

Helse Vest RHF

**Deres ref:**  
2018/766 - 5161/2018

**Vår ref:**  
2018/7996 -  
113582/2018

**Saksbehandler:**  
Anne Jorunn Ørke 51518054

**Dato:**  
06.12.2018

## **Høringsuttalelse - Forslag om endringer i forskrift om betaling fra pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten**

Det vises til Helse Vest sitt brev av 22. oktober d.å. hvor det bes om at høringsuttalelser vedrørende ovennevnte høring sendes til Helse Vest for samordning før oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet.

Høringsdokumentene har blitt sendt til Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling for uttalelse. Ledelsen i Helse Stavanger HF har ingen ytterligere kommentarer i saken. Vedlagt følger uttalelsen fra avdelingen:

Vi synes det er bra at HOD tar tak i denne problemstillingen og forsøker å harmonisere praksis. Vi har merknader til §5f.

Forslaget fra HOD er at § 5 f) skal lyde:

«Ved psykisk helsevern til pasientar under 18 år, og ved psykisk helsehjelp som vert ytt på BUP til pasientar under 23 år og PUT til pasientar under 30 år».

Vi foreslår at § 5f) skal lyde:

«Ved psykisk helsevern til pasienter under 18 år, og ved psykisk helsevern som vert ytt på BUP til pasienter som ikke er i lønnet arbeid, eller som ikke er innvilget varige trygdeytelser, og til alle pasientgrupper med rus- og avhengighetsproblematikk som ikke er i lønnet arbeid eller er innvilget varige trygdeytelser».

Skulle HOD likevel ende med å iverksette ny forskrift som beskrevet i høringsbrevet, kan vi ikke se argumenter for hvorfor den ene gruppen skal belastes med egenandel ved 23 år, mens den andre gruppen belastes først ved 30 år. Subsidiært foreslår vi at egenandel innføres ved 30 år for begge grupper.

Lønnet arbeid eller innvilget varige trygdeytelser må ha forrang foran alder for hvilke grupper som skal kunne avkreves egenandel. Det vil være urimelig å avkreve egenandel for denne gruppen, både innenfor psykisk helsevern og innenfor rus- og avhengighetsbehandling. Departementet har de senere årene hatt økt fokus på at psykisk helse, rus og somatisk helse må ses i sammenheng. Fravær av egenandel etter ovenstående logikk bør gjelde innenfor alle deler av spesialisthelsetjenesten.

Departementet bruker begrepet psykiatriske ungdomsteam (PUT). Det er svært få psykiatriske ungdomsteam igjen i Norge. PUT er i hovedsak erstattet med poliklinikker og ambulante oppfølging- og behandlingsenheter innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Herunder poliklinikker for legemiddelasistert rehabilitering (LAR). LAR nevnes ikke spesifikt i høringsbrevet, men dersom det er tenkt en innføring av egenandel også for denne gruppen, bør dette også vurderes etter samme logikk som beskrevet over.

Alle pasientgruppene nevnt over er sårbare grupper og det er viktig at spesialisthelsetjenesten og TSB gjør terskelen for å oppsøke behandling så lav som mulig. Fravær av egenandel vil i så måte kunne være et bidrag til dette.

Det argumenteres nå for at kommunene ved årets begynnelse innfrir egenandelene for rus- og avhengighetsgruppen. Begrunnelsen for dette er økt fokus på rus- og avhengighet sett i sammenheng med somatisk helse. Det samme kan argumenters overfor de dårligste fungerende pasientene innenfor psykisk helsevern (Norheim, O. et al, 2014).

Infeksjonsmedisinske poliklinikker og andre deler av spesialisthelsetjenesten har en stor utfordring ved at rusmiddelavhengige pasienter med alvorlig somatisk sykdom ikke møter til avtaler. Dette gir økte helseproblemer hos den enkelte pasient, men det koster også samfunnet mye penger. Både får vi ubrukt kapasitet i tjenesten, men ubehandlet sykdom kan også gi økt smittepress av sykdommer som HIV og hepatitt C. Her kunne fritak fra egenandel tas enda et skritt lengre. Internasjonal forskning peker mot at man kan oppnå mye med å betale pasienter for å følge opp nødvendig behandling. Dette har ført til mer vellykket behandling (Killen, T. K. et al, 2012) og har vist seg å være kostnadseffektivt (Rafia, R. et al, 2016). Første skritt er altså fritak fra egenandel, neste kan bli betaling for å gå til legen.

Egenandelen er for mange rusmiddelavhengige pasienter en barriere som i betydelig grad svekker tilgangen til nødvendig helsehjelp. Vi mener egenandelen er et urimelig hinder for at mennesker med rusmiddelavhengighet skal få nødvendig helsehjelp. De samme argumenter kan anføres for de dårligste pasientene innenfor psykisk helsevern.

#### Litteratur:

Killeen TK, McRae-Clark AL, Waldrop AE, Upadhyaya H, Brady KT. Contingency management in community programs treating adolescent substance abuse: a feasibility study. Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc. 2012;25(1):33-41.

Rafia R, Dodd PJ, Brennan A, Meier PS, Hope VD, Ncube F, et al. An economic evaluation of contingency management for completion of hepatitis B vaccination in those on treatment for opiate dependence. Addiction. 2016;111(9):1616-27. 10.

Norheim O, Allgott B, Aschim B, Førde R, Gjøl G, Gundersen T, et al. NOU 2014 - 12:  
Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. Oslo: Helse- og  
omsorgsdepartementet, 2014.

Helse Stavanger HF beklager at uttalelsen sendes inn etter høringsfristen.

Vennlig hilsen  
Direktørens kontor



Anne Jorunn Ørke  
foretaksadvokat

