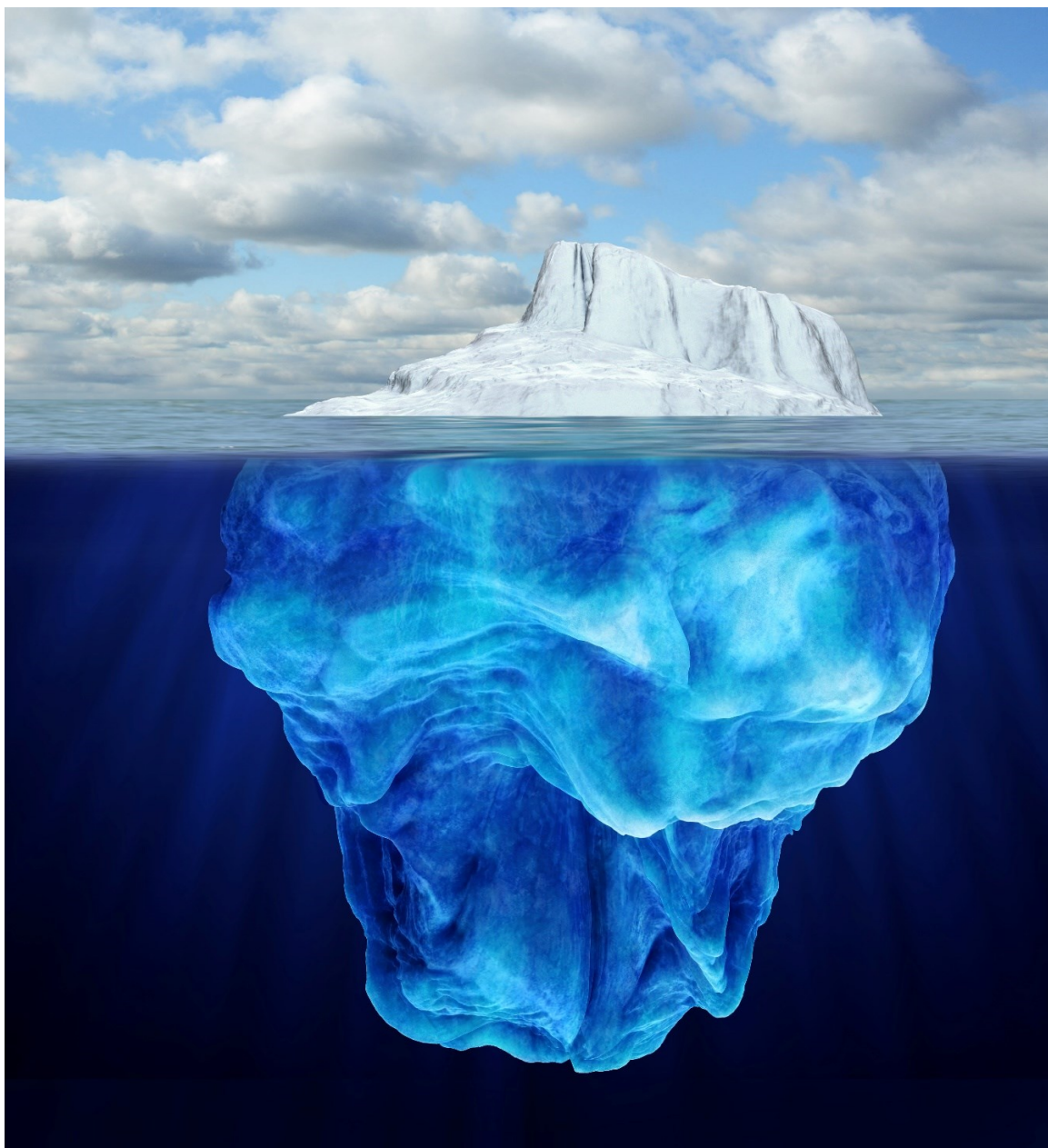




GEBYRFABRIKKER

Pasienter i primærhelsetjenesten skal ikke finansiere legekantorenes administrative systemer utover det de betaler i egenandel. Leverandørene av betalingssystemer har likevel konstruert forretningsmodeller som påfører pasienter høye fakturagebyrer. Forbrukerrådet foreslår endringer i regelverket som skal stoppe praksisen.

10.06.2022

Innhold

1	Sammendrag	4
2	Convenes betalingsmodell.....	7
2.1	Fysisk oppmøte hos legen	8
2.2	Fjernkonsultasjon	10
2.2.1	Fakturagebyrproduksjon	12
2.3	<i>JustWalkHome</i> , men hva med eFaktura og avtalegiro?	14
2.4	Ny betalingsmodell	16
3	Convenes forretningsmodell.....	17
3.1	Låsemekanismen	18
3.2	Gebyrfeller	20
3.3	Inkassoselskap følger med på kjøpet	20
3.4	Toppen av isfjellet	21
3.5	Dominerende aktør gjennom organisk vekst og oppkjøp	25
3.6	Høye rentekostnader krever superprofitt	28
3.7	Tette bånd til Patientsky Group	29
4	Regelverket for gebyrer: strengt i teorien, slepphendt i praksis?	29
4.1	Forbrukerkjøpslovens bestemmelser om fakturagebyr	30
4.2	Særskilt regelverk for pasientbetalinger for helsetjenester.....	30
4.3	Stønadsforskriften	31
4.4	Motstridende tolkninger	33
4.5	Helse- og omsorgsministeren om fakturagebyrer	34
5	Et håndhevelsesfritt rettsområde?	36
5.1	Innledende betraktninger	36
5.2	Ansvar og plikter.....	36
5.3	Begrensede sanksjons- og klagemuligheter	37
5.4	Manglende konsekvenser	38
6	Stor belastning for pasientene.....	40
7	Forslag til tiltak	43
7.1	Endre i forbrukerkjøpsloven.....	43
7.2	Presisering av stønadsforskriftens §2.6.....	44
7.3	Innføring av overtredelsesgebyrer	44
7.4	Forby tvungent koblingssalg av betalingstjeneste og inkassoselskap.....	44
8	Vedlegg 1: Gebyrfeller.....	45
9	Vedlegg 2: Andre leverandører i gebyr-gråsonen.....	47



9.1	Helserespons	47
9.1.1	Betalingsløsning.....	47
9.1.2	Timebestilling	47
9.2	Medipay fra Payex.....	49
9.2.1	CGM Journal	50
9.2.2	Pridok.....	50
10	Vedlegg 3: Hva betyr ønske, overstige og system?.....	52
10.1.1	«Administrative systemer»	52
10.1.2	«Ønsker å motta faktura»	53
10.1.3	«Fakturagebyret skal ikke overstige kostnadene ved faktureringen»	54
11	Vedlegg 4: Convenes svarbrev på spørsmål fra Forbrukerrådet.....	56
12	Vedlegg 5: Patientsky & Convene – aksjonærstruktur og oppkjøp.....	61
13	Vedlegg 6: Råd til Forbrukerrådet vedrørende betalingskrav overfor pasienter.....	64



1 Sammendrag

Leverandører av betalingstjenester betaler mindre enn seks kroner for å sende en faktura i posten. Likevel blir gjerne forbrukere avkrevd opptil 100¹ kroner i fakturagebyr fra leverandører av for eksempel strøm, telefon- og bredbåndsabonnementer, parkeringsplasser eller helsetjenester. Majoriteten av forbrukere klarer å unngå disse gebyrene ved hjelp av autogiro, e-faktura, direkte betaling eller rett og slett ved å bytte til en annen leverandør. Et betydelig mindretall opplever imidlertid store problemer med både å bestille eller betale for varer og tjenester.

Helsetjenester er den sektoren der flest innbyggere opplever problemer med å enten bestille eller betale. En undersøkelse utført på oppdrag for Forbrukerrådet viser at to prosent ikke klarer å betale eller bestille helsetjenester.² Ytterligere ti prosent hadde hatt betydelige problemer med dette det siste året.

Helsemyndighetenes intensjon er at pasienter hos kommunale helsetjenester skal skånes mot krav om gebyrer for bruk av betalings- og timebestillingsystemer. Pasienten skal ikke betale andre kostnader enn egenandelen. Derfor sier regelverket³ at leger, som har rett til trygdefusjon for behandling av pasienter, «*er forhindret fra selv å kreve, eller inngå avtaler som innebærer pasientfinansiering av administrative systemer som betalingstjenester, timebestillingsystemer og lignende.*» Det er bare hvis pasienten selv «*ønsker å motta faktura*» at det kan avkreves et fakturagebyr. Da skal gebyret «*ikke overstige kostnadene ved faktureringen.*»

I praksis har deler av primærhelsetjenesten utviklet seg til en arena for privatisert gebyrmaksimering. Leverandører av betalingstjenester reguleres ikke av folketrygdloven eller tilhørende forskrifter. Det er utviklet forretningsmodeller som enten har gjort det vanskelig eller lite økonomisk attraktivt for fastlegene å følge regelverket.

Convene Group er den klart største aktøren på markedet med en markedsandel opp mot 80 prosent. Det finnes andre leverandører, men Forbrukerrådet har valgt å fokusere på Convene som følge av deres betydelige posisjon i markedet.

Selskapet, som inntil 2020 gikk under navnet Melin, leverer betalingsterminaler, betalingssystemer og inkassotjenester til fastleger, spesialistleger, legevakter, veterinærer, tannleger og treningssentre.

¹ Pasienter til [Evidia](#) (tidl. Aleris Røntgen) blir avkrevet et fakturagebyr på hundre kroner. Gebyret går til Zolva (tidl. Finans 2) som er fakturaautsteder. Ifølge SMS fra Evidia kan pasientene unngå gebyret ved å betale i resepsjonen ved oppmøte.

² YouGov-undersøkelse utført på oppdrag for Forbrukerrådet i januar 2021. Foreløpig upublisert. Den har kartlagt utenforskap i forbrukermarkedene og digitale og andre hindre for forbrukernes tilgang til vanlige markeder.

³ Forskrift 25. juni 2021 nr. 2226 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege (kalt stønadsforskriften), er gitt med hjemmel i folketrygdloven § 5-4:

Stønadsforskriften § 2.6

Medlemmets egenandeler/egenbetalinger for å oppsøke lege er uttømmende regulert i forskriften, jf. kap. II. Leger er forhindret fra selv å kreve, eller inngå avtaler som innebærer, pasientfinansiering av administrative systemer som betalingstjenester, timebestillingssystemer og lignende. Dersom pasienten ønsker å motta faktura, kan det avkreves et fakturagebyr. Fakturagebyret skal ikke overstige kostnadene ved faktureringen.



Convene har over tid opparbeidet seg en dominerende markedsandel innenfor fastlegesektoren. Selskapet har konstruert en betalingsreise som fremstår som skreddersydd for å optimalisere gebyrinntekter fra pasienter. Convene kaller det fakturagebyrproduksjon. I 2021 ble hele 23 prosent av konsultasjonene de tok betalt for belastet med gebyr. Selv pasienter som mottar digitale fakturaer må betale fakturagebyret på 71 kroner. De som får fakturaen i posten, får i tillegg ti kroner i såkalt miljøgebyr på toppen.

Det er først og fremst pasienter med lav digital kompetanse, kognitive utfordringer eller funksjonshemminger, som blir belastet med fakturagebyrer. I 2021 hadde Convene Groups norske virksomhet 134 millioner kroner i inntekter fra fakturagebyrer. Inntekter fra betalingsterminaler utgjorde til sammenligning bare 38 millioner kroner.

Innføringen av betalingsterminaler og forenklede betalingsløsninger har spart kommunale helsetilbydere betydelige beløp i form av reduserte administrasjonskostnader og økt betalingsgrad. Convene hevder deres løsninger har frigjort mer enn 1.500 årsverk i helsesektoren. Samtidig har det imidlertid gitt systemleverandører muligheter for å benytte, eller kanskje snarere utnytte, kontrollen over betalingsflyten til å kreve inn unødvendige, juridisk tvilsomme og overprisede gebyrer fra pasientene.

Gebyrnivået i helsetjenestene skaper negative ringvirkninger både fra et pasient- og samfunnsøkonomisk perspektiv. I tillegg til den økonomiske belastningen for pasienten så kan korte frister og digitale terskler fremkalle stress, følelser av maktesløshet og i verste fall bidra til å forsterke helseplager. I tillegg skaper gebyrene mye støy og unødvendig tidsforbruk for pasienter eller pårørende som klager på tvilsomme gebyrer eller legekontorene, helsemyndigheter, og andre instanser som må bruke ressurser på å håndtere klagemengden.

Tilbydere av administrative systemer bør som et minstekrav sørge for at løsningene tilfredsstiller det regelverket kundene skal holde seg innenfor. Det er i dag ikke tilfellet i primærhelsetjenesten. Det er derfor nødvendig å stramme inn slik at myndighetenes intensjon harmoner med lovverkets bestemmelser. I samme vending er det naturlig å kraftig redusere adgangen til å kreve fakturagebyrer uten forankring i faktiske kostnader også i ordinære forbrukerkjøp



Forbrukerrådet foreslår derfor:

- Forbud mot gebyrer på digitalt utsendte fakturaer og et tak på postsendte fakturaer som ikke kan overstige gebyret for purringer etter inkassoforskriftens §1-2.1 på 35 kroner.
- Innføre overtredelsesgebyr til systemleverandører med forretningsmodeller som enten bryter mot stønadsforskriften eller legger til rette for at legekantorene kan gjøre det.
- Forby tvungent koblingssalg av betalingstjeneste og inkassoselskap.

Forbrukerrådet

Forbrukerrådet er en uavhengig interesseorganisasjon som hjelper forbrukerne og påvirker myndigheter og næringsliv i en forbrukervennlig retning.

Forbrukerrådet skal påse at forbrukernes økonomiske og juridiske interesser håndheves og etterleves slik at forbruker blir mindre sårbare.



2 Convenes betalingsmodell

Det finnes flere leverandører av betalingssystemer og betalingsprosessene varierer fra leverandør til leverandør. I dette kapitlet beskriver vi det vi oppfatter som Convenes modell og hvorfor vi mener leverandøren gjør det vanskelig for legene å etterleve stønadsforskriften. I vedlegg 2 beskriver vi modellene til to andre betalingsleverandører, Medipay fra Payex og Helserespons. Disse løsningene gjør det lettere for legekantorene å følge regelverket sammenlignet med Convene. Løsningen til Medipay er likevel utformet på en måte som gjør det økonomisk attraktivt for legene å bryte stønadsforskriften.

Medipay og noen av deres systemkunder (leverandører av journalsystemer) oppmuntrer fastlegene til å kreve inn fakturagebyrer på egne vegne. Salgsargumentet er at legene kan tjene mer på gebyrer enn de betaler for selve betalingsløsningen. En fastlege fikk inn over 52.000 kroner i fakturagebyr på et år, men betalte i samme periode bare rundt 16.000 kroner i transaksjonsavgifter og månedsavgifter til systemleverandøren.

Helserespons endret nylig sin betalingsmodell slik at pasientene ikke lenger betaler for timebestillinger.⁴ Det er likevel interessant å studere hvordan selskapets gamle modell oppmuntret legekantorene til å la pasientene ta regningen. Dersom legene selv valgte å betale kostet timebestilling 149 kroner i måneden pluss en krone pr. SMS (eks MVA) pr. behandler. Hvis legene valgte å la pasientene betale ble kostnaden seks kroner pr. mottatte SMS (vanligvis to pr. bestilling). De fleste, men ikke alle fastlegene, valgte å la pasientene ta kostnaden for digital timebestilling. Pasientene kunne bestille time kostnadsfritt gjennom å ringe legekantoret, men ble oppmuntret til å bestille digitalt.

Convenes hovedinntektskilde kommer fra det selskapet omtaler som «*invoice fee production*» (fakturagebyrproduksjon). Pasienter som betaler kontant eller med kort på klinikken slipper gebyrer. Det gjør også de som betaler innen 24 timer etter fjernkonsultasjon. Rundt hvert femte legebesøk ender med at pasienten får en digital eller fysisk faktura.⁵ Det er ikke kostnadsfritt for pasienten. I 2020 skiftet Melin Medical AS og Melin Collectors AS navn til henholdsvis Convene AS og Convene Collection. I rapporten har vi i størst mulig grad forsøkt å bruke Convene, men der vi siterer fra andre kilder har vi beholdt Melin-navnet.

