

Oversender utkast til høringsvar i tråd med vedtak i Eldrerådets møte 07.05.20

Helse- og omsorgsdepartementet

Drammen, 07.05.20.

Høringsvar fra Eldrerådet i Drammen

Helse- og Omsorgsdepartementets høringsnotat – sammenslåing av frikort egenandelstak 1 og 2.

Eldrerådene skal ha en reell medvirkning på vegne av de eldre og sikre at tjenester utformes slik at de ivaretar de eldre's interesser i den enkelte kommune. I tråd med forskriften skal sikre rådene åpen, tilgjengelig medvirkning vi ønsker derfor å avgi et høringsvar i denne viktige saken.

I høringsnotatets innledning fra Helse og Omsorgsdepartementets, legges det vekt på at forslaget om å slå sammen de to ordningene, frikort egenandelstak 1 og frikort egenandelstak 2, har som intensjon å gjøre ordningen enklere å forstå for brukerne, samt bidra til en forenkling av administrative oppgaver i Helfo.

En sammenslåing av disse to skjermingsordningene til en, vil ikke vil føre til mindre press på Helfo enn dagens ordning. Gevinsten for Helfo vil mer ligge i en gevinst ved investeringer i nye og bedre regnskap- og datasystemer, samt administrative rutiner.

Det opplyses i høringsnotatet at det i 2019 var nær 1,3 millioner frikort egenandelskort1, og i underkant av 280000 som mottok frikort egenandelskort2.

Som omtalt i Høringsnotatet er det en betydelig større andel personer som har mottatt frikort for egenandelstak1 enn 2.

Ser man på hvilke grupper som er overrepresentert i bruken av helsetjenester vil det variere systematisk etter forskjellige sosiale kjennetegn (SSB 2009)

Det er mange av personene som mottar frikort egenandelskort 1 og 2 er personer med middels eller liten inntekt. Forskning viser og at det omfatter mange uføre- og minstepensjonister, som har dårligere betalingsevne enn lønnsmottagere flest. Disse pasientene vil få økte kostnader knyttet til en økning i både egenandeler og frikort. I en felles frikortordning vil egenandelstaket settes opp fra 2460 kroner til et beløp som er estimert til 3000 kroner.

Det er grunn til å tro at dette beløpet vil bli enda høyere i 2021. I høringsnotatet er det også foretatt en beregning av konsekvensen for ulike grupper pasienter, knyttet til bruk av de to frikortordningene. Dersom Stortinget vedtar en økning i egenandelstaket til 3700 kroner, vil flere brukere få økte kostnader i forhold til de som får en reduksjon. enn de som dersom satsen blir som nevnt ovenfor.

Det er tatt forbehold fra departementets side om at grensen for å motta frikort egenandelstak1 kan bli enda høyere enn 3000. Departementet vil vurdere dette anslaget på nytt i lys av nye regnskapsrutiner for 2020.

I sum kan dette resultere i at mange eldre og personer med dårlig helsetilstand, ikke oppsøker lege, fysioterapeut, og andre helsetjenester ikke får tilgang til nødvendige helsetjenester. Å dekke de mer grunnleggende behov, vil komme i første rekke.

Det vil igjen føre til dårligere helse og livskvalitet for mange og som på sikt vil føre til økt belastning på helse og omsorgstjenesten i kommunene.

Økonomisk vil den nye ordningen, dersom den blir iverksatt, bety at personer med et stort behov for legekonsultasjoner får økte utgifter. Som oppgitt ovenfor omfatter dette en betydelig andel av befolkningen. Det innebærer at i overkant av 1 million brukere vil få merkostnader knyttet til en ny ordning.

Dette vil gi store økte besparelser til staten, selv om noen pasienter får mindre eller uendrede utgifter.

Ordningen med refusjoner innebærer at beløp under kr.200 ikke refunderes isolert sett.

Eldrerådet er av den oppfatning at en slik praksis må endres. Dette er også en praksis som staten også benytter seg av i andre sammenhenger. Samlet antas

dette å være betydelige beløp som heller bør komme den enkelte pasient til gode.

