



Helse og omsorgsdepartementet

Oslo, 27. november 2019

## Høring om endringer i forskrift om betaling fra pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

Pensjonistforbundet og SAKO-organisasjonene viser til «høring om endringer i forskrift om betaling fra pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten». Under følger våre kommentarer til de foreslåtte endringene.

Regjeringen kommer med tre ulike forslag til forskriftsendringer som vil øke pasientenes kostnader i tilknytning til somatiske spesialisthelsetjenester:

- Flere konsultasjoner skal være omfattet av egenandelsbetalingen,
- Gebyret for manglende fremmøte øker med 50 prosent fra 702 kr. til 1053 kr.
- Pasientene skal betale for telefonkonsultasjoner.

Samlet er det anslått at kostnadene for pasientene vil øke med 56,7 millioner kroner som følge av de foreslåtte forskriftsendringene. Innføring av egenandel for flere konsultasjoner vil øke pasientbetalingen med 1,1 millioner kroner, betaling for telefonkonsultasjoner vil øke pasientbetalingen med 1,6 millioner kroner og forslaget om økt gebyr for pasienter som ikke møter til avtalt poliklinisk time, vil medføre 54 millioner kroner mer i gebyrutgifter.

Finansieringen av helsetjenester er fordelt mellom skattefinansiering og brukerbetaling, og Pensjonistforbundet vil understreke at det er flere årsaker til at brukerbetalingen bør være så lav som mulig. Å sikre lik tilgang til helsetjenester for befolkningen uavhengig av den enkeltes økonomi, forutsetter at brukerbetalingen ikke virker som et hinder for å oppsøke helsetjenester. Det er store og økende helseforskjeller i Norge, og forskjellene er større enn i mange andre europeiske land. De som har lavere utdanning og inntekt, er overrepresentert når det gjelder sykdommer, skader og helseplager,

**Postadresse:**

Pb. 6714 St. Olavs pl.  
0130 Oslo

**Besøksadresse:**

Hammersborggt. 12  
Inngang Torggata

pf@pensjonistforbundet.no  
www.pensjonistforbundet.no

Telefon: 22 34 87 70  
Faks: 22 34 87 83

Bankgiro: 9001.05.50202  
Org.nr.: 970 323 910



Å øke pasientbetalingen står m.a.o i et direkte motsetningsforhold til å ivareta fordelingshensyn og til å redusere sosiale forskjeller i helse. Økte kostnader for helsetjenester vil ramme skjevt både fordi lavinntektsgrupper i større grad benytter helsetjenester, og fordi en flat egenandel/gebyr utgjør en forholdsvis større kostnad for dem med lave inntekter og svak økonomi.

Egenandelstak 1 og - 2 forsikrer den enkelte mot utgifter som overstiger taket, men ikke mot manglende mulighet til å betale regningen her og nå. Vi får hevdelser fra økonomisk vanskeligstilte medlemmer som «mener de ikke har råd til å være syk». Ofte er en sykdomsperiode forbundet med økte kostnader, også kostnader som ikke inngår i egenandelstaket som medisiner på hvit resept, parkeringsutgifter, materiell i forbindelse med undersøkelse, spesielle matvarer etc. Gebyret vil etter gjeldene regler ikke telle med i opptjeningen til frikort for helsetjenester.

Vi ber regjeringen om ikke å øke kostnadene for pasientene, og mener at minstepensjonister bør være unnlatt fra å betale egenandeler for helsetjenester.

Under følger nærmere kommentarer om de ulike forslagene.

## **Avsnitt 2.1.1 i høringsnotatet, Utførende personell**

Regjeringen foreslår å utvide gruppen av helsepersonell som kan kreve egenandel for utøvelse av somatiske helsetjenester til å gjelde stråleterapeuter, sosionomer, vernepleiere, pedagoger, barnevernspedagoger, logopeder og genetikere.

Vi er motstander av å innføre egenandeler for flere konsultasjoner, og viser til vår argumentasjon i avsnittet over.

## **Kapittel 3.2 Telefonkonsultasjoner innenfor somatikk**

Regjeringen foreslår å innføre egenandel ved telefonkonsultasjoner. Pensjonistforbundet er enig i at telefonkonsultasjoner kan være effektiv i mange tilfeller, og for eldre kan det være en god løsning å få hjelp over telefonen fremfor å møte opp fysisk. Pensjonistforbundet er skeptisk til innføring av egenandel på telefonkonsultasjon, og mener telefonkonsultasjon bør fortsette å være gratis i likhet med nettbasert konsultasjon. Mange eldre har svak digital kompetanse, og vil ha problemer med å bruke nettbasert konsultasjon.