⁴ Dette gjelder nye avtaler. Det er fremdeles mange legekantorer der pasientene fremdeles blir avkrevd seks kroner pr. SMS. Disse vil bli flyttet over på den nye modellen når avtalene fornyes eller tidligere dersom legekantorene ønsker det.

⁵ [Convene Group Q1.21 selskapspresentasjon](#), side 18



2.1 Fysisk oppmøte hos legen

Etter avsluttet konsultasjon hos en fastlege med Convene velger rundt 80 prosent av pasientene å betale egenandelen i legekontorets betalingsterminal.⁶ Hvis pasienten velger å betale enten kontant eller med kort påløper det ingen kostnader utover egenandelen. Hvis derimot pasienten trykker for utskrift av faktura tilkommer det 71 kroner i fakturagebyr, med mindre legekontoret har endret i standardinnstillingen. Det er mulig for legekontoret å velge at pasienten ikke skal belastes med fakturagebyr, men må da istedenfor selv betale 29 kroner.⁷

OBS:Viktig vedrørende faktura uten gebyr:

Klinikken må selv dekke kostnaden (kr 29 per faktura uten gebyr, reguleres av KPI) for utsendelse av gebyrfrie faktura, og faktureres for dette på månedlig klinikkfaktura.

Faktura uten gebyr må registreres samme dag som regningen er opprettet, og kan ikke registreres etter at fakturaen er utsendt.

Hvis pasienten forlater legekontorets lokaler uten å betale på stedet, får vedkommende normalt tilsendt en faktura. Hvis pasienten har forhåndsgodkjent faktura på epost blir den sendt elektronisk, hvis ikke blir den sendt som brevpost. Begge forsendelsesmåtene utløser imidlertid det samme fakturagebyret på 71 kroner, med mindre legekontoret velger å betale 29 kroner selv. Inntektene fra fakturagebyrene tilfaller Convene. Pasienter som mottar fakturaen i postkassen, får i tillegg et «miljøgebyr» på 10 kroner som legges på toppen av fakturagebyret. Convene mener dette vil motivere pasientene til å registrere seg for mottak av elektronisk faktura.

*Convene er stolt **miljøfyrtårn** og ønsker derfor å redusere antall fakturaer vi sender med vanlig post.⁸*

I tillegg til betalingsautomatene kan legekontorene også benytte seg av Convenes mobile betalingsløsning. Etter konsultasjonen kan pasienten få en SMS med betalingsinstruksjoner som må utføres innen 24 timer. Hvis ikke får pasienten en faktura med gebyr.

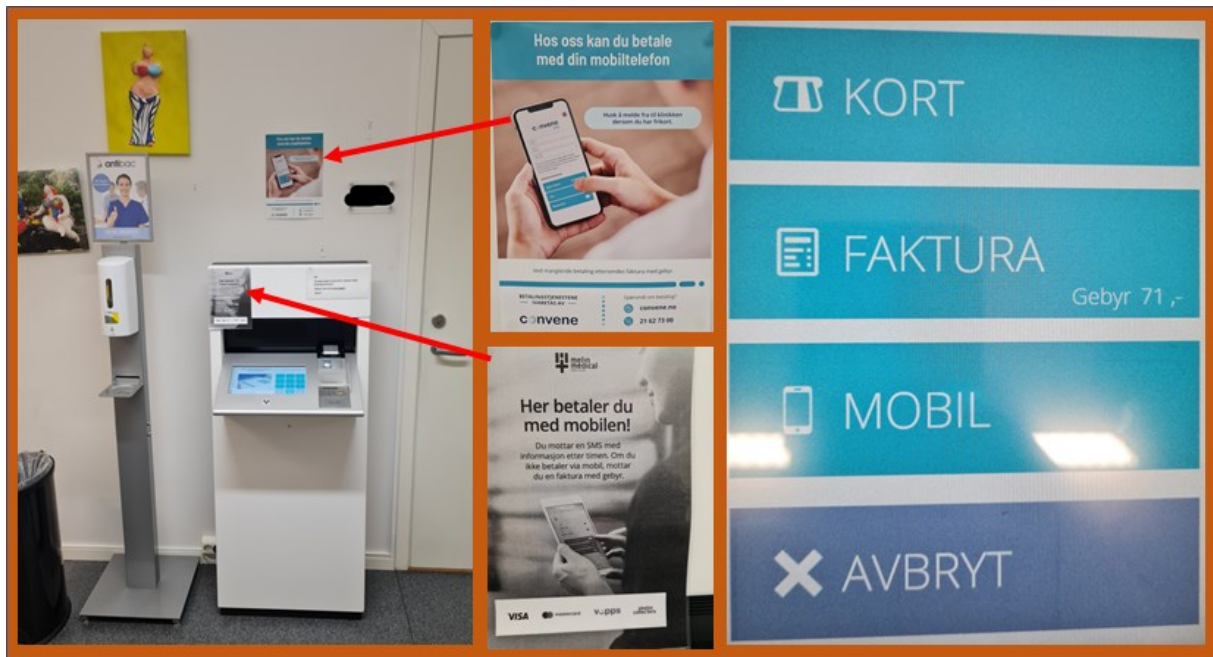
Nedenstående billedramme er tatt på et legekontor i Oslo med betalingsterminal fra Convene og pasientsystem fra PatientSky. Det er to forholdsvis diskrete oppslag med overskrifter om at pasienten kan betale med mobil og informasjon i enda mindre skrift om at faktura med gebyr ettersendes ved manglende betaling. Hvis man velger å betale i automaten fremkommer det at man får et gebyr på 71 kroner ved valg av faktura. Det var ingen informasjon om kontant betaling i denne automaten.

⁶ [Convene Group Q1.21 selskapspresentasjon](#), side 18.

⁷ Fra PatientSky brukermanual: <https://help.PatientSky.com/administrator-superbruker/okonomimodul/faktura-uten-gebyr>

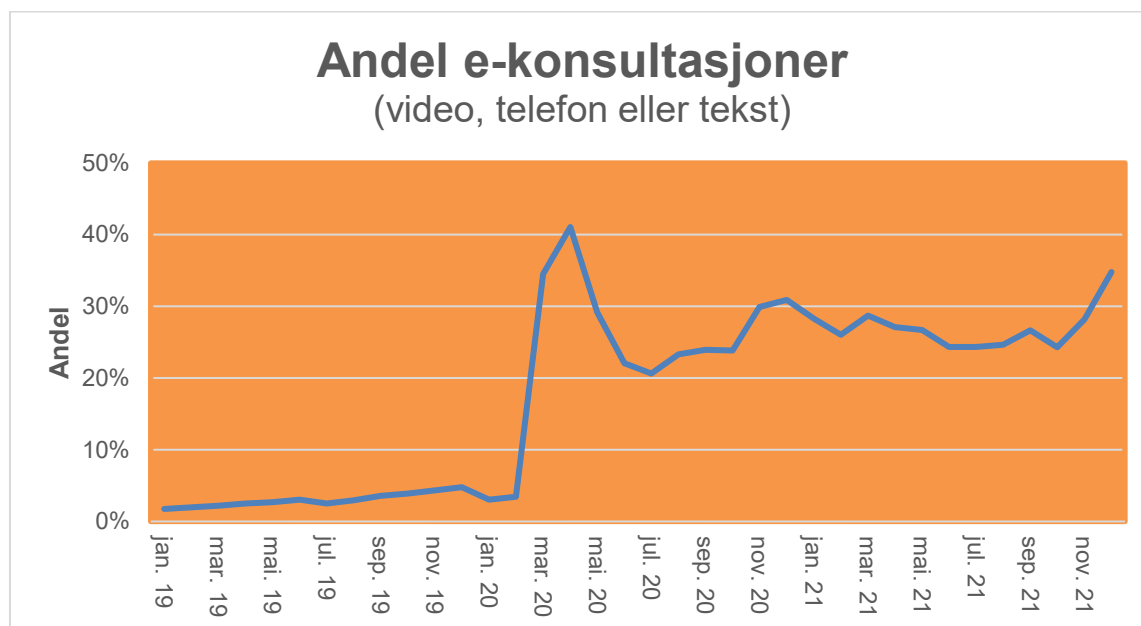
⁸ <https://www.convene.no/privat/miljogebyr/>





2.2 Fjernkonsultasjon

Utbruddet av Covid 19 i mars 2020 førte til et kraftig oppsving i fjernkonsultasjoner hos fastlegene. Fra en andel på under fem prosent før pandemien, toppet andelen seg i april 2020 med over 40 prosent. Andelen falt da Norge gradvis lettet på tiltakene, men selv i september 2021 var andelen på snau 27 prosent. Det er derfor liten tvil om at fjernkonsultasjoner har blitt et viktig tilbud for både leger og pasienter. Det kan både effektivisere behandlingen og hindre smittespredning.



Kilde: [Helsedirektoratet](https://helsedirektoratet.no)

E-konsultasjoner har imidlertid skapt betalingsutfordringer for pasienter, som av naturlige årsaker ikke har muligheten til å betale i automaten etter «legebesøket.» Mange har opplevd å få tilsendt fakturaer via brev eller epost med tilhørende gebyr. Dette representerer et brudd på stønadsforskriften som sier at gebyr kun er tillatt dersom pasienten har ønsket å betale med faktura, og dermed har valgt bort å betale med kontanter eller i terminal. Når legekantoret av smittevernhensyn, som under en pandemi, ønsker at legetimen skal foregå over video, har ikke pasienten tatt det valget.⁹

Det samme kan sies om pasienter som selv ønsker fjernkonsultasjon. Det faktum at de ønsker å snakke med legen via video eller telefon betyr ikke at de ønsker faktura med gebyr.

Fastlegekontoret kan heller ikke strukturere bestillingssystemet slik at pasienter som ønsker fjernkonsultasjon må be om faktura. En slik praksis vil være i strid med forskriftens formål, samt i direkte motstrid med at det skal være pasientens valg.

⁹ <https://www.forbrukerradet.no/siste-nytt/ulovlig-a-ta-gebyr-for-legetime-pa-video/>

Et økende antall legekontorer har innført ConvenePay. Det gir legekantoret muligheten til å sende pasienten en SMS med link til gebyrfrie betalingsalternativer. Det gjelder imidlertid å handle raskt og senest innen 24 timer. Hvis ikke sender Convene ut en faktura med 71 kroner i fakturagebyr.

Mobilbetaling med ConvenePay er tilgjengelig i 24 timer fra man mottar SMS-en. Om mobilbetalingen ikke blir gjennomført innen fristen, sender Convene ut en faktura med fakturagebyr på vegne av klinikken.¹⁰ Det er gode grunner til å hevde at denne fristen er urimelig kort og at den fører til at flere pasienter ender opp med fakturagebyr. Det må påpekes at det ofte er snakk om pasienter som er syke og/eller gamle og gjerne er avhengige av at pårørende kan hjelpe til med betalingen. Tidsfristen gir derfor, for mange pasienter, ikke en reell mulighet til å betale gebyrfritt.

Det er imidlertid bedre å få en mulighet til å betale innen 24 timer enn å ikke få denne muligheten i det hele tatt. Forfatterne bak denne rapporten har selv erfart at Convene-legekantor har sendt ut elektroniske fakturaer med fakturagebyr etter fjernkonsultasjoner, uten først å sende SMS med mobilbetaling (se vedlegg 1).

¹⁰ <https://www.flatasenlegesenter.no/nyheter/>



Nedenstående illustrasjon viser gangen i Convenes mobilbetaling. Etter utført betaling får pasienten tilbud om kvittering via e-post. I motsetning til utsendelse av faktura pr. epost, er kvitteringen kostnadsfri for pasienten.

The illustration shows the ConvenePay mobile payment process in four steps:

- SMS etter fjernkonsultasjon:** Du har valgt mobilbetaling som betalingsmetode for ditt besøk hos XXXX legekantor 22.12.2021. Benytt https://pay.convenegroup.com/nb/s/Qez4b8XjB_8k og tast inn kode 2265. Lenken er gyldig i 24 timer. Dersom du ikke betaler innen tidsfristen, vil du bli tilsendt en faktura med gebyr.
- Kode:** Vennligst tast inn kode fra SMS. The screen shows a large input field for the code.
- Velg betalingsmetode:** Du har nå 22 timer og 03 minutter igjen til å betale gjennom ConvenePay for mobilbetaling utløper. Dersom du ikke betaler innen tidsfristen, vil du bli tilsendt en faktura med fakturagebyr. The screen shows options: Betal senere (Gebyr: NOK 71,-), Visa, Mastercard, and Vipps.
- Din betaling er nå gjennomført:** Du kan lukke dette vinduet. Below, there is a field for E-post to receive a receipt, with a 'Send' button.

2.2.1 Fakturagebyrproduksjon

Det er lite som tyder på at lanseringen av ConvenePay har redusert antallet pasienter som ender opp med å betale fakturagebyrer. I Convene Group's presentasjon for andre kvartal 2021 skriver selskapet at ConvenePay gir en «stable and high invoice share over time.»¹¹

¹¹ [Convene Q2-21 presentation](#), side 11.

I fjerde kvartal samme år beskriver selskapet effekten av fjernkonsultasjoner og mobilbetaling på sin *faktura*gebyrproduksjon:

*Solid increase in **invoice fee production** compared to pre Covid, in despite of lower total transactions. This is driven by online consultations and mobile payments.*

Selv om antallet betalinger falt under pandemien i 2020 og 2021 klarte likevel Convene å øke det totale antallet konsultasjoner med faktura

gebyr. Fra en andel på 18 prosent i 2019 steg andelen til 23 prosent i 2021.

Convene - faktura-gebyr-produksjon (millioner)				
	2018	2019	2020	2021
Totale betalingstransaksjoner	13,2	13,7	12,4	11,7
Transaksjoner med faktura	2,4	2,5	2,7	2,7
Andel med gebyr	18,5 %	18,0 %	21,8 %	23,0 %

Kilde: [Convene Group Q4 2021 selskapspresentasjon \(side 17\)](#).

2.3 JustWalkHome, men hva med eFaktura og avtalegiro?

I 2022 lanserte Convene en pilot¹²¹³ for en ny betalingsvariant som kalles «JustWalkHome.» Den gir pasienten muligheten til å velge å få automatisk SMS med lenke til betaling etter legebesøk, uten ekstra gebyr, istedenfor å betale i automaten. Dersom det ikke betales innen 24 timer må pasienten likevel betale fakturagebyr. Convene forventer at nyvinningen vil øke produksjonen av fakturaer.¹⁴

JustWalkHome is expected to be a further facilitator to increase mobile payments and invoice production. Melin-selskapene byttet navn til Convene i november 2020. I den forbindelse forklarte selskapet at «den nye merkevaren gir selskapene en felles identitet, og viser våre kunder og forbrukere at vi utvikler smarte løsninger som forenkler hverdagen deres.»¹⁵

Hvis målet er å forenkle forbrukerens hverdag finnes det allerede svært utbredte betalingsformer i form av eFaktura og avtalegiro. Det kunne gjort livet enklere for pårørende eller verger som bistår sterkt pleietrengende eller pasienter med kroniske sykdommer som fører til hyppige legebesøk. Det ble etterlyst i et innlegg til DN der innsenderens ektefelle var på sykehjem og ikke kunne ta imot besøk eller hente sin egen post.¹⁶ Ektemannen hadde gjentatte ganger etterlyst disse vanlige faktureringsmetodene og fikk heller ikke, tross fullmakt, tilsendt regningene på epost. Resultatet var unødvendige inkassokrav, stress og tidsbruk.