Hva som eventuelt blir egenandelstaket etter mulig sammenslåing av egenandelstak 1 og 2 er et budsjettspørsmål. Stortinget vil komme tilbake til dette i statsbudsjettet for 2021.

På den ene side er Statens utgifter til helsetjenester høye og egenandelsordningen bidrar til at Statens får kompensert for en del av utgiftene til helsetjenester. På den annen side har man hensynet til enkeltpersoner og personer som trenger helsetjenester ikke skal belastes mer enn de har økonomisk bæreevne til å klare. Derfor er det viktig å balansere mellom hensynet til pasientene, og utgifter innenfor dette programområdet.

I dette tilfellet vil i større grad regningen veltes over på pasientene med de Derfor fraråder Eldrerådet en sammenslåing av frikort egenandelstak1 og 2.

Som tidligere påpekt er det viktig at endringer ikke fører til konsekvensene dette medfører. Inngripende konsekvenser for de mest sårbare gruppene. Minstepensjonister og uføre med store utgifter til helsetjenester bør få fritak fra å betale egenandeler, eventuelt kan man innføre ordninger som reduserer, eller graderer egenandelstaket for disse.

Økningen i antall oppnådde frikort kan tyde på dårligere helsetilstand i befolkningen, 54 prosent av disse har alders- og uførepensjon.

Et ønske fra regjeringens side om å slå sammen frikort1 og 2 til ett kan være begrunnet i økte kostnader til ordningen generelt. Virkemiddelet her er å slå sammen frikortordningene for få inn økte midler for å kompensere for dette. Med andre ord, pasientene må ta en større del av regningen. En økning av egenandelene som her foreslås er det pasientene må betale, noe som trolig vil bidra ytterligere til en reduksjon i antall frikort.

Sykdomslisten var en ordning som ga pasienter rett til frikort for egenandelbetaling under egenandelstak2 ordningen. I 2017 ble denne ordningen fjernet. Endringer som resulterte i økte besparelser for det offentlige og førte til en nedgang i antall brukere av tjenestene. Reduksjon i bruken av fysioterapitjenester, skjedde i aldersgruppen over 67 år og i aldersgruppen mellom 16 og 18 år.

Dette er beklagelig. Disse dataene kan gi en indikasjon på at disse pasientgruppene på grunn av økte utgifter ikke lenger ser seg i stand til å

benytte seg av bl.a. fysioterapitjenester. En viktig del av fysioterapibehandlingen er egentrening i grupper med veiledning av fysioterapeuten. Her er det påvist en stor gevinst for den enkelte. Liten eller manglende behandling i denne aldersgruppen, vil gi dårligere helsetilstand og forringe livskvaliteten hos den enkelte.

Andre effekter ved manglende oppfølging av disse pasientene er at de raskere får behov for omsorgstjenestetilbudet i kommunene. Samfunnsøkonomisk gir dette en dårlig uttelling for det offentlige.

Dersom Helse- og Omsorgsdepartementet går inn for å fremme en slik ordning, noe som er imot vår anbefaling, et felles egenandelstak i 2021, er vi av den oppfatning at taket ikke må overstige dagens nivå på 2460 kroner, med begrunnelser gitt ovenfor. Myndighetene må ta hensyn til dette, slik at alle personer som har behov for helsetjenester har økonomisk bæreevne, slik at alle får en likeverdig behandling og samme tilgang til disse.

Når myndighetene ønsker å foreta endringer i slike ordninger må man ta seg ivare for å lage endringer som i stor grad berører grupper med lave inntekter, uførepensjon og minstepensjonister, i negativ retning, slik at dårligere økonomi fører til at de i mindre grad enn tidligere får nødvendig legehjelp. Ifølge utredninger og forskning vises det til at man blant alle disse gruppene finner en indikasjon på at det er en sammenheng mellom lav inntekt og dårligere helse, i større grad enn hos grupper med høyere inntekt. (SBB 2017)

Som det fremgår av Eldrerådets argumentasjon anbefaler vi ikke å endre dagens ordning.

Eldrerådet i Drammen Kommune

Arild Wilberg

Leder