

Det kongelige Helse og Omsorgsdepartementet
Spesialisthelsetjenesten, Einar Gerhardsens plass 3
Postboks 8011, Dep
0030 OSLO

Att.:

Vår referanse
16/5786-4/AST
Oppgis ved henvendelse

Deres referanse

Arkiv
008

Dato
29.09.2016

Innspill fra St. Olavs Hospital til Høring - Forskrift om betaling frå pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesta Høringsfrist 1 oktober 2016

Det vises til ovennevnte høring.

Det virker fornuftig å satse på et en oppdeling av dagens forskrift slik at det blir en ny og egen forskrift gjeldende for pasienter. På den andre siden kan regler for refusjon og oppgjør mellom stat og spesialisthelsetjenesten videreføres i poliklinikkforskriften.

En regner med at forskriften blir utarbeidet i to målformer, både bokmål og nynorsk.

Vi har følgende kommentarer og innspill til Framlegg til forskrift:

Ad §5 Når pasient likevel ikke skal betale godkjend eigendel, punkt b

Man trodde at ungdom som avtjener førstegangstjenesten i det militære har krav på fri behandling. Hvis det er slik, må dette gå klart frem av teksten.

Ad §7 Gebyr når pasienten ikke møter

Riktige beløp blir nå hhv. 690 og 345 kroner.

Det vises til eget skriv fra Helse Midt-Norge RHF der det argumenteres for at gebyr for ikke møtt skal være likt for alle pasientgrupper, 690 kroner. Dette synet støttes her - ut fra det at mange pasienter fra PH også får behandling innen somatikken. Å skille gebyr ut fra ulike fagområder vil bli svært vanskelig.

Ad §8 Pasientbetaling for materiell, utstyr og utskrift

Takstene 204a/204b Materiell og utstyr

«Pasienten kan verta kravd for 75 kroner som betaling for bandasjemateriell og bedøvingsmiddel, men berre i lag med eigendel etter § 4.»

Forslag 1: «bandasjemateriell og bedøvingsmidler» endres til «bandasjemateriell og utstyr». Utstyr dekker noe videre enn bedøvingsmidler.

Forslag 2: Det forslås at men-setningen sløyfes. Den kan forvirre. Pasienten vil kanskje tro at han/hun ikke kan avkreves takst 204b hvis egenandelen

refunderes av HELFO. Vi skjønner heller ikke hva som er hensikten med tilføyelsen.

Takstene 204a/204b (bandasjetakster) på hhv. 25 og 75 kroner ble opprettet for første gang 1. april 1998 og er senere ikke regulert. Hvorfor prisjusteres ikke disse takstene i tråd med konsumprisindeksen slik som egenandelen reguleres? Vi foreslår at dette gjøres, at beregningen starter fra 1999 og gjøres frem til i dag. Da vil man få reelle priser på bandasjemateriell, og begge takstene kan beholdes. Hvis man ikke velger å gjøre en slik beregning, dvs. at takstene ikke prisjusteres, er det helt rett at takst 204a avskaffes. Samtidig foreslås at takst 204b settes opp til minimum 100 kroner.

Betaling for kopi eller utskrift av pasientjournal – takst 203

Det er fornuftig at beløp for utskrift/kopi av journal settes til samme beløp (her 85 kroner) både i spesialisthelsetjenesten og hos fastlegen. Man har fått mange henvendelser fra poliklinikkene ved sykehuset om at vi tar for lavt beløp for utskrift av journal. De hører at pasientene betaler 85 kroner for samme tjeneste hos fastlegen.

Eksakt beløp for utskrift av journal må stå i forskriften under betaling for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Man kan ikke her henviser til forskrift om pasientjournal. Pasienten må slippe å søke i andre dokumenter for å få opplysning om beløp.

Vår fagdirektør Runa Heimstad mener at takst 203 (Utskrift/kopi av pasientjournal) må justeres mye opp. Taksten ble opprettet 1. april 1998 og var da på 50 kroner. Allerede ni måneder etterpå, 1. januar 1999 ble den justert opp til 70 kroner. Men etter det har taksten stått stille. Den er ikke regulert på 17 år. Det hadde vært rimelig at taksten hadde blitt prisjustert hvert år i tråd med økning i konsumprisindeksen, på lik linje med andre takster. Man lurer på hva grunnen er til at så ikke har skjedd. En utskrift av journal generer mye arbeid for både lege og sekretær. Lege må avgjøre hva som skal skrives ut før sekretær gjør den konkrete jobben. 70 kroner dekker knapt porto til forsendelse. I fremlegget til ny forskrift foreslås en økning fra 70 til 85 kroner i spesialisthelsetjenesten. Økningen er alt for liten i og med at taksten ikke er blitt regulert på 16 år. Departementet skriver i sin utredning at en merutgift for pasient vil utgjøre en merinntekt til helseaktørene. Her må det heller være snakk om å dekke et tap som helseforetakene har hatt i alle år. Lønninger øker hvert år, og utskriften og kvalitetssikringen har ikke blitt noe enklere.