¹² Sørreisa Legesenter hjemmeside: <http://sorreisaletjenester.no/sak20071/>

¹³ [Convene Group Q1-22 Presentation](#) side 11:

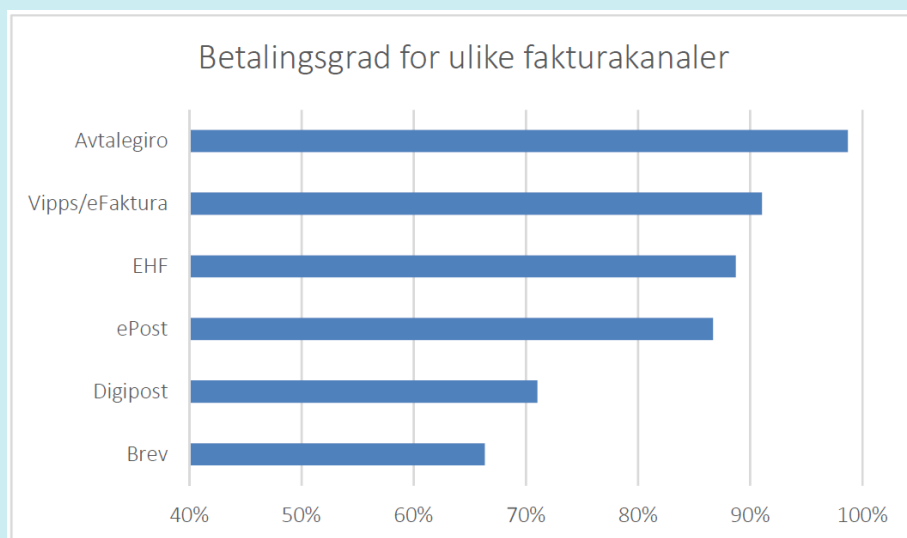
¹⁴ [Convene Group Q1-22 Presentation](#) side 17:

¹⁵ <https://www.convene.no/vi-er-convene/>

¹⁶ DN.no 11.5.2020: Innlegg: [Melins vrangvilje](#)

Alltid eFaktura¹⁷

Fra mai 2022 er det ikke lenger mulig å inngå enkeltvis avtaler om utsteder av eFakturaer. Med et tastetrykk i nettbanken kan man istedenfor nå takke ja til *alle* som tilbyr betaling med eFaktura. Før denne endringen var det tungvint å etablere eFaktura for forbrukere. Det begrenset stort sett utbredelsen til leverandører med regelmessig fakturering som abonnementer, strømvakter og lignende. Når leverandører slipper å inngå avtale med enkeltkunder forsvinner dette hinderet. Det blir enkelt å bruke eFaktura allerede ved første salg og åpner for at dette vil bli den dominerende faktureringsmetoden også for håndverkere og fastleger. Sannsynligheten for at fakturaen kommer frem og blir oppdaget av mottageren er også større enn for brev- eller epostfaktura.



Kilde: Statistikk fra Fair Group ([Fair/Creditsafe Credit Quarterly Q1 -2020](#))

Selv enkle regnskapssystemer¹⁸ for småbedrifter tilbyr eFakturerings til tre kroner pr. faktura. Prisen regnskapskundene betaler for sending av pdf-faktura med epost er null kroner. Det gjør det vanskelig å forstå hvorfor Convene mener pasientene skal betale 71 kroner for digitalt utsendte fakturaer.

Convenes betalingskonkurrent innen helsesektoren, Medipay fra Payex, tilbyr eFaktura. Ifølge selskapet får allerede rundt 75 prosent av de fakturerte pasientene eFaktura. Det betyr høyere betalingsgrad og færre purre- og inkassosaker enn distribusjon med papir eller epostfakturaer.

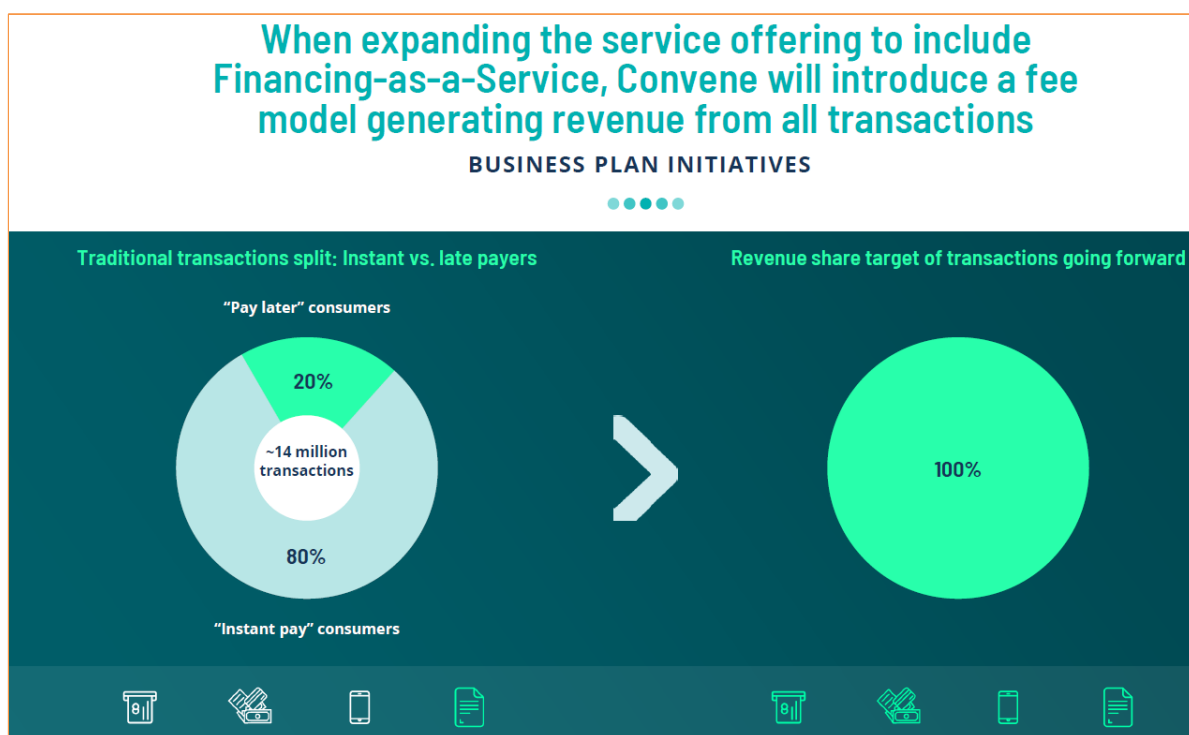
¹⁷ [eFaktura.no](#)

¹⁸ Tripletex tilbyr et skybasert regnskapsprogram med fakturafunksjonalitet for 149 kroner pr. måned pluss MVA. I dette systemet betaler kunden tre kroner (eksl. MVA) for utsendelse av eFaktura. Digitalt utsendte fakturaer i pdf koster null kroner. [Se prisliste.](#)

2.4 Ny betalingsmodell

Convene lanserer en ny betalingsmodell der selskapet vil tilby finansiering som en service til legekontorene.¹⁹ Med dagens modell oppgir selskapet at det bare får transaksjonsinntekter fra de pasientene som får faktura (rundt 20 prosent av transaksjonene). Med den nye modellen ønsker Convene, i samarbeid med BRABank, å forbedre transaksjonshåndteringen og innføre fakturakjøp. Det betyr at klinikkene får oppgjør umiddelbart fremfor å vente til kunden har betalt fakturaen.²⁰ Den nye modellen skal finansieres av en variabel avgift som innføres på alle transaksjoner, også de der pasienten betaler med kort eller kontant.²¹

I denne modellen kan det være risiko for at legekontorene mister en enda større del av kontrollen over innfordringsløpet til pasienter som ikke klarer å betale.



Kilde: [Convene Group Q1.21 selskapspresentasjon](#)

¹⁹ [Convene Q1-21 presentation](#), side 18.

²⁰ DN 6.6.2019. Avtale inngått med Easybank som senere ble fusjoner med BRABank: [Helsegründer inngår avtale om å kjøpe ti prosent av forbrukslånsbank](#)

²¹ Medipay fra Payex, som leverer betalingssystem til journalsystemer, har en tilsvarende modell og tar 1,75 prosent av transaksjonsbeløpet.

3 Convenes forretningsmodell

Ifølge årsberetningen til Convene AS for 2020 har selskapet *«spesialisert seg på å levere betalingsløsninger og administrasjonssystemer som frigjør leger og helsepersonell fra unødig administrativt arbeid.»* Ifølge hjemmesiden (i 2020) nøt mer enn 75 prosent av landets allmennleger og legevakter en enklere arbeidshverdag takket være selskapets selvbetjeningsløsninger. Mer enn 50.000 pasienter ble daglig assistert gjennom Convenes systemer.²² Totalt sett mener Convene at deres løsninger frigjør mer enn 1.500 årsverk i helsesektoren.²³

Selskapet, som den danske fastlegevikaren Jesper Melin Ganc-Petersen etablerte i 2010, har utvilsomt bidratt til å gjøre pasientadministrasjonen enklere på mange legekontorer i Norge. Han ble overrasket over hvor mye tid som gikk med til pasientbetalinger på legekontoret han jobbet ved, og bestemte seg for å gjøre noe med det. Betalingsautomaten han utviklet sparte, ifølge Melin, 0,8 årsverk ved legekontoret.²⁴ I 2015 anslo Melin Ganc-Petersen at betalingsløsningen hadde *«spart 0,5 årsverk per år pr lege.»*²⁵

Convene fant et udekket behov og vokste raskt, både organisk og via oppkjøp av konkurrerenter. Etter 11 år i bransjen har Convene fremdeles mange fornøyde fastleger på kundelisten. Samtidig har en voksende skare fastleger sett seg lei på det de mener er aggressive forretningsmetoder og hensynsløshet overfor sårbare pasientgrupper.

²² Melinmedical.no 31. oktober 2020:

<http://web.archive.org/web/20190424174033/https://www.melinmedical.no/nb-NO/about>

²³ Convenes hjemmeside 14.12.2021: <https://www.convene.no/bedrift/bransjer/helse/>

²⁴ Dagens Medisin 3.11.2011: [Automatiseringslegen](#)

²⁵ DN.no 1.12.2015: [Gir legene fri fra byråkrati](#)



Nedenstående sammenstilling av overskrifter fra fagtidsskriftet, Dagens Medisin, illustrerer at det har vært flere konflikter rundt selskapet og deres forretningsmodell. Selskapet skiftet i 2020 navn fra Melin Medical AS til Convene. Samtidig skiftet inkassoselskapet navn fra Melin Collectors AS til Convene Collection AS.

Fastleger om forretningsmodell:- Etisk problematisk	«Vi er ikke de store skurkene som folk vil ha det til»
Melin-selskaper avviser kundeflukt	Legeforeningen: Flere leger ønsker seg vekk fra Melin
Økende skepsis fra fastlegene	
Fastleger vil bort fra Melins journalsystem	Inkassokrav fra legekontor diskutert i Stortinget
Melin Medical låser legene til fem år lange kontrakter	Fastlege sendte bekymringsmelding til helseministeren
	Flere faggrupper reagerer på press fra Pasientsky

Kilde: Overskrifter fra Dagens Medisin (2018 – 2019). Sammenstilt av Forbrukerrådet

3.1 Låsemekanismen

Convene var tidlig ute med selvbetjente betalingsterminaler for legekontorer. Etter hvert kjøpte selskapet opp konkurrerende leverandører som Odin (2017) og Credicare (2018).²⁶ Convene overbeviste også legekontorene til å binde seg i fem år med eksklusivitet i avtaleperioden.²⁷ Standardavtalen avskar legekontorene fra å selv velge andre inkassoselskaper enn det Convene bestemte. I praksis innebar det at inkassoselskapet, Convene Collection, fulgte med på lasset, med mindre legekontoret aktivt valgte bort inkasso som ekstern tjeneste.

Når legekontoret først har overlatt fordringsmassen til Convene, så har det samtidig begrenset muligheten til å selv individuelt å vurdere hvilke fordringer som både skal sendes til inkasso og senere til rettslig inkasso.²⁸

«Inkassoselskapet forbeholder seg altså retten til selv å vurdere hvorvidt et krav kan sendes til rettslig inndrivelse»
(fra Melin Medicals standardavtale fra 2019)

²⁶ Melin Group (Hi Bidco AS) listing prospectus, 8.10.2018, side 16.

²⁷ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/10/01/melin-medical-laser-legene-til-fem-ar-lange-kontrakter/>

²⁸ Fra de generelle avtalevilkårene august 2019: «11.13. Ved fortsatt manglende betaling etter inkassovarselets betalingsfrist vil Leverandøren oversende ubetalte fakturaer til inkasso gjennom det inkassoselskapet leverandøren har utpekt. Dette med mindre Kunden har valgt at automatisk inkasso ikke skal skje.» Kunden har dermed frihet til å velge bort automatisk inkasso, men det må da aktivt velges bort fremfor at man istedenfor aktivt må velge automatisk inkasso.

Legekontoret har fremdeles muligheten til å trekke et krav etter at det er sendt til rettslig inkasso, men må da selv dekke de rettslige kostnadene. Standardavtalen forhindrer klinikken fra å inngå avtale med pasienten som innebærer avskrivning av inkassogebyr eller andre offentlige gebyrer.

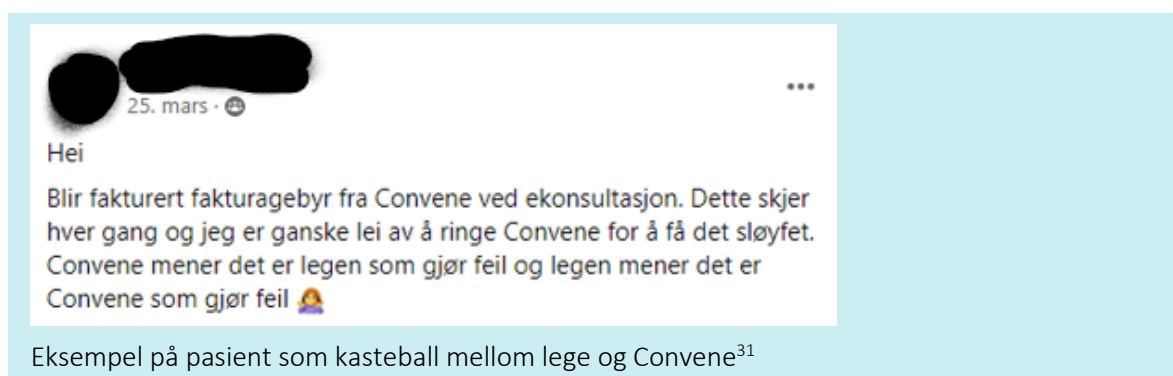
Forbrukerrådet har snakket med flere fastleger som har reagert på det de mener er unødvendig aggressiv inndriving av fordringer.

Det samme mente mangeårig fastlege og professor, Steinar Westin, til legetidsskriftet Dagens Medisin.²⁹

Som doktor opplever man noen ganger at det er pasientens økonomi som er problemet, og i «gamle dager» var det da lett å slette egenandelen. Men i det nye systemet er dette tungvint og komplisert. Når egenandelen ikke blir slettet, hender det at fattige pasienter forlater legekontoret med ubetalt regning, og da er systemet automatisk og ubarmhjertig i sin purring med gebyr. Selv om det formelt er riktig at folk skal gjøre opp for seg, så er systemet firkantet og bringer pasienten opp i klemma.

Convene mente imidlertid at selskapet hadde fokus på etisk inkasso og at kundene selv har mulighet til å velge hvilke krav som skal følges opp med inkasso. I tillegg hevdet Convene at det jobbet aktivt med å skape dialog med skyldner, slik at betaling finner sted så tidlig som mulig i prosessen for å unngå at kravet øker.³⁰

Pasientene har ingen innflytelse over hvilken betalingsleverandør legekontoret velger. Det blir imidlertid deres problem når Convene og legekontoret ikke klarer å bli enige om hvem som har ansvaret for å ha sendt uberettigede krav.



²⁹ Dagens Medisin 27.09.2018: [Fastleger om forretningsmodell: – Etisk problematisk](#)

³⁰ Dagens Medisin 27.09.2018: [Fastleger om forretningsmodell: – Etisk problematisk](#)

³¹ Innlegg i facebookgruppen, [Kampanje mot Convene](#)

3.2 Gebyrfeller

Som tidligere beskrevet har ikke betalingsleverandørene nevneverdig høyere kostnader ved å sende ut digitale fakturaer enn at pasienter betaler i automaten på legekontoret.³² Det er dyrere å sende ut papirfakturaer, men for betalingsleverandører med store transaksjonsvolumer er marginalkostnaden rundt fem kroner. Convene overtar heller ikke risikoen for at pasienten unnlater å betale. Gebyret kan derfor ikke motiveres av kostnad for kredittrisiko.

De mest nærliggende forklaringene på fakturagebyrenes omfang og nivå er derfor at de er svært lønnsomme og at manglende sanksjoner, håndheving og huller i regelverket har gjort det mulig å slippe unna med det.