Vi vil bemerke at regelverket for e-konsultasjoner og telefonkonsultasjoner må være tydelig på hva en slik konsultasjon er. Hva skal regnes som «en time»? Hva er grensen mellom en oppfølgingssamtale og en e-konsultasjon/telefonkonsultasjon? Det er også viktig at innføringen av e-konsultasjon og telefonkonsultasjoner blir evaluert.



### **Kapittel 3.3 Endret nivå på gebyret når pasienten ikke møter**

Pasienter som ikke møter til avtalt poliklinisk konsultasjon ved sykehusene, og som ikke avbestiller timen senest 24 timer i forkant kan avkreves et gebyr. Dette gebyret har siden 2015 vært på det dobbelte av ordinær egenandel, som per i dag utgjør 702 kroner. Dersom timen gjelder poliklinisk helsehjelp innenfor psykiatri eller rusbehandling er gebyret siden 2016 satt til ordinær egenandel, som per i dag utgjør 351 kroner.

Regjeringen foreslår å øke gebyret til 3 ganger ordinær egenandel, noe som tilsvarer 1053 kroner per i dag. For helsehjelp som gjelder rus og psykiatri foreslås dagens gebyr, som tilsvarer egenandelen, videreført.

Pensjonistforbundet støtter naturligvis arbeidet med å redusere antall ubenyttede timer for å korte ned helsekøene. Vi savner imidlertid en vurdering i høringsnotatet av i hvilken grad økt gebyr faktisk er et egnet tiltak for å nå dette målet, herunder statistisk oversikt over hvilke grupper og hvilke årsaker som gjør at man uteblir fra timen. Gebyret for å ikke møte opp til timen, ble i 2015 doblet fra å utgjøre 1 x egenandelen til å utgjøre 2 x egenandelen. En studie av to poliklinikker ved Oslo Universitetssykehus som undersøker effekten av gebyrdoblingen, finner at endringen i oppmøteprosenten er minimal (Guldbrandsen og Tollefsen, 2015). Mulige årsaker til dette kan være at det er forhold man ikke rår over som styrer om man møter eller ikke, som den enkeltes helsetilstand og andre uforutsette hendelser.

Kan gebyret faktisk virke mot sin hensikt? Gebyret vil påvirke den økonomiske konsekvensen for sykehuset ved at pasienten uteblir fra timen. Hvilke insentiver gir dette for sykehusets innsats for å øke oppmøteprosenten?

For minstepensjonister og pensjonister med lav inntekt vil gebyret ramme uforholdsmessig hardt. Det kan være flere grunner til at eldre pasienter ikke møter til avtalt time på sykehuset som kan forklares og forsvares, og som det kan være vanskelig å dokumentere i etterkant i en eventuell klagesak. Det kan være eldre med lettere kognitiv svikt, dårlig hukommelse og personer med demens.

Dagsformen for mange eldre er ofte uforutsigbar og kanskje håper man i det lengste at man skal kunne være «friske» nok til å delta på konsultasjonen. Gebyret vil spesielt ramme pasienter som bor i distriktene, og har fått en time på det «såkalte» nærsykehuset flere timer unna.

Det er vanlig praksis å få varsel på sms eller digitalt som en påminnelse om timen, og vi vet at mange eldre har liten kjennskap til bruk av data, SMS og digitale løsninger og



vil dermed også være ekskludert fra digitale løsninger som skal gjøre det enklere å møte til timen, hvor du selv kan rebooke timen digitalt.

Kan pasienten risikere å få flere «straffegebyrer» dersom pasienten har flere ulike konsultasjoner på et sykehus på samme dag og ikke møter til avtalt timer eller har meldt avbud innen 24 timer før første konsultasjon?

Pensjonistforbundet tar gjerne en dialog med helsedepartementet om hvordan man kan øke oppmøteprosenten blant eldre på andre måter enn ved å innføre høye gebyrer. Primært ber Pensjonistforbundet om at den foreslåtte gebyrøkningen ikke gjennomføres. Dette på bakgrunn av argumentasjonen i dette avsnittet og innledningsvis i høringssvaret vårt. Sekundært ber vi om at unntaket som foreslås innført for rus- og psykiatripasienter utvides til også å gjelde personer med demens og minstepensjonister.

Med vennlig hilsen  
**Pensjonistforbundet**

Harald Olimb Norman  
generalsekretær

Anne Hanshus  
rådgiver helse

Kilde: Line Sofie Guldbrandsen og Jeanette Wulff Tollefsen 2015, Masteroppgave NMBU, «Håndtering av manglende pasientoppmøte En studie av to poliklinikker ved Oslo universitetssykehus»