Beløp på takst 203 bør endres i tråd med endring i konsumprisindeksen. Det bør også tilføyes i forskriften at ved forsendelse kan sykehusene ta et tillegg på 50 kroner i porto. Utskrift/kopi av journal er ingen stor aktivitet så HOD kan se bort fra en voldsom fortjeneste for helseforetakene om gebyret reguleres betydelig opp. Hittil i år er takst 203 registrert 2130 ganger ved St. Olavs Hospital. Det gir en inntekt på 149 100 kroner. Hvor mange timeverk som er brukt til dette arbeidet, både av lege og sekretær, vites selvfølgelig ikke. Om pasientbetalingen økte til 200 kroner, ville inntekten i samme periode vært på 426 000 kroner, heller ikke noe svimlende beløp for arbeid med 2 300 journaler.

Ad §9 Pasientbetaling for særskilt helsehjelp

Annen pasientbetaling dreier seg om betaling for sterilisering, assistert befruktning samt betaling for tannimplantater.

Takstene B10b og B23d ble opprettet 1. januar 2002, B23i 1. januar 2007. Takstene er aldri blitt regulert.

Takstene B50, B51 og B52 ble opprettet 1. januar 2006. Takstene er ikke regulert siden 2006.

Takstene E07 og E08 var fra 1. januar 2005 på 6 500 kroner fra pasient. Den gang fikk sykehusene også en trygdeandel (4 800 kroner) i tillegg; trygdeandelen ble oppjustert hvert år i tre år. Fra 2010 forsvant trygdeandelen. Pasientbetalingen har i alle år vært på 6 500 kroner.

Aktuelle takster er aldri blitt prisjustert. Man hadde også her forventet en prisjustering i tråd med økning i konsumprisindeksen.

Ad Egenandelstak 1 og 2

Beløp for egenandelstak 1/2 må stå i denne forskriften. Det skal ikke være nødvendig for pasient å søke andre steder for å finne eksakte beløp på dette.

Ad spørsmål om betaling av egenandel hvis pasient blir innlagt i sykehus etter en poliklinisk konsultasjon

Regelen er den at så lenge en pasient blir innlagt ved et sykehus etter en poliklinisk konsultasjon samme dag, er det ikke anledning til å kreve egenandel av pasienten. Dette gjelder uavhengig av om det er sammenheng mellom den polikliniske konsultasjonen og årsaken til innleggelsen.

Man har her store innvendinger, for dette er en bestemmelse som er vanskelig å håndtere på rett måte ved sykehusene. For å forenkle dette, og gjøre det slik at alle pasienter blir behandlet likt, bør regelen være at pasient alltid skal betale egenandel for poliklinisk konsultasjon, også om han/hun blir innlagt etter undersøkelsen/behandlingen. Konsultasjonen er gjennomført, og ressurser er brukt. Noen pasienter blir avkrevd egenandel fordi avgjørelse om innleggelsen ikke er helt klar. Da tenker man på innleggelse rett fra poliklinikk. Andre slipper å betale egenandelen fordi avgjørelse om innleggelse er tatt, men når pasient kommer til sengepost, kan avgjørelsen gjøres om; det blir ingen innleggelse. I disse tilfellene er ikke egenandel utstedt.

At pasient ikke skal betale egenandel selv om innleggelsen ikke har noen sammenheng med den polikliniske konsultasjonen, virker ulogisk. Dersom pasient eksempelvis har vært til poliklinisk konsultasjon ved Øyeavdelingen klokken 9 om morgenen, og blir innlagt via Akuttmottaket like før midnatt samme kveld for hjerteinfarkt, skulle altså egenandelen som er betalt med kort ved Øyeavdelingen, tilbakebetales til pasient. Der finnes ingen metode for å finne igjen slike pasienter i systemet. Uansett kan man ikke slette besøket ved Øye og si at denne behandlingen må sees i sammenheng med innleggelsen ved Hjertemedisin. Da ville ikke statistikk over aktivitet ved sykehuset bli rett. Pasienten har tilbrakt mange timer hjemme etter den polikliniske konsultasjonen om formiddagen og frem til akuttinnleggelsen om kvelden.

Vi er kjent med at Helsedirektoratet fra 2016 aggregerer polikliniske besøk med sengepostopphold samme dag ved ISF-beregning. Dette gir et helt feil bilde av pasientenes tilstedeværelse i sykehus. Vi mener at en slik aggregering må opphøre. Til nød kan man aggregerer poliklinikk og sengepost hvis pasient blir direkte innlagt fra poliklinikk. Og det må i tilfelle være at pasient her skal slippe å betale egenandel. I alle år har vi forsøkt å praktisere denne regelen. Problemer med det er beskrevet over. Derfor ville det vært mye enklere og renhårig å ha en regel om at egenandel alltid skal avkreves pasient dersom en poliklinisk konsultasjon er gjennomført.

Med vennlig hilsen

Morten Morken
Økonomisjef

Anne Stenseth
Controller