Når tilgangen til pasientenes betalingsstrøm først er etablert har Convene et økonomisk motiv for at flest mulig pasienter får faktura. Nedenstående punkter er eksempler på hvordan pasientene «dultes» til adferd som skaper gebyrmuligheter for Convene:

- La fristen til å betale gebyrfritt være så kort, 24 timer, at mange ikke rekker eller klarer å betale innen fristen. Det kan for eksempel gjelde pasienter med lav digital kompetanse eller kognitive utfordringer som trenger hjelp til å gjennomføre betalingen fra pårørende eller verger.
- Overlate ansvaret for å informere om fakturagebyret til legekontoret og la oppslagene være så unnselige at mange pasienter ikke legger merke til at de belastes med fakturagebyr.
- Både Medipay og Helserespons sender en påminnelse rett før fakturaens forfallsdato for å gi pasienten en mulighet til å betale før det belastes purregebyr. Det gjør ikke Convene.

3.3 Inkassoselskap følger med på kjøpet

Denne rapporten handler primært om det Forbrukerrådet mener er tvilsomme fakturagebyrer i primærhelsetjenesten. Det vil imidlertid ikke være mulig å forstå Convenes forretningsmodell uten å gå innom selskapets heleide inkassoselskap, Convene Collection AS.

Fakturaene som utstedes fra legebesøkene er inkassoselskapets råvare. Det gir selskapet ytterligere økonomiske incentiver til å legge forholdene til rette for at flest mulig pasienter «velger» faktura fremfor direkte betaling.

I 2016 fikk inkassoselskapet alvorlig kritikk av Finanstilsynet etter stedlig tilsyn.³³ Convene hadde blant annet avkrevd ulovlige salærer fra rundt 3.700 mindreårige og unnlatt å sammenslå nesten 9.000 krav

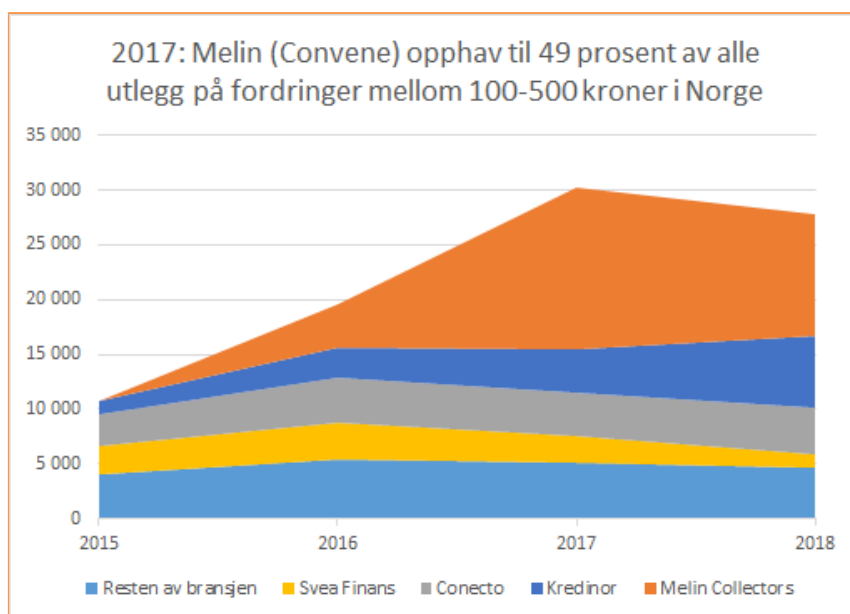
³² Convene hevder at det er betydelig høyere kostnader for digitale fakturaer (se Vedlegg 4: Convenes svarbrev på spørsmål fra Forbrukerrådet). Ifølge andre betalingsleverandører Forbrukerrådet har snakket med medfører det imidlertid ikke riktig at det er betydelig høyere variable kostnader ved digital fakturering.

³³ <https://www.finanstilsynet.no/nyhetsarkiv/tilsynsrapporter/2016/merknader---endelig-rapport-etter-stedlig-tilsyn-melin-collectors-as/>



over en treårsperiode. Selv etter kritikken fra Finanstilsynet satte selskapet norgesrekord i antall utleggskrav, i klassen mellom 100 og 500 kroner i hovedstol, året etter.

Convene mener selskapet gir klinikkene muligheten til å si hvordan krav skal følges opp og muligheten til å trekke krav.³⁴ Det kan ikke ha vært så mange fastleger som valgte å gjøre det i 2017. Da sto Convene Collection for hele 49 prosent av alle utleggskrav mellom 100 og 500 kroner i Norge. Det året rapporterte Convene Collection AS om 88 millioner kroner i driftsresultat og 48 prosent i driftsmargin.



Kilde: Politidirektoratet og Forbrukerrådet

Convenes aggressive inndrivingspraksis gikk ikke upåaktet hen i Namsfogsdsapparatet:

Melin Collectors (...) skor seg på de som er såpass utafor når de er hos legen, at de overser betalingsautomaten og heller ikke får med seg betalingsoppfordringen etterpå.

Seksjonssjef Monica Læg Reid ved Østfold politidistrikt til Nettavisen.³⁵

3.4 Toppen av isfjellet

Convenes avtalevilkår gir selskapet god kontroll på pasientfordringens reise fra fakturautstedelse til endelig betaling. Denne reisen gir Convene store inntekter i form av pasientbetalinger. Forretningsmodellen lar pasientene ta hovedregningen for betalingsløsningen og gjør det dermed mer økonomisk attraktivt for legekantorene å velge Convene.

³⁴ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/09/27/derfor-reagerer-fastlegene-pa-melins-grep/>

³⁵ <https://www.nettavisen.no/na24/han-tjener-seg-sokkrik-pa-inkasso/s/12-95-3423575075>

Selskapet var tidlig ute med å tilby pasientfinansiering av sin betalingsløsning. Legekontorene fikk for eksempel kostnadsfri leie av betalingsautomat mot at Convene fikk anledning til å belaste pasientene med fem kroner i gebyr for kortbetalinger.³⁶ Helsedirektoratet slo ned på praksisen allerede i 2013, men den fortsatte frem til den reviderte stønadsforskrift trådte i kraft fra 1. januar 2016.³⁷

Metoden med å overbelaste pasientene for både elektroniske og fysiske fakturaer har derimot kunnet fortsette selv om stønadsforskriften setter rammer for gebyrer i helsetjenesten. Den økonomiske betydningen for Convene illustreres av nedenstående beregning. Vi ser her på hvor mye helseplattformselskapet, PatientSky, tar for sin basismodul. Convenes fakturamodul er en av komponentene i basismodulen. Som nedenstående estimat indikerer er imidlertid abonnementsinntekten bare en brøkdel av hva pasientene betaler i form av fakturagebyr fra pasientene. Hvis vi antar at 20 prosent av konsultasjonene fører til faktura, så tjener Convene godt over 3.000 kroner i måneden i fakturagebyr pr. fastlege.

I årsregnskapet til Convene Group for 2021 blir PatientSky betraktet som en nærstående part.³⁸ Det gir et interessant innblikk i hvilken vei pengestrømmen går mellom de to selskapene. I 2021 betalte Patientsky AS rundt 1,3 millioner kroner til Convene. Samme år betalte Convene fire milliarder kroner til Patientsky AS. Convenes økonomimodul har også integrasjon til journalsystemene til Infodoc AS og Hove Medical AS som eies av børsnoterte Patientsky Group. Disse selskapene betalte ingenting for Convenes løsning, men fikk istedenfor betalt rundt 2,4 millioner kroner. Det er nærliggende å anta at disse utbetalingene er en form for returprovisjon fra Convene for muligheten til å distribuere fakturagebyrproduksjonen til flere pasienter.

Så mye tjener Convene/Patientsky pr. fastlege		
Inntektskomponenter	Kroner	Andel
Pasientsky Basis abonnement pr. måned pr. bruker	599	15 %
Månedlig inntekt fra fakturagebyr pr. fastlege*	3 408	85 %
Månedsinntekt fra økonomimodulen i Patientsky.no	4 007	100 %
<i>Månedlig pasientbetaling av gebyrer (inkl. MVA)</i>	4 260	
*Forutsetninger		
Pasienter pr. dag	15	
Abeidsdager pr. måned	20	
Andel som får fakturagebyr	20 %	
Fakturagebyr (inkl. MVA - kroner)	71,00	
Fakturagebyr (eks. MVA - kroner)	56,80	

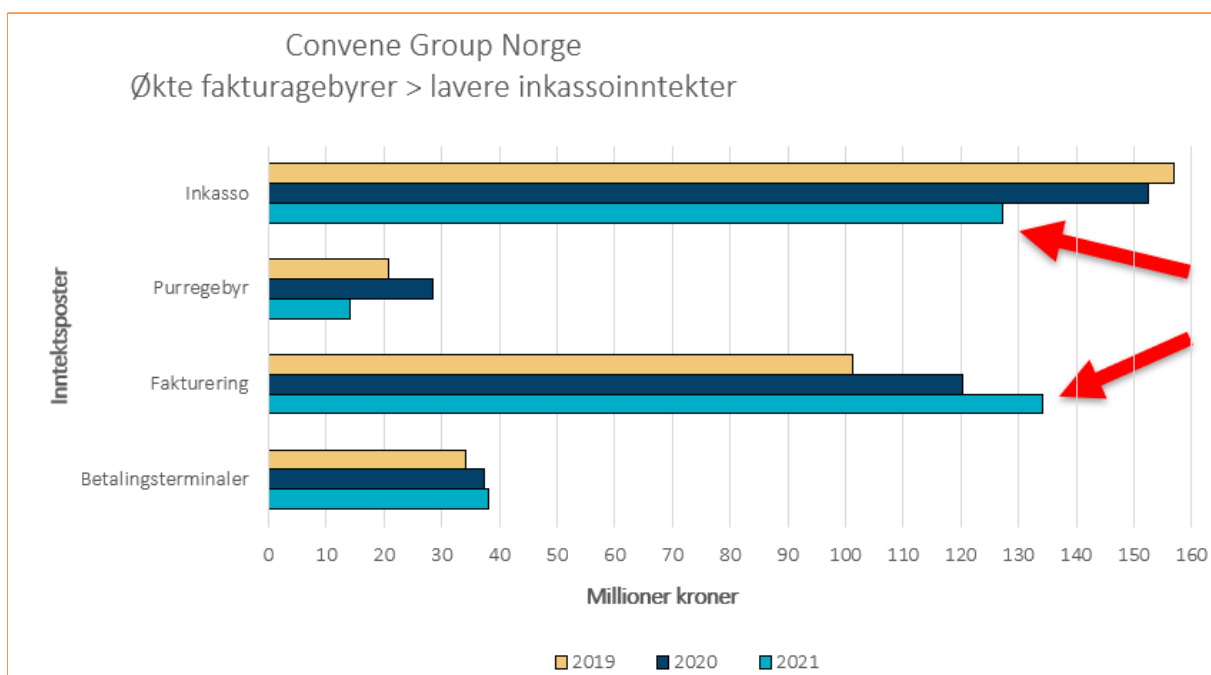
³⁶ <https://e24.no/privatoekonomi/i/vQ9XEj/leger-tar-ulovlig-gebyr-for-aa-la-deg-betale>

³⁷ Vesterålen online (vol.no) 30.10.2015: [Kortgebyret hos legen forsvinner fra nyttår](#)

³⁸ [Convene Group Annual report 2021](#), note 23



Årsregnskapet i 2021 for Convene Group³⁹ oppgir at inntekter fra betalingsterminaler i den norske delen av selskapet var 38 millioner kroner. Til sammenligning var inntektene fra fakturagebyrer 134 millioner kroner.⁴⁰ Det var en økning fra 120 millioner kroner i 2020. Økningen kan delvis tilskrives en økning i fakturagebyret på hele 17 prosent fra midten av 2020, men også en «*positive contribution from an increase in online consultations and accelerated roll out of mobile pay solutions.*»⁴¹ Grupperegnskapet for Convene AS, Convene Collection AS og Credicare AS viser at fallende inkassoinntekter (etter kuttene i inkasso- og purresatsene fra oktober 2020) har blitt kompensert av økende inntekter fra pasientbetalte fakturagebyrer.



Inntektene fra terminaler, fakturering og inkasso i Sverige og Danmark er ekskludert.

Kilde: [Årsregnskapet 2020 og 2021 for Convene Group](#)

³⁹ Convene Group er registrert i foretaksregistret som Hi Bidco AS, men i selskapspresentasjoner omtales selskapet som Convene Group. Det eier Helseinnovasjon AS som igjen eier Convene AS, som igjen eier datterselskapene, Convene Collection, Credicare, Convene AB (Sverige), Convene ApS (Danmark) og Gordion AB (Sverige). Convenes datterselskaper konsolideres ikke i årsregnskapet til Convene AS, men det lages konsernregnskap i Convene Group. Dette selskapet har et børsnotert obligasjonslån og rapporterer kvartalsvis og deler inn inntektene i segmenter.

⁴⁰ [Convene Group årsrapport 2021, side 15](#)

⁴¹ Convene Group kvartalspresentasjon Q1-21, side 24: <https://www.convene.no/wp-content/uploads/Q1-2021.pdf>

En annen innfallsvinkel er å se hvem som betaler for de nye systemene som, ifølge Convene, har frigjort mer enn 1.500 årsverk i helsesektoren. Fra segmentregnskapet til Convene Group kan vi utlede at inntektene fra utleie av betalingsterminaler bare er toppen av inntektsgrunnlaget til Convene AS og Convene Collection AS. Hvis vi forutsetter at pasientene betaler alle faktura-, purre-, retts- og inkassogebyrer så betyr det at helsesentrene betaler rundt 37 for betalingsterminalene og pasientene 125 millioner kroner i fakturagebyrer og 113 millioner i inndrivingsgebyrer.



Forbrukerrådet mener

Inntektene fra betalingsterminalene utgjør bare rundt en tiendedel av inntektene fra den norske delen av Convene Groups virksomhet. Det kan tyde på at terminalenes primære forretningsmessige hensikt er å gi Convene muligheten for å kreve inn faktura- og inkassogebyrer.

Selskapet formulerte selv strategien på denne måten i tredjekvartalsrapporten i 2017:⁴²

“Increasing the number of terminals is important as it creates a domino effect on revenue, driving the number of invoices generated and the following debt collection.”

⁴² Melin Group, [3. Kvartal 2017 resultatrapport](#), side 3.

3.5 Dominerende aktør gjennom organisk vekst og oppkjøp

Jesper Melin stiftet betalingsselskapet Melin Medical og inkassoselskapet Melin Collectors i 2010. I 2014 ble PatientSky AS grunnlagt, med Jesper Melin som største aksjonær. Planen var å utvikle selvbetjente løsninger som kunne frigjøre administrative ressurser og gjøre det enklere å håndtere dag-til-dag-aktiviteter. Pasienter kunne for eksempel oppleve å måtte vente titalls minutter i telefonkø bare for å fornye en resept, stille et spørsmål eller bestille time. Med PatientSky skulle pasientene selv kunne gjøre dette via smarttelefon eller PC.⁴³

Convenes betalingsautomater traff et udekket behov i helsemarkedet og selskapets inntekter vokste fra 31 millioner kroner i 2012 til 203 millioner i 2018. Datterselskapet, Convene Collection, som fikk sine forsyninger av ubetalte fordringer fra Convene, vokste også raskt og hadde i 2017 høyere inntekter enn morselskapet.

Den kraftige veksten hadde imidlertid en slagside i form av legekontorer som mente de ble forledet inn i kontrakter med lange bindingstider, eller mislikte det de mente var etisk problematiske innkreivingsmetoder. Ved bindingstidens utløp var det derfor mange legekontorer som så sitt snitt til å bytte betalingsleverandør. Flere fikk imidlertid ubehagelige overraskelser da det viste seg at den nye leverandøren ble kjøpt opp av Convene eller PatientSky.

