uforsvarlig høyt og foreslår at egenbetalingen i gjennomsnitt reduseres til halvparten av dagens nivå. Man vil da komme ned til nivået slik det var i 1978 da maksimalbeløpene for trygdens refusjon sist ble regulert.

Barn til og med 15 år kan i visse tilfeller få bidrag etter § -13 i folketrygdloven til delvis dekning av utgifter til briller/kontaktlinser. Utvalget mener at trygdens stønad til briller for barn, etter gjeldende medisinske kriterier, bør gis som en pliktmessig ytelse, uten egenandel.

Utvalgets medlemmer Brundtland, Grydeland og Leirpoll går imot et omfattende fritak for egenandeler for barn og ungdom. Skjerming av funksjonshemmede og eldre, og særlig dem med lavere inntekter, har etter disse medlemmenes oppfatning høyere prioritet. Disse medlemmene vil likevel støtte forslaget om redusert egenbetaling for kjeveortopedi.

Når det gjelder andre grupper, som pensjonister eller funksjonshemmede, vil ikke utvalget foreslå et generelt betalingsfritak. Gruppene inneholder personer med svært ulike inntektsforhold, og i gjennomsnitt er inntektene bedre enn for barnefamiliene. Det er også avgrensingsproblemer ved bruk av begreper som "minstepensjonist" eller "funksjonshemmet". Bl.a. har ca. 60 pst. av minstepensjonistene i folketrygden inntekter ut over pensjonen.

Utvalgets medlemmer Sandman og Larssen mener at de samlede konsekvenser av utvalgets forslag ikke vil gi en tilfredsstillende skjerming for trygdemottakere med lavest inntekt (reelle minstepensjonister) og kronisk syke. Dette særlig sett på bakgrunn av at det i denne gruppen vil være mange som må betale for korttidsopphold på institusjoner. Å identifisere gruppen reelle minstepensjonister vil imidlertid kreve et omfattende apparat dersom dette skal administreres på statlig nivå. Men kommunene administrerer allerede i dag flere ordninger med tilsvarende kriterier (botilskott, inntektsgradert betaling for hjemmehjelp m.v.). Disse medlemmene vil derfor foreslå at kommunene tillegges å administrere tiltak som vil gi bedre skjerming for trygdemottakere med lavest inntekt og kronisk syke. Dette kan skje ved at betaling for korttidsopphold på institusjoner (syke- og aldershjem) integreres i en abonnementsordning for hjemmebasert omsorg og/eller ved at kommunene helt eller delvis betaler for universalkort (frikort) i primærhelsetjenesten.

9. Det er unntaksregler innenfor dagens egenbetalingsordninger i primærhelsetjenesten m.v. for personer med yrkesskade eller krigsskade og for militærpersoner, for sjøfolk i utenriksfart og utenriktjenestemenn m.v. under opphold i utlandet, for personer med veneriske sykdommer eller tuberkulose, og ved graviditet og fødsel. Personer med visse diagnoser og personer som har gjennomgått større operasjoner er fritatt for egenandeler ved fysikalsk behandling, og personer som har gjennomgått ortopediske operasjoner får gratis opphold på rekonvalesenthjem og kurbad. Psykisk utviklingshemmede og eldre og langtidssyke i institusjon eller hjemmesykepleie er fritatt for utgifter til tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Alders- og uførepensjonister betaler en lavere egenandel enn andre for legemidler på blå resept. Unntak og særregler for barn og ungdom er ikke med i oppregningen.

Utvalget foreslår at unntaksreglene for sjøfolk og utenriktjenestemenn m.v. under opphold i utlandet oppheves. Disse bør betale tilsvarende egenandeler som gjelder i Norge.

Dersom fysioterapi ikke tas med under egenandelstaket/"universalkort", foreslår utvalget at diagnoselisten som gir gratis fysioterapi utvides med en "sekkebestemmelse" (se tidligere).

Internasjonale avtaler forstås slik at Norge er forpliktet til å unnta yrkesskade og gravide m.v. fra betalingsplikt ved institusjonsopphold. På denne bakgrunn mener utvalget det bør være de samme unntaksregler ved institusjonsopphold som ved legehjelp. Også innsatte (domfelte) og personer som er tvangsinnlagt i psykiatrisk institusjon bør unntas. Videre forutsettes institusjonseierne å etablere ordninger som kan fange opp enkelttilfeller der utslagene av betalingsreglene kan virke urimelige.