Vi sa opp avtalen med Melin Medical i januar i år, på dagen fem år etter inngåelse, og skiftet til konkurrenten Credicare. Men etter én uke var Credicare kjøpt opp av Melin. Det samme skjedde med System X [kjøpt opp av PatientSky]⁴⁴

Fastlege Trygve Skonnord i DN 1. oktober 2018

I 2017 etablerte eierne av Convene et holdingselskap, Convene Group. Selskapet ble finansiert med 600 millioner kroner i egenkapital og 1,35 milliarder kroner fordelt på to obligasjonslån, som senere ble børsnotert.⁴⁵ 1,65 milliarder kroner gikk til å kjøpe Helseinnovasjon AS, eieren av Melin Medical AS.⁴⁶

Som en del av transaksjonen kjøpte Convene Group det lille betalings- og inkassoselskapet Odin Kapital for 106 millioner i 2017.⁴⁷ Det priset Odin til hele 34 ganger selskapets årsresultat i 2016. En av begrunnelsene for oppkjøpet i prospektet ble gitt i prospektet: «Odin var den mest relevante alternative opsjonen for kunder som ønsket å bytte leverandør».⁴⁸

⁴³ Hjemmeside - PatientSky.no 27.3.2017: http://web.archive.org/web/20170327081412mp_/https://PatientSky.no/om-oss

⁴⁴ Dagens Medisin 01.10.2018: [Melin Medical låser legene til fem år lange kontrakter](#)

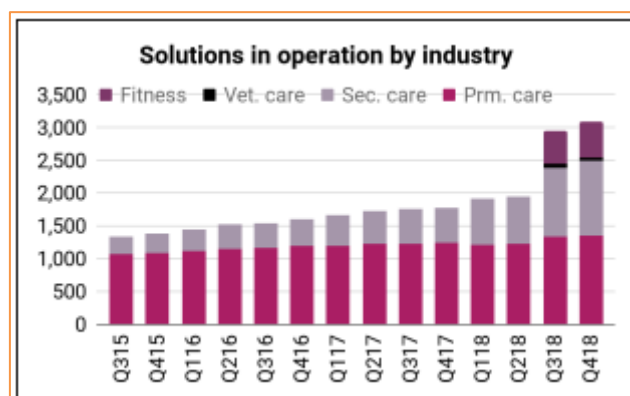
⁴⁵ [Melin Group \(HI Bidco AS\) annual report 2018](#). Note 9 & 10

⁴⁶ [Melin Group \(HI Bidco AS\) listing prospectus 8.10.2018](#). Note 13

⁴⁷ [Melin Group \(HI Bidco AS\) listing prospectus 8.10.2018](#). Note 13

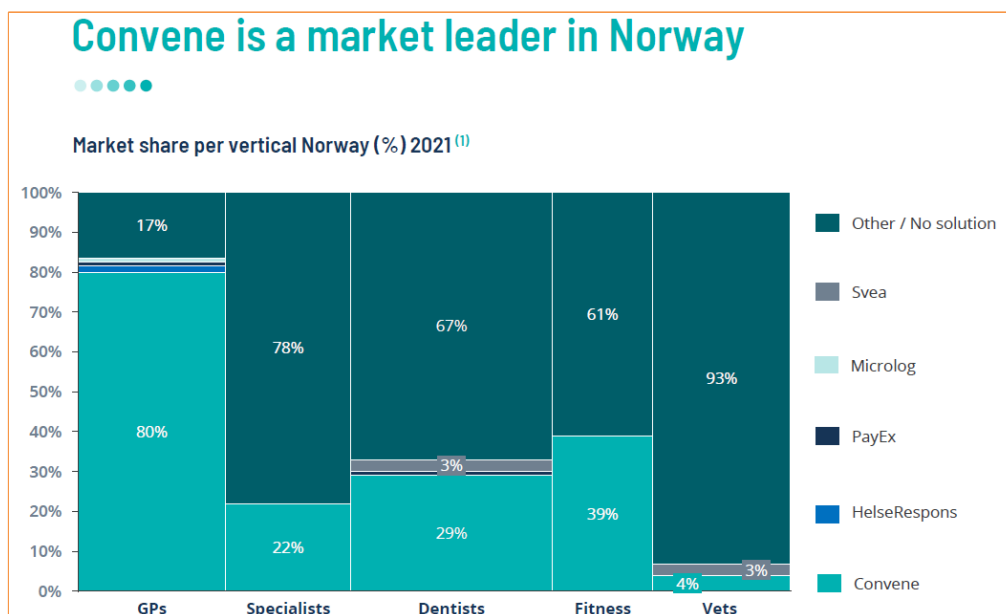
⁴⁸ DN.no 10.11.2017: [2011 - Nesten ingenting. I dag: Frigjør milliardverdier](#)

I begynnelsen av 2018 ble i tillegg Credicare AS kjøpt opp for 150 millioner kroner.⁴⁹ Det tilsvarte 30 ganger årsresultatet for 2017. Credicare leverte, i likhet med Odin, betalingsautomater og inkassotjenester til legeklinner, men hadde i tillegg gode posisjoner innen veterinærer og treningssentre. Nedenstående graf viser selskapets økning i antall betalingsløsninger etter oppkjøpet av Credicare.



Kilde: [Convene Group Q4 2018 rapport](#)

Den organiske veksten og oppkjøpene har gjort Convene til en dominerende aktør innen fastlegekontorer og legevakter med en markedsandel på 80 prosent ifølge selskapets egne beregninger. I de øvrige segmentene er markedsandelene under 40 prosent.



Kilde: [Convene Q1-21 presentation](#)

⁴⁹ [Melin Group \(HI Bidco AS\) listing prospectus 8.10.2018](#). Note 17



Forbrukerrådet mener

«En markedsandel på mellom 70 og 80 prosent er i seg selv en klar indikasjon på at det foreligger en dominerende stilling.»⁵⁰ Med en selverklært markedsandel på 80 prosent av betalingsautomater på fastlegekontorene, kan derfor Convene rammes av konkurranselovens forbud mot utilbørlig utnyttelse av dominerende stilling (§11):

- a) å påtvinge, direkte eller indirekte, urimelige innkjøps- eller utsalgspriser eller andre urimelige forretningsvilkår*
- d) å gjøre inngåelsen av kontrakter avhengig av at medkontrahentene godtar tilleggssytelser som etter sin art eller etter vanlig forretningspraksis ikke har noen sammenheng med kontraktsgjenstanden*

Forbrukerrådet mener derfor at Konkurransetilsynet bør vurdere om for eksempel Convenes tvungne koblingssalg av inkassotjenester, fem års bindingstid og overprising av fakturagebyrer bryter mot konkurranselovens forbud mot misbruk av dominerende stilling.

⁵⁰ Konkurransetilsynet 12.10.2018: [Utfyllende tema-ark om misbruk av dominerende stilling](#)



3.6 Høye rentekostnader krever superprofitt

Driftsmarginen i Convene Group, 44 prosent i 2021, er ekstraordinært høy i både norsk og internasjonal målestokk. Det samme gjelder også selskapets finanskostnader som i 2021 utgjorde rundt 31 prosent av driftsinntektene.

Den høye gjeldsbelastningen fører til at selskapet trenger usedvanlige høye driftsmarginer bare for å opprettholde en positiv kontantstrøm. Med klare signaler fra Norges Bank om stigende renter er det naturlig å anta at selskapets rentekostnader vil øke. Selskapet har to børsnoterte obligasjonslån på til sammen 1,35 milliarder kroner i pålydende.⁵¹ Det største lånet er på en milliard kroner med en årlig rente på rundt 6,7 prosent. Renten på det lavere prioriterte lånet på 350 millioner kroner er med rundt 9,2 prosent høyere enn forsinkelsesrenten. De to lånene forfaller henholdsvis i slutten av oktober 2022 og januar 2023.

Convene Group årsregnskap (Millioner kroner)				
	2018	2019	2020	2021
Driftsinntekter	404	404	424	381
Salgskostnader	65	68	77	69
Personalkostnader	97	111	100	95
Andre Driftskostnader	80	71	55	51
Driftskostnader (eksl. avskrivninger)	242	250	232	215
Driftsresultat før av- og nedskrivninger	163	154	191	166
<i>Driftsmargin (før av- og nedskrivninger)</i>	<i>40 %</i>	<i>38 %</i>	<i>45 %</i>	<i>44 %</i>
Netto finansielle poster	(120)	(141)	(124)	(116)
Driftsresultat etter netto finansposter	43	13	67	50
<i>Driftsmargin (før av- og nedskrivninger og etter finans)</i>	<i>11 %</i>	<i>3 %</i>	<i>16 %</i>	<i>13 %</i>

Kilde: [Convene Group annual report 2021](#)

⁵¹ [Convene Group Annual Report 2021](#). Note 21:

SPECIFICATION OF BOND LOANS, CREDIT FACILITIES AND OTHER NON-CURRENT LIABILITIES

Bond loans	Ticker	Issue amount	Book Value	Coupon rate	Maturity date
<i>Amounts in NOK '000</i>					
Senior secured callable bond	HIBID01	1,000,000	991,640	3 month NIBOR + 5.5%	30.10.2022
2nd Lien Bond	HIBID02	350,000	346,285	3 month NIBOR + 8%	30.01.2023

3.7 Tette bånd til Patientsky Group

Pengene fra de børsnoterte obligasjonslånene ble først og fremst brukt til å delfinansiere oppkjøpet av Helseinnovasjon AS, morselskapet til Convene Group, til 1,67 milliarder kroner. Inntektene fra aksjesalget frigjorde kapital hos de fire aksjonærene, der Jesper Melin var største eier med 40,85 prosent. Tre av de fire aksjonærene reinvesterte deler av inntektene i det nye eierselskapet til det børsnoterte selskapet, Convene Group AS.

Patientsky Group og Convene Group er uavhengige juridiske enheter. Convenes betalingsløsning er imidlertid integrert i Patientskys skybaserte journalsystem for det norske helsemarkedet. I tillegg har de to selskapene en overlappende aksjonærgruppering som i praksis kan kontrollere generalforsamlingen i begge selskapene.⁵² Vedlegg 5 i rapporten beskriver PatientSkys oppkjøp, aksjonærstruktur og bindinger til Convene Group i større detalj.

4 Regelverket for gebyrer: strengt i teorien, slepphendt i praksis?

Denne rapporten begrenser seg i hovedsak til det Forbrukerrådet mener er tvilsomme gebyrer i primærhelsetjenesten. Dyre og usosiale gebyrer er imidlertid et utbredt fenomen også i andre forbrukerrettede bransjer. Det er derfor positivt at Regjeringen i Hurdalsplattformen vil «*kutte overprisede gebyrer.*»⁵³ Regelverket for fakturagebyrer både i og utenfor helsetjenesten bør stå lagelig til for endring.

For selskaper med store transaksjonsmengder koster det rundt fem kroner å produsere og distribuere en papirfaktura.⁵⁴ Det er tilsynelatende ingen begrensninger på hvor mye en leverandør kan kreve i fakturagebyr. Telenors kunder betaler for eksempel 79 kroner⁵⁵ i gebyr for en papirfaktura. DN estimerte i 2018 at selskapet sendte ut åtte millioner papirfakturaer årlig og anslo en årlig merinntekt på godt over en halv milliard kroner.⁵⁴

[NIBOR](#) ligger pr. 1. juni rundt 1,2 prosent.

⁵³Hurdalsplattformen side 8: <https://www.arbeiderpartiet.no/aktuelt/hurdalsplattformen/>

⁵⁴ <https://www.dn.no/markeds/telenor/dnb/lyse-energi/drar-inn-flere-hundre-millioner-pa-papirfakturagebyr-en-skikkelig-melkeku-for-bedriftene/2-1-409039>

⁵⁵ Telenor tok 59 kroner i fakturagebyr i 2018, men prisen har steget til 99 kroner i juni 2022 i følge Telenors chattebot.

4.1 Forbrukerkjøpslovens bestemmelser om fakturagebyr

Det er ikke helt fritt frem å kreve inn fakturagebyrer. I forbrukerkjøp er det forbrukerkjøpslovens §37.3 som bestemmer at en selger kun kan kreve fakturagebyr for forbrukerkjøp dersom det er *avtalt*.

«Selgeren kan ikke i tillegg til kjøpesummen kreve gebyr for utstedelse og sending av regning hvis ikke dette klart følger av avtalen».⁵⁶

Ifølge lovkommentaren kan «avtale» i praksis bestå av uttrykkelig varsel, oppslag i butikklokalet eller ved presiseringer i kataloger og brosjyrer. Kombinasjonen av normal forbrukeradferd og leverandører som ikke anstrenger seg for å kommunisere tydelig, har ført til at fakturagebyrer er blitt et lønnsomt forretningsområde i mange transaksjonsintensive selskaper.

Forbrukerkjøpsloven legger ingen begrensninger på hvor høye gebyrene kan være. Derimot inneholder markedsføringsloven, pristiltaksloven, finansavtaleloven og inkassoloven bestemmelser som skal tøyne en selgers mulighet til å kreve urimelige priser eller forretningsvilkår.

4.2 Særskilt regelverk for pasientbetalinger for helsetjenester

I helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 fastsettes det at kommunen har et ansvar for å «*sørge for bevilgninger som er nødvendige for å yte tjenester og sette i verk tiltak kommunen har ansvaret for etter loven her.*» Dette ansvaret gjelder også utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen. Slike utgifter skal helt eller delvis dekkes av kommunen etter nærmere avtale mellom kommunen og den privatpraktiserende.

Loven begrenser mulighetene til å legge på ulike former for administrative gebyrer for offentlige helsetjenester sammenlignet med ordinære forbrukerkjøp. Egenbetalinger for legebesøk som tilbys av kommuner, eller private som har avtaler med kommuner kan ikke pålegges pasientene med mindre det følger av lov eller forskrift jf. § 11-2 i helse- og omsorgstjenesteloven.

«§ 11-2. Vederlag for helse- og omsorgstjeneste
*For hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, herunder privat virksomhet som driver etter avtale med kommunen, kan kommunen **kreve vederlag av pasient og bruker når dette følger av lov eller forskrift.** Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om vederlag for helse- og omsorgstjenester og stille krav til at det utstedes spesifisert regning til pasienten.»*

⁵⁶ **Lovkommentar til § 37, 3 ledd:**

Såkalt fakturagebyr forutsetter i praksis at det klargjøres for kjøperen at faktura inngår som en omkostning som kommer i tillegg til kjøpesummen. «Avtale» kan i praksis bestå i uttrykkelig varsel, oppslag i butikklokalet eller ved presiseringer i kataloger og brosjyrer, jf. prp. s. [191-192](#) og [NOU 1993:27](#) s. 143.

Markedsføringsloven [§ 11](#) fjerde ledd krever nå uttrykkelig samtykke fra forbrukeren for enhver betaling ut over vederlaget for hovedytelsen, se nærmere Selvig og Lilleholt s. 190-191.

Hvilke lover og forskrifter dette omfatter finnes i forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester § 11. Her vises det til folketrygdloven § 5-4 og 5-8 med tilhørende stønadsforskrift og avtaler mellom Staten og profesjonsforeninger som for eksempel Den norske legeforening.

Loven regulerer privat virksomhet som driver etter avtale med kommunen, men ikke selskaper som for eksempel tilbyr betalingstjenester til de private virksomhetene.

4.3 Stønadsforskriften

*Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege (stønadsforskriften)*⁵⁷ inneholder uttømmende regler for hvilke egenbetalinger pasientene kan pålegges. Forskriften er hjemlet i folketrygdlovens § 5-4 som slår fast at «trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling av lege.» men bare «dersom legen har fastlegeavtale med kommunen.»

Stønadsforskriftens §2.6 forhindrer eksplisitt leger fra å kreve inn kostnader for administrative systemer. Forskriftens ordlyd ble strammet inn i 2016 etter at legekontorer med betalingsterminaler fra Convene i flere år hadde belastet pasienter med fem kroner i gebyr pr. kortbetaling.⁵⁸ For å, formodentlig, motivere legekantorene til å generere betalingsgebyrer for Convene, fikk de valget mellom å betale månedsleie for terminalen eller å velte kostnaden over på pasientene i form av kortgebyrer.⁵⁸

Stønadsforskriften § 2.6

Medlemmets egenandeler/egenbetalinger for å oppsøke lege er uttømmende regulert i forskriften, jf. kap. II. Leger er forhindret fra selv å kreve, eller inngå avtaler som innebærer, pasientfinansiering av administrative systemer som betalingstjenester, timebestillingssystemer og lignende. Dersom pasienten ønsker å motta faktura, kan det avkreves et fakturagebyr. Fakturagebyret skal ikke overstige kostnadene ved faktureringen.

Bestemmelsen slår fast at legen ikke kan legge kostnadene ved bruk av ekstern betalingsleverandør over på pasientene.⁵⁹ Det fremgår i tillegg at for å kunne kreve fakturagebyr, må pasienten ha

⁵⁷ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2021-06-25-2226>

⁵⁸ <https://e24.no/privatoekonomi/i/vQ9XEj/leger-tar-ulovlig-gebyr-for-aa-la-deg-betale>

⁵⁹ Før innføringen av effektive betalingssystemer brukte legekantorene eget personell til å håndtere pasientbetalinger. Når denne praksisen er automatisert og pasientene selv betaler i automatene er det naturlig å anta at dette har ført til vesentlige besparelser i form av reduserte lønnsutgifter. Hvis betalingsleverandørene skaper betalingsprosesser som gir store inntekter i form av fakturagebyrer, kan de subsidiere abonnementskostnaden for løsningen og på den måten få et konkurransefortrinn i forhold til leverandører som ikke belaster pasientene. Et fakturagebyr kan derfor betraktes som en del av totalkostnaden ved betalingsløsningen som i så fall må betales av fastlegekontoret.



«ønsket» å motta faktura, I den normale betydningen av ordet vil det si at pasienten må ha bedt om eller aktivt samtykket til å betale via faktura. Informasjon i form av oppslag o.l. om at faktura med gebyr vil bli tilsendt, vil ikke være nok for å kunne legge til grunn at pasienten har ønsket å motta faktura. Gebyret skal dessuten ikke overstige de faktiske kostnadene ved å sende ut en faktura. Da kan strømselskapet Motkraft, som tar seks kroner for å sende papirfaktura, være en relevant målestokk.

Forskriften presiserer imidlertid ikke at det med faktura menes papirfaktura selv om en elektronisk utsendt faktura kostnadmessig ikke bør skille seg nevneverdig fra betaling i automat. Leverandører av enkle regnskapssystemer tar for eksempel ingenting for sending av pdf-fakturaer og rundt tre kroner for fakturaer med KID-nummer.

Forbrukerrådet har formodet at leverandører av administrative systemer til primærhelsetjenesten legger til rette for at kundene holder seg innenfor regelverket. Praksis viser imidlertid at flere leverandører av slike systemer har et annet syn.

Forbrukerrådet anmodet Convene om å forklare hvordan selskapets praksis med å belaste pasientene med fakturagebyrer for både digitale og fysiske fakturaer tilfredsstiller stønadsforskriftens bestemmelser (Se vedlegg 4 for utfyllende begrunnelse fra Convene).

Convene svarte at selskapet ikke er bundet:

Vi inngår avtaler direkte med våre oppdragsgiver og fakturerer på deres vegne. I så måte er vi en tredjepart på lik linje med andre aktører som leverer betalingstjenester i ulike samfunnssektorer. Slik som stønadsforskriften er formulert med sin ordlyd og henvisning til annet relevant lovgivning, mener vi at den omhandler og regulerer legers selvstendige rettigheter og plikter. Som tredjepart er vi utenfor forskriftens virkeområde, og derfor ikke omfattet av stønadsforskriftens § 2 punkt 6, men derimot forbrukerkjøpsloven.

Anne Kjersti Befring, førsteamanuensis i rettsvitenskap har emneansvar for helserett ved juridisk fakultet ved Universitetet i Oslo. I et notat skrevet på oppdrag for Forbrukerrådet (se vedlegg 6), bekrefter hun at folketrygdloven og helse- og omsorgstjenesteloven ikke regulerer betalingsselskaper som Convene. Befring anbefaler at det for betalingstjenester er mer hensiktsmessig å gjøre eksplisitte endringer i de lovene som regulerer forbrukervernet, fremfor forskrifter gitt med hjemmel i folketrygdloven.

4.4 Motstridende tolkninger

Helsedirektoratet har ved flere anledninger forsøkt å stramme inn det de mener er regeloverskridende praksis gjennom presiserende brev til relevante aktører.

I 2013 fikk legekontorer, med betalingsautomater fra Convene, valget mellom å betale leie for automatene, eller å la leverandøren kreve inn fem kroner i gebyr pr. kortbetaling. Hundrevis av legekontorer valgte å skyve sine egne kostnader for automatene over på pasientene.⁶⁰

Helsedirektoratet satte foten ned,⁶¹ men praksisen fortsatte til rundt 2015.⁶²

Senere oppstod det en praksis der pasienter som bestilte konsultasjon via internett fremfor å ringe, måtte betale SMS gebyrer. I november 2017 skrev Helsedirektoratet et brev til fastlegene⁶³ der det ble presisert at:

Utgangspunktet i den offentlig finansierte helsetjenesten er at alle pasienter skal ha likeverdig tilgang og behandles likt. Pasientens egenandeler og egenbetaling er uttømmende regulert i lov og forskrift. Som en konsekvens har ikke behandlere adgang til å pålegge pasienten andre utgifter enn hva som følger av gjeldende regelverk. Folketrygdloven § 5-4 med tilhørende forskrifter regulerer pasienters egenandeler og egenbetaling.

Direktoratet presiserte at det er “uten rettslig betydning om det er behandler selv eller tredjepart som behandler har inngått avtale med som mottar betalingen.”

Helse- og omsorgsdepartementet har hatt en noe annen innfallsvinkel til dette regelverket enn Helsedirektoratet. Det kan være en indikasjon på at tolkningsrommet i regelverket er for romslig.

Departementet presiserte i 2017 begrensningene på legers muligheter til å belaste pasienter med kostnader som ikke er hjemlet i Folketrygden med tilhørende forskrifter.⁶⁴

⁶⁰ <https://e24.no/privatoekonomi/i/jdwXRA/helsedirektoratet-krever-nytt-svar-om-legenes-kortgebyrer-underlig-at-de-kan-si-det-er-lov>

⁶¹ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/05/20/-leger-tar-ulovlig-kortgebyr/>

⁶² <https://e24.no/privatoekonomi/i/jdwXRA/helsedirektoratet-krever-nytt-svar-om-legenes-kortgebyrer-underlig-at-de-kan-si-det-er-lov>

Justisdepartementets lovavdeling mente at det var anledning til å ta betalt for kortbetalinger, men Helsedirektoratet mente at en slik tolkning i så fall innebar at det bare var den faktiske transaksjonskostnaden som kunne belastes og ikke leien for automaten. Praksisen opphørte, etter det Forbrukerrådet erfarer, da stønadsforskriften ble endret i 2016.

⁶³ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/andre-finansieringsordninger/pasienter-skal-ikke-betale-sms-gebyr-for-timebestilling-eller-andre-internett-tjenester>

⁶⁴ <https://www.vadso.kommune.no/f/p1/i39b7fce2-efb7-4df7-b2ae-38e8d930ae56/fakturagebyr-ved-bruk-av-fastlegjetjenester3-002.pdf>

Bestemmelsen [stønadsforskriftens §2-6] hindrer legen å inngå avtaler med andre som i realiteten medfører at pasientene finansierer legens kostnader gjennom gebyrer og lignende.

I neste avsnitt utdypet imidlertid Departementet sitt syn ved å likevel åpne for pasientbetaling til systemleverandørene.

*Det er imidlertid ikke slik at bestemmelsen forbyr enhver pasientbetaling i forbindelse med bruk av fastlegetjenester som ikke er forskriftsfestet i stønadsforskriften. Ovennevnte bestemmelse regulerer ikke forhold der kommersielle aktører krever gebyr/betaling **når dette ikke går til å dekke legens del av kostnadene ved å ta i bruk en tjeneste.***

Bestemmelsen hindrer for eksempel ikke kommersielle aktører å ta betalt av pasienter som velger å bruke en SMS-tjeneste for å bestille time hos fastlegen eller fornye en resept. Disse pasientene må, i likhet med pasienter som bruker telefonen, påregne å dekke sine utgifter ved bruk av den aktuelle tjenesten for å oppnå sitt mål.

Departementets lovforståelse åpner for at kommersielle aktører kan kreve gebyr «når dette ikke går til å dekke legens del av kostnadene ved å ta i bruk en tjeneste.» Dette er et godt eksempel på hvordan et upresist regelverk kan skape utilsiktede kommersielle muligheter for private aktører. Hva som er legens del av en kostnad, er hverken innlysende eller enkel å avgrense.

I dette regulatoriske grenselandet åpnes det muligheter for å konstruere avtaler som minimerer legekontorets kostnader, men til gjengjeld åpner slusene for en selvbetjent tilgang til pasientenes betalingsstrøm.

4.5 Helse- og omsorgsministeren om fakturagebyrer

Norges Blindeforbund ga i 2017 Kjersti Toppe (Sp), daværende stortingsrepresentant og nåværende barne- og familieminister, tilbakemelding om at en rekke medlemmer slet med å betale på fastlegenes betalingsautomater. Mange opplevde at legekantorenes løsning var å gi dem faktura med et ekstra gebyr. Blindeforbundet tolket regelverket slik det bare er tillatt å kreve gebyr når en pasient eksplisitt ber om faktura.

Toppe stilte derfor spørsmål, til daværende helseminister Bent Høie, om «fastlegekantor [hadde] anledning til å ilegge gebyr for pasienter som ikke klarer å benytte seg av betalingsautomat?»⁶⁵

⁶⁵[Skriftlig svar til Kjersti Toppe \(Sp\) fra helse- og omsorgsministeren 15.11.2017.](#)



Helseministeren ga Blindeforbundets tolkning medhold og sa at «i medhold av [stønads]forskriften kan fastleger kun kreve fakturagebyrer av pasienten dersom pasienten selv ønsker (vår understrekning)⁶⁶ å betale for fastlegetjenester via faktura.»

Høie var i tillegg klar på at fakturagebyrer ikke skulle kreves dersom terminalen var for vanskelig å bruke for pasienten.

Fastleger kan ikke kreve fakturagebyr av pasientene dersom fakturaen utstedes fordi fastlegekontoret ikke aksepterer kontant betaling eller dersom betalingsmaskinen er for komplisert å bruke for eldre person eller en person med funksjonsnedsettelse.⁶⁷

Helseministerens svar illustrerer gapet mellom myndighetenes intensjon og pasientenes faktiske opplevelse når egenandelen skal betales.

⁶⁶ For ordens skyld presiseres at når det i sitatet står «min understrekning» så er det helseministerens egen understrekning og ikke Forbrukerrådets.

⁶⁷ [Skriftlig svar til Kjersti Toppe \(Sp\) fra helse- og omsorgsministeren 15.11.2017.](#)

5 Et håndhevelsesfritt rettsområde?

Vi har gjennomgått sanksjonsmulighetene innenfor lovreguleringen av virksomheten knyttet til kommunale helsetjenester. Konklusjonen er generelt at konsekvensene ved å bryte regelverket er svært begrensede.

5.1 Innledende betraktninger

Lovreguleringen av de kommunale helsetjenestene er spredt på mange ulike lover og avhenger av hva som skal reguleres. De fleste av bestemmelsene er naturlig nok knyttet til selve helsetjenesten, mens den administrative delen, inkludert betalingssystemer i liten grad er regulert. De fleste lovreglene pålegger plikter, og er av offentligrettslig karakter, det vil si at de pålegger de offentlige instansene ulike plikter og ansvar. Bestemmelsene retter seg mot instansene i form av pålegg, men uten at pasienter som bli offer for brudd på pliktene gis individuelle rettigheter.

Bestemmelsene åpner dessuten i liten grad for tilsyn og offentligrettslige sanksjoner mot de instanser som ikke følger lovpålegg. Det er også variabelt og tilfeldig om og i hvilken grad enkeltbrudd på reglene eller uheldig praksis blir rapportert og fulgt opp videre. Utenforstående, som for eksempel presse og interesseorganisasjoner, har derfor en viktig rolle i at uheldig praksis følges opp. Forbrukerrådets innsats, etter pandemiens utbrudd i mars 2020, bidro for eksempel til å skape forståelse for at det var urimelig å tvinge e-pasienter til å betale fakturagebyrer.

5.2 Ansvar og plikter

Ansaret for helsetjenester på grunnplanet, det vil si i **kommunene** og hos fastleger med kommunal fastlegeavtale, er i hovedsak pålagt kommunene. De skal blant annet sørge for at alle i kommunen gis nødvendige helse- og omsorgstjenesters og har plikt til å *«planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift»*.

Kommunene skal:

- sørge for nødvendige bevilgninger bl.a. til privat praksis som drives etter avtale med kommunen
- organisere fastlegeordningen
- sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.
- sørge for at tjenestene er i tråd med krav fastsatt i lover og forskrifter
- inngå en individuell avtale med leger i fastlegeordningen



Fastlegene, helsemyndighetene og statsforvalteren har også sine ansvarsområder knyttet til helsetjenestene. Disse er beskrevet i nedenstående tabell:

Instans	Ansvar og virkeområde
Fastlegen	Plikter å drive sin virksomhet i tråd med krav fastsatt i lov- og forskrift, oppdatert kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer
Departementet	Har ansvaret for å utforme og vedta regler. Det inkluderer å fastsette regler for fastlegeordningen og gi forskrifter om stønad om trygd, herunder om tilskudd til fellestiltak for leger.
Helsedirektoratet	Skal utforme nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter målene som er satt for helse- og omsorgstjenesten. I tillegg skal direktoratet formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer og legge grunnlaget for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter
Statsforvalteren	Statsforvalterens rolle inkluderer å føre tilsyn med kommunens generelle ansvar for helse- og omsorgstjenester, og føre tilsyn med kommunens gjennomføring av egenandelsordningen

Tabell 1 Oversikt over fastlegene, helsemyndighetene og statsforvalterens ansvar og virkeområde

5.3 Begrensede sanksjons- og klagemuligheter

Helselovgivningen inneholder få offentlige sanksjonsregler. Hverken stønadsforskriften eller annen relevant lovgivning knyttet til betaling for helsetjenester har tilstrekkelig avskrekkende regler om sanksjoner rettet direkte mot dem som bryter reglene om pasientbetaling av administrative systemer. Det er heller ikke fastsatt regler om kompensasjon til fordel for pasientene som berøres av bruddene.

	Sanksjonsmuligheter
Helsepersonelloven	Inneholder sanksjoner mot helsepersonell ved brudd på forsvarlig helsebehandling.
Statsforvalter	Har et visst tilsynsansvar ift. kommunens utøvelse av ansvar, og da slik at statsforvalter kan kreve endring/retting
Folketrygdloven	Inneholder en rekke sanksjoner mot arbeidsgivere eller virksomheter som ikke følger reglene om innsendelse og innrapportering av arbeidstakeres inntekt som grunnlag for beregning av skatt og trygd.

Tabell 2 Oversikt over lover og instanser med sanksjonsmuligheter ved brudd knyttet til betaling av helsetjenester

Helsedirektoratet bekrefter at det mangler gode sanksjonsmuligheter ovenfor betalingsleverandører og fastleger:⁶⁸

⁶⁸ Svar fra Helsedirektoratet på spørsmål fra Forbrukerrådet, 17.1.2022

Slik Helsedirektoratet ser det, er det lite vi kan gjøre overfor Convene. Direktoratet har heller ingen sanksjonsmuligheter overfor leger som velger å inngå avtaler med faktureringselskaper i strid med stønadsforskriften. Egenandeler og egenbetaling omfattes ikke av de sanksjonsbestemmelsene vi har i folketrygdloven

Helsedirektoratet opplyste at heller ikke fastlegeforskriften har noen direkte bestemmelser om sanksjoner, annet enn et krav (§33) om at KS og den norske legeforening skal inngå en avtale om korrigerende tiltak, sanksjoner og regler som kommunene skal forholde seg til ved manglende oppfyllelse av fastlegeforskriften. I denne rammeavtalen kan kommunen holde tilbake 20 prosent av fastlegens basistilskudd inntil forholdet er rettet. Hvis dette rettes opp i, skal det tilbakeholdte tilskuddet utbetales.⁶⁹

I den grad det offentlige kan reagere, er det således kommunen som må bruke avtalen mellom seg og fastlegene og be om at legen korrigerer sin praksis. Det har i praksis vist seg vanskelig å få til. Dette til tross for at direktoratet i to omganger har sendt ut brev til alle landets kommuner, samtidig som vi også sende likelydende informasjon til legene og de regionale helseforetakene.

Svar fra Helsedirektoratet på henvendelse fra Forbrukerrådet

5.4 Manglende konsekvenser

Fraværet av meningsfylte reaksjonsformer mot brudd mot stønadsforskriftens §2.6, reiser et betimelig spørsmål: Har det i praksis oppstått et håndhevelsesfritt rettsområde der bedriftsøkonomisk lønnsomhet veier tyngre enn regelverk og hensynet til pasientenes rettigheter?

⁶⁹ [ASA 4310 - Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fast legeordningen i kommunene:](#)

15. Korrigerende tiltak ved avtalebrudd

Ved brudd på bestemmelser i fastlegeforskriften, rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen eller individuell avtale kan kommunen be om retting av forholdet. Varsel om retting skal gis skriftlig og begrunnes. Frist for retting av forholdet skal være rimelig. Legen har rett til å uttale seg før et formelt varsel gis. Hver av partene kan kreve et møte om saken.

Dersom legen etter fristens utløp ikke har rettet forholdet, kan kommunen gi legen en skriftlig advarsel om at det vil bli iverksatt trekk i basistilskuddet dersom ikke forholdet rettes uten unødig opphold.

Dersom legen etter advarsel ikke har rettet forholdet uten unødig opphold, kan kommunen holde tilbake inntil 20 % av basistilskuddet hver måned inntil forholdet er rettet.

Kommunen skal ved sin skjønnsmessige vurdering av om basistilskuddet skal holdes tilbake legge vekt på type mangel, omfang av mangel, grovhet mv.

Kommunens vedtak om trekk i basistilskuddet er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven §2.b).

Saken skal drøftes mellom KS og Legeforeningen dersom en av partene krever det.

Ved retting av forholdet utbetales fullt basistilskudd. Tilbakeholdt basistilskudd i bruddperioden utbetales.



Det er mulig både å klage og få medhold, men det er tvilsomt om muligheten for å få tilbake 71 kroner i fakturagebyr forsvarer ressursbruken ved å klage helt til statsforvalteren eller Finansklagenemnda for å få tilbake gebyret. Det fremstår likeledes som lite sannsynlig at medhold i enkeltklager vil føre til varig endringer i gebyrpraksis. Nedenstående sitat er tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie forklaring om klagesaksgangen:⁷⁰

Fastlegeordningen [er] en kommunal tjeneste og oppgave. Det er derfor en kommunal oppgave å følge opp fastleger som bryter regelverket knyttet til pasientbetaling. Jeg oppfordrer dem som opplever dette å ta det opp med fastlegen. Om dette ikke fører frem bør de kontakte kommunen. Hvis ingen av disse tiltakene gir ønsket effekt, kan pasienten vurdere å klage vedkommende fastlege inn til Fylkesmannen.

Helseminister Bent Høie

Helsedirektoratets presiseringer har utvilsomt hatt en viss effekt på etterlevelsen av stønadsforskriften. I fraværet av ubehagelige konsekvenser av å ignorere Helsedirektoratet, vil imidlertid den tvilsomme gebyrpraksisen fortsette på mange legekontorer rundt omkring i landet.

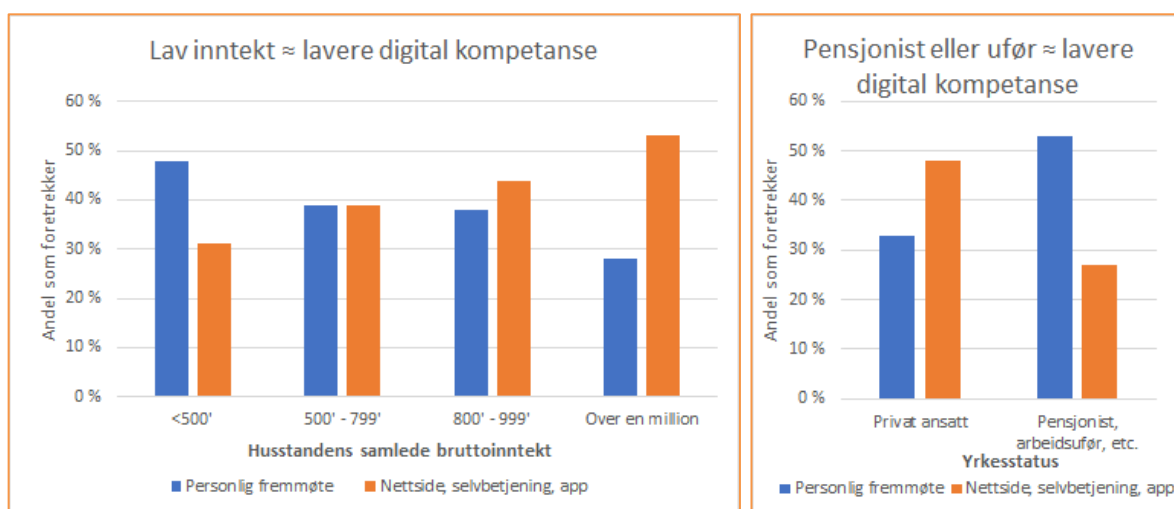
Forbrukerrådet mener det er nødvendig med regulatoriske endringer for å sikre en annen gebyrpraksis, slik at det ikke er pasientens ansvar å håndheve lovgivers intensjon.

⁷⁰ Skriftlig svar til Kjersti Toppe (Sp) fra helse- og omsorgsministeren 15.11.2017.

6 Stor belastning for pasientene

«Alle som bor i Norge har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester.»⁷¹ Samtidig benyttes disse tjenestene ofte når mottagerne befinner seg i sårbare situasjoner. Denne rapporten beskriver hvordan pasienter i de kommunale og regionale helsetjenestene systematisk blir utsatt for tvilsomme krav om pasientbetaling. Dette har en økonomisk side som først og fremst rammer pasienter med lav digital kompetanse eller de med helseplager eller funksjonsnedsettelse som gjør det krevende å orientere seg gjennom Convenes betalingstjenester.

Rambølls fastlegeundersøkelse i 2020⁷² viser at pensjonister, uføre, andre utenfor arbeidsmarkedet og husstander med lav inntekt i større grad enn andre grupper både foretrekker personlig fremmøte på fastlegekontoret og i mindre grad foretrekker digitale kanaler.



Kilde: Rambøll – Fastlegeundersøkelsen 2020 (IT i praksis)

Korte frister og digitale terskler kan fremkalle stress, følelser av maktesløshet og i verste fall bidra til å forsterke helseplager. Det er åpenbart at det i stor grad er de mest sårbare pasientgruppene som ender opp med å finansiere legekantorenes betalingsløsninger. Det inkluderer de som trenger hjelp fra pårørende med å betale, de minst bemidlede, pasienter med svekket mental kapasitet eller eldre uten smarttelefon.

Avisa Nordland skrev i januar 2022 om en verge som har opplevd å håndtere store inkassosalærer som påløp før han ble oppnevnt som verge. Til Avisa Nordland forteller han at «en av grunnene til at mennesker havner under vergemål er at de ikke er i stand til å ivareta ting som økonomi, nettbank, kortbetaling med mer.»⁷³

⁷¹ HelseNorge: [Din rett til helsehjelp](#)

⁷² Fastlegeundersøkelsen. Rambøll 2020

⁷³ Avisa Nordland (an.no) 11.1.2022: [Godtar ikke kommunens bruk av inkasso etter legebesøk](#)

Han ble selv utsatt for fakturagebyr etter en telefonkonsultasjon med legen sin og reagerte på at han må betale «av egen lomme for at en privat aktør skal utføre fakturering på vegne av kommunen.»

Bruken av inkassoselskap som utsteder gebyrer, er en usosial praksis som bør opphøre. Kommunen bør finne alternative løsninger, løsninger som gjør at sårbare mennesker slipper å betale ekstra for å gå til legen sin.⁷⁴

Intervju i Avisa Nordland 11.1.2022

Fastlegene kjenner pasientene sine og er bedre skikket enn et inkassoselskap til å vurdere om et krav bør slettes, stilles i bero eller sendes til inkasso. Derfor er det betenkelig at fastlegene allerede i standardbetingelsene overlater råderetten over fordringsmassen til Convene. Med kontroll over denne fordringsmassen kan Convene drive det professor Mads Andenæs kaller «en industriell masseproduksjon av småkrav som går til tvangsinndrivelse.»⁷⁵ Fra det tidspunktet Convene lykkes med å få en pasient til «velge» å betale med faktura, tilhører inntektene fra fakturagebyr, purregebyr, inkassovarsel, inkassosalær og skrivesalær selskapet.

Kampanje mot CONVENE (Melin Medical/Melin Collectors)

Inkassoselskaper scorer generelt lavt på kundetilfredshet. Det hører likevel til sjeldenhetene at det opprettes facebook-kampanjer mot dem. Tone Sannerud fikk ikke medhold i Finansklagenemnda da fire ubetalte egenandeler endte opp med å koste rundt 18.000 kroner.⁷⁶ Som en reaksjon etablerte hun facebookgruppen, «Kampanje mot Convene,» som i dag har rundt 940 medlemmer. En fellesnevner blant medlemmene er en form for kollektiv undring over hvordan Convenes forretningsmetoder kan være lovlige.

Nedenfor er to innlegg som illustrerer hvordan to pasienter opplever selskapets gebyrmetoder:



⁷⁴ Avisa Nordland (an.no) 11.1.2022: [Godtar ikke kommunens bruk av inkasso etter legebesøk](#)

⁷⁵ Nr.no 26.12.2018: [27.000 legebetalinger til tvangsinndrivning i fjor](#)

⁷⁶ <https://www.nrk.no/norge/27.000-legebetalinger-til-tvangsinndrivning-i-fjor-1.14355987>



Jeg er så fortvilet og forbannet! Det er ikke alltid at hverken helsen, psyken eller kontoen kan være parat på kun 24 timer etter ett legebesøk/e-dialog. Som uføre har man nok bekymringer fra før. Ikke bare kvier man seg for å ta kontakt med fastlegen, men så kvier man seg ekstra pga den belastningen Convene påfører i etterkant

7 Forslag til tiltak

Dagens gebyrpraksis i primærhelsetjenesten kan ikke fortsette. Forbrukerrådet har i arbeidet med rapporten identifisert flere tiltak for å sikre reduserte gebyrer og økt forbrukervern.

7.1 Endre i forbrukerkjøpsloven

Fakturagebyrer er et problem innen flere områder enn helsevesenet. Det er for eksempel svært utbredt innen tjenester som telekom, strøm og parkering. Som nevnt i innledningen er vanligvis fakturagebyrene fullstendig fristilt fra den faktiske forsendelseskostnaden. Med fakturagebyrer på opptil 100 kroner kan det virke som det snart bare er fantasien som setter grensen for hvor mye det er mulig å kreve.

Disse gebyrene bidrar til å tilsløre den faktiske prisen for tjenestene og rammer disproportjonalt sårbare forbrukere med lav digital kompetanse.

Det kan derfor være fornuftig å starte med forbrukerkjøpslovens §37.3:

Selgeren kan ikke i tillegg til kjøpesummen kreve gebyr for utstedelse og sending av regning hvis ikke dette klart følger av avtalen.

Praksis viser at denne paragrafen åpner for å etablere fakturagebyrer som et selvstendig forretningsområde og gjerne med påslag på over ti ganger den reelle kostnaden. Forbrukerrådet mener derfor det vil være fornuftig å innføre et tak på fakturagebyrer som ikke overstiger det maksimale purregebyret i etter inkassoforskriften § 1-2 første ledd (35 kroner). Dette nivået vil fremdeles være svært lønnsomt for betalingsleverandøren. Det er samtidig høyt nok til å motivere forbrukeren til å etablere autogiro- eller e-fakturaavtale for å slippe det. Det bør i tillegg presiseres at forbrukere ikke skal belastes fakturagebyr for digitalt utsendte fakturaer. Disse representerer ikke en nevneverdig merkostnad for leverandøren sammenlignet med andre betalingsmåter.

Forslag til ny paragraf 37 (TI) i Forbrukerkjøpsloven

Forslag til nytt tredjeledd der det nye er i kursiv:

«Selgeren kan ikke i tillegg til kjøpesummen kreve gebyr for utstedelse og sending av regning hvis ikke dette klart følger av avtalen. *Gebyret kan ikke være høyere enn satsen for purringer etter inkassoforskriften § 1-2 første ledd. For elektronisk utstedelse eller elektronisk sending av regning kan det ikke kreves gebyr.*»

I tillegg forslår vi enkelte presiseringer i stønadsforskriftens §2.6, innføring av overtredelsesgebyrer og forbud mot tvungent koblingssalg av betalingstjeneste og inkassoselskap.

7.2 Presisering av stønadsforskriftens §2.6

"For å fjerne tvil og fortolkningsrom bør stønadsforskriften speile gebyrtaket som er nedfelt i inkassoforskriften §1.2 (35 kroner). Det bør likeledes presiseres at fakturagebyr kun kan kreves for postlagte papirfakturaer.

7.3 Innføring av overtredelsesgebyrer

Det vil være hensiktsmessig om kompetansen til å ilegge overtredelsesgebyrer legges til en sentral instans som for eksempel Helsetilsynet.

Det vil, uavhengig av fastlegenes ansvar, være lettere for myndighetene å kreve at en håndfull systemleverandører leverer løsninger som tilfredsstiller regelverket, enn å overlate ansvaret til 5.000 fastleger og et stort antall avtalespesialister i de regionale helseforetakene.

Leverandørene kan enkelt tilpasse systemleveransen slik at fastlegen ikke kan bryte regelverket. Leverandørenes ansvar for å ikke levere løsninger som strider mot helsereguleringen må tydeliggjøres.

For at overtredelsesgebyret skal få en preventiv virkning bør størrelsen minst stå i forhold til den urettmessige gevinsten ved å bryte regelverket.

7.4 Forby tvungent koblingssalg av betalingstjeneste og inkassoselskap

Det er legene ved legekantoret som har best forutsetninger for å vurdere om det er hensiktsmessig å sende ubetalte fakturaer til inkasso. I tillegg bør det være en selvfølge at valg av en dominerende betalingsløsning ikke automatisk binder legekantoret til denne leverandørens inkassoselskap. Det bør derfor, for offentlig finansierte helsetjenester, innføres pålegg om at legekantoret har siste ord om krav som sendes til inkasso og forbud mot koblingssalg av betalings og inkassotjeneste.

8 Vedlegg 1: Gebyrfeller

Man bør være forsiktig med å trekke konklusjoner fra anekdotiske eksempler, men det er likevel nyttig å forstå den enkelte pasients møte med gebyrmotiverte betalingsmodeller.

Eksempel 1

En av denne rapportens forfattere fikk erfare hvor vanskelig det kan være å slippe unna Convenes fakturagebyr etter en telefonkonsultasjon. Han hadde ringt sitt fastlegekontor om et akutt behov for et legemiddel og fått melding om at han først kunne få en time uken etter. Fastlegen ringte imidlertid tilbake samme dag og ordnet resepten til pasientens store glede. Han var, i motsetning til de aller fleste pasienter, kjent med både stønadsforskriften og helsedirektoratets pålegg om at fjernpasienter må få mulighet til å betale uten å bli belastet med fakturagebyr. Han ble derfor overrasket da han, istedenfor en SMS med betalingsinstruksjoner, fikk en elektronisk faktura med fakturagebyr.

FAKTURASPEKIFIKASJON 	
BESKRIVELSE	BELØP
Egenandel, konsultasjon, sykebesøk, resept, laboratorieundersøkelse mm.	160,00
Diverse, materiell, medisin, attester, uteblitt fra avtalt time mm.	0,00
Fakturagebyr	69,00
Utestående beløp	229,00

Han ringte derfor legekontoret og ba legesekretæren i den andre enden om å fjerne fakturagebyret. Svaret var at dette ikke var mulig og at han heller kunne ha kommet til legekontoret og betalt i automaten hvis han hadde ønsket å unngå gebyret. Han svarte at dette var et brudd på regelverket, at han kun ville betale egenandelen og at han så frem til å bestride kravet dersom det gikk til inkasso. Det ble imidlertid ikke nødvendig fordi fastlegen ringte tilbake, beklaget misforståelsen og sa at han bare kunne betale egenandelen og glemme gebyret.

Overraskelsen var derfor stor da han en snau måned senere fikk et elektronisk inkassovarsel for manglende betaling av restbeløpet (les fakturagebyret) og 35 kroner i varselsgebyr på toppen.

FAKTURASPEKIFIKASJON 	
BESKRIVELSE	BELØP
Opprinnelig totalbeløp	229,00
Innbetalt beløp	160,00
Varselsgebyr	35,00
Utestående beløp	104,00

Da han ringte Convene for å bestride kravet og forklare bakgrunnen, gikk saksbehandleren med på å slette kravet uten protester.

Forbrukerrådet formoder at de færreste fastlegepasienter har satt seg inn i stønadsforskriftens bestemmelser eller ønsker å bruke tid og energi på å bestride urettmessige krav om fakturagebyr. Det vil være lønnsomt for Convene dersom de fleste betaler regningen, og at selskapet heller godtar at de som tar seg tid til å klage slipper å betale.⁷⁷

Eksempel 2

En annen ansatt i Forbrukerrådet fikk fakturagebyr direkte etter en e-konsultasjon i 2021. Hun fikk heller ikke muligheten til å betale gebyrfritt innen 24 timer.

Hun tok kontakt med legekontoret, som ikke var klar over at pasientene ikke fikk muligheten til å betale gebyrfritt. De ba henne om å ikke betale gebyret, og lovet å få rettet opp slik at pasientene deres ikke skulle være tvunget til å betale fakturagebyr etter en e-konsultasjon.

I dette tilfellet rettet fastlegekontoret opp, men det krevde igjen en oppmerksom pasient med innsikt i egne rettigheter. Det er naturlig å anta at flere fjernpasienter på dette legekontoret også hadde blitt avkrevd urettmessige gebyrer.

Eksempel 3

Forbrukerrådets veiledningstjeneste får hyppig henvendelser fra forbrukere som reagerer på overraskende fakturagebyrer etter legebesøk.

En forbruker var ikke oppmerksom på at man ikke kunne betale med kredittkort i legekontorenes betalingsautomat. Da han forstod dette trykket han på knappen for faktura og ble svært overrasket over at en faktura han selv skrev ut utløste et gebyr på 69 kroner.⁷⁸

En annen forbruker ble overrasket over å få en SMS-faktura fra Convene med gebyr når hun tidligere, for en annen behandling, hadde fått SMS med mulighet for gebyrfri kortbetaling innen 24 timer.

⁷⁷ Dinepasienter.no 28.11.2019 – [Vanlige grunner til at pasienten er uenig i betalingskravet fra legen](#):

Dine pasienter er en blogg fra Melingroup (Convene) som skal gi nyttige råd til den som er involvert i drift av helsevirksomhet. Nedenstående klipp fra bloggen handler om hvordan legekontoret bør håndtere pasienter som «ikke vil bøye av:»

«Innsigelser og uenigheter om faktura og utestående kan stjele både tid og energi fra helsepersonellet. Som vi var inne på tidligere; det handler om kunnskap og informasjon. En medarbeider som er godt drillet i de vanligste spørsmålene rund pasientbetaling vil nok klare å avklare de fleste situasjonene, både gjennom direkte svar og henvisning til riktig sted for informasjon.

Dersom det ser ut til å være vanskelig å komme til en enighet og forståelse, kan det noen ganger være fornuftig å se stort på det og gå for en avklaring, selv om pasienten oppnår en «uriktig» prisreduksjon.»

⁷⁸ Forbrukerrådet har registrert at det i en av PatientSkys klinikker står en parentes i liten skrift med gebyrets størrelse under knappen for faktura. Det skal derfor ikke utelukkes at pasienten som tok kontakt med Forbrukerrådet hadde oversett dette.

9 Vedlegg 2: Andre leverandører

Siden 2010 har det kommet flere leverandører av betalingsløsninger i helsemarkedet. Nykommerne inkluderer blant annet Helserespons, Medipay fra Payex og Convene.

9.1 Helserespons

WTW AS er et selskap som blant annet utvikler og leverer mobile betalingsløsninger. Det inkluderer betalingsapper for kollektivbilletter, havneavgifter og parkering. Innenfor helsebransjen tilbyr WTW en løsning som kalles Helserespons. Det inneholder løsninger for pasientdialog, e-konsultasjon, hjemmeside, betalingsløsning, digital pasientpostkasse og online timebok. Ifølge WTW bruker over 1.000 legekontorer Helserespons' løsning for pasientdialog.

9.1.1 Betalingsløsning

Helserespons leverer en komplett betalingsløsning med automat som er klargjort for mobile betalingsløsninger. Hvis pasienten velger å passere automaten etter endt time, blir det tilsendt faktura via SMS og i Vipps. Det legges ikke gebyr på fakturaen med mindre pasienten selv krever å få fakturaen tilsendt pr. brevpost.

Legekantoret betaler 1.560 kroner pluss MVA i måneden for automaten og den øvrige betalingsløsningen.⁷⁹ I tillegg betaler legekantoret en transaksjonskostnad som avhenger av betalingsformen. Det er ingen bindingstid på tjenesten. Etter det Forbrukerrådet erfarer åpner ikke Helserespons for at legekantoret kan legge på egne fakturagebyrer.

9.1.2 Timebestilling

Helserespons endret nylig sin betalingsmodell slik at pasientene ikke lenger skal betale for timebestillinger.⁸⁰ Det er likevel interessant å studere hvordan selskapets gamle modell oppmuntret legekantorene til å la pasientene ta regningen.

Helserespons timebestillingsløsning kostet månedlig 449 kroner pluss MVA. Det ga legekantoret tilgang til SMS, app, hjemmeside, pasientpost og online timebok. I tillegg fikk legekantoret valget mellom to betalingsmodeller for betaling av SMS meldinger fra legekantoret til pasienten.⁸¹

⁷⁹ <https://helserespons.no/home/#helserespons>

⁸⁰ Dette gjelder nye avtaler. Det er fremdeles mange legekantorer der pasientene fremdeles blir avkrevd seks kroner pr. SMS. Disse vil bli flyttet over på den nye modellen når avtalene fornyes eller tidligere dersom legekantorene ønsker det.

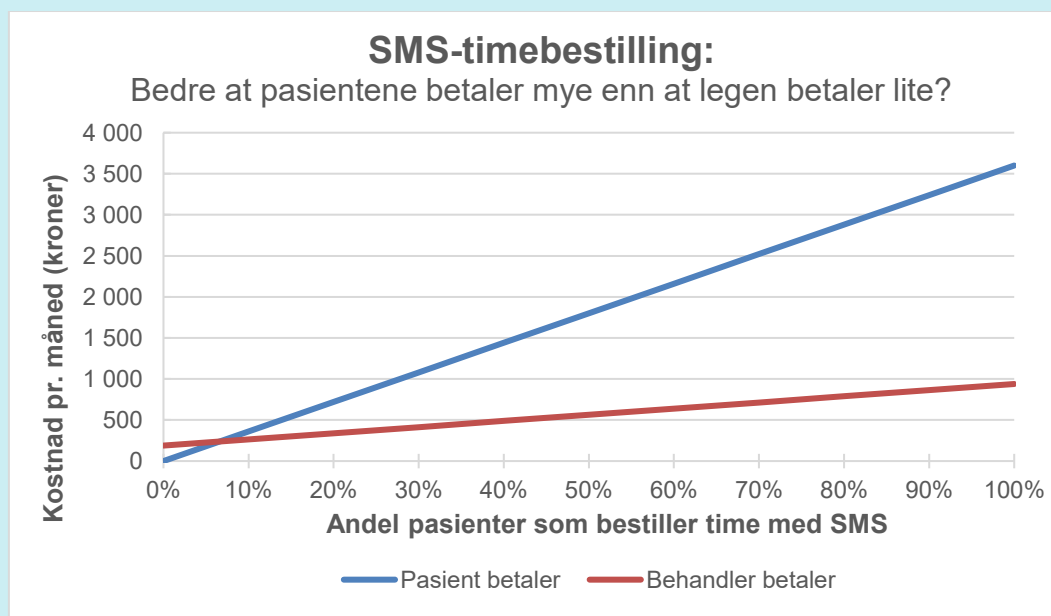
⁸¹ <https://helserespons.no/home/#priser>



I det første alternativet skulle hver behandler betale en månedskostnad på 149 kroner pluss MVA. I tillegg måtte behandleren betale én krone pluss MVA for hvert svar eller bekreftelsesmelding som ble sendt til pasienten.

I det andre alternativet ble alle kostnadene istedenfor veltet over på pasientene som måtte betale seks kroner pr. inngående SMS fra legen. Totalt sett blir dette rundt 12 kroner pr. konsultasjon som bestilles via SMS, app eller nettside. Da slipper pasienten telefonkø og får, ifølge Helserespons, automatisk og umiddelbar respons. I den nye modellen koster løsningen 469 kroner pr. behandler. Det inkluderer utsendelser av SMSer.

Nedenstående graf sammenligner den månedlige kostnaden for en fastlege dersom han valgte å betale systemkostnaden selv, mot hva pasientene måtte betale for timebestilling dersom legen valgte det. Grafen viser at om bare fem prosent av pasientene bestilte time på internett eller app, så ble den totale kostnaden lik for de to betalingsmodellene med 186 kroner pr. måned. Hvis derimot 50 prosent av pasientene bestilte time gjennom systemet så økte pasientenes månedskostnad til 1.800 kroner pr. måned. Dette er over tre ganger høyere enn inntekten ville blitt om legen selv hadde valgt å dekke kostnaden (564 kroner pr. måned).



Forutsetninger: En behandler jobber 20 dager i måneden og behandler 15 pasienter om dagen.

Kilde: Forbrukerrådets beregninger basert på Helserespons prisliste på helserespons.no

Vi vet ikke hvor stor andel av pasientene som valgte å bestille timer digitalt.

Nedenstående utklipp (venstre) er fra en klinikk med Helserespons, men vi har sett nøyaktig den samme ordlyden på hjemmesidene til mange andre klinikker. Det står tydelig at tjenesten er valgfri og hva den koster. Likevel etterlater formuleringen: «*du har også muligheten til å kontakte legekontoet på telefon eller ved personlig oppmøte*» et inntrykk av at dette ikke er like gangbare

bestillingsmetoder. Det krever i tillegg en ekstra manøver fra pasienten i form av å finne klinikkens telefonnummer.

Det andre utklippet (høyre) er fra en klinikk som har valgt å følge regelverket og ta kostnaden på egen kappe.

Legetime

Her kan du bestille og avbestille timer.

Ikke benytt denne tjenesten dersom det gjelder øyeblikkelig hjelp. Du vil få svar så raskt som mulig på SMS.

Denne tjenesten koster kr 6,- per mottatt melding (normalt 2-3 meldinger). Tjenesten er et tilbud til deg fra HelseRespons, og er valgfri for deg som pasient å benytte deg av. Du har også mulighet til å kontakte legekantoret på telefon eller ved personlig oppmøte.

Hvordan bestille time?

Det er mange som ønsker å nå oss og det kan ta litt tid å komme igjennom på telefon.

Om du vil gjøre det enkelt og spare tid kan du benytte vårt SMS kørsystem. Da skriver du **MARKVEIEN** navnet ditt fødselsdatoen din og grad av hast og sender meldingen til 2097.

En slik melding kan se slik ut: MARKVEIEN Ola Hansen 040590 ønsker time.

Tjenesten er gratis. Ønsker du å benytte TIME SAMME DAG, skal du sende sms fra kl 16 dagen før du ønsker time.

<https://helserespons.no/web/smestad/internettbestilling/> <https://markveienlegesenter.no/internettbestilling/>

Stønadsforskriftens forhindrer pasientfinansiering av administrative systemer som blant annet timebestillingssystemer. Det bør ikke herske tvil om at HelseRespons leverer et timebestillingssystem. Det er videre et substitutt for timebestilling pr. telefon, som reduserer klinikkens øvrige administrative kostnader.

9.2 Medipay fra Payex

Medipay er en rendyrket betalingsløsning fra Payex som blant annet er integrert i journalsystemet til Pridok. Etter endt konsultasjon får pasienten et betalingsvarsel pr. SMS med link til Medipay. Herfra kan pasienten velge å betale med kort, Vipps eller faktura. Dersom pasienten glemmer å gjøre opp sendes det påminnelse på SMS før det sendes ut et purrevarsel. Fakturaen sendes elektronisk, men eventuelle purringer kommer på papir.

Det tilbys også en betalingsterminal for pasienter som ikke har smarttelefon eller har vanskelig for å orientere seg i det digitale landskapet.

Medipay tar seg bare betalt fra legekantoret i form av en kostnad på 1,75 prosent av transaksjonsverdien fra pasientbetalingene. Dette dekker utsendelse av fakturaer og kostnader for kort- og vippsbetalinger. I tillegg overtar Payex fordringen og risikoen for manglende betaling.



Ubetalte fordringer kan overføres til Payexs inkassoselskap. Det sendes imidlertid en påminnelse på SMS i forkant som gir pasienten tid til å betale før det påløper kostnader for inkassovarsel.

Medipay mottar ikke fakturagebyrer fra pasientene. Derimot legger betalingsløsningen til rette for at fastlegene selv kan legge på fakturagebyr. Minst to av Medipays kunder, CGM Journal og Pridok, har integrert betalingsløsningen i sine journalsystemer. Vi formoder at leverandører av journalsystemer har satt seg inn i stønadsforskriftens bestemmelser, men til tross for dette bruker begge selskapene muligheten for inntekter fra fakturagebyr som et salgsargument og en mulighet til å finansiere legekantorenes betalingssystem.

9.2.1 CGM Journal

CGM appellerer til kunder som er lei av å ikke selv kunne bestemme hvor mye pasientene skal kreves i fakturagebyr. På hjemmesiden poengterer CGM at fakturagebyret tilfaller legekantoret.⁸²

Du bestemmer størrelsen på fakturagebyret

Er du oppgitt av at dine pasienter mottar faktura med høye gebyr? Ta kontrollen tilbake med MediPay™! MediPay™ lar deg bestemme størrelsen på fakturagebyret selv, og gebyret betales dessuten tilbake til legekantoret.

9.2.2 Pridok

Pridok er også en leverandør av journalsystemer til legekantorer. Denne leverandøren ser heller ikke ut til å ta helsemyndighetenes intensjoner om en stopper for pasientfinansiering av betalingssystemer spesielt alvorlig. I en opplæringsvideo⁸³ forklarer Pridok hvordan legene kan få høyere inntekter fra fakturagebyrer enn de har i betalingsutgifter:

Det står her 22 kroner i fakturagebyr, men det bestemmer dere fullstendig selv. Hele det beløpet tilfaller dere. Det helt spesielle med denne løsningen er at dere får fakturagebyret. Payex tar 1,75% + 1,75 øre. Så hvis dere har 20 konsultasjoner om dagen gir det i underkant 100 kroner i utgifter for fullt cash management. Men i og med at dere får fakturagebyret så kan dere regne med at et sted

⁸² https://www.cgm.com/nor_no/produkter/tilleggsprodukter/medipay.html

⁸³ Denne opplæringsvideoen er blitt fjernet fra YouTube i løpet av arbeidet med vår rapport om fakturagebyrer i helsesektoren. Det ligger fremdeles en annen video på nettet som forklarer mekanismen med fakturagebyr (https://www.youtube.com/watch?v=0rf0_f0kpo4&t=167s):

Pasienten kan også velge å trykke på faktura. Det står at det er 70 kroner i gebyr og det altså behandler som bestemmer hvor stor gebyret skal være. Man kan også sette den til null. Den er hundre prosent inntekt til behandler. Den går også automatisk til faktura hvis pasienten ignorerer linken i mer enn 48 timer.

mellom ti og femten prosent av pasientene deres ender opp med en faktura så dere kommer til å ha høyere inntekter enn dere har utgifter.

På Pridoks facebookside er selskapet enda tydeligere på hvor lønnsom bruk av fakturagebyrer kan være for fastlegene. I nedenstående utklipp vises det til en «vanlig» fastlege som har fått inn 52.500 kroner i fakturagebyrer fra pasienter og betalt i underkant av 16.000 kroner for bruken av betalingsløsningen. Det ga denne fastlegen et overskudd på nesten 37.000 kroner.

**Pridok AS**
16. februar · 🌐

Vi har fått mange positive tilbakemeldinger fra våre fastleger etter at årsoppgaven fra MediPay ble sendt ut.
Denne årsoppgaven, fra en "vanlig" fastlege, viser at han har fått dekket mer enn alle kostnadene til Pridok.
Bonusen er at andelen "tap på fordringer" er ekstremt lavt.

Inntekter fakturagebyr *

Betalingsmiddel	Antall transaksjoner	Sum fakturagebyr
Faktura	803	kr 52 500,00
Total	803	kr 52 500,00

Kostnader

Avgifter

Avgift	Sum avgifter
Transaksjonsavgifter	kr 13 891,88
Månedsgifter	kr 1 740,00
Total	kr 15 631,88

 15

10 Vedlegg 3: Hva betyr ønske, overstige og system?

Stønadsforskriften §2.6 stiller krav til at pasienten skal ønske å motta faktura og legger sterke begrensninger på hva pasienten skal betale for og hvor mye.

Stønadsforskriften §2.6

*Medlemmets egenandeler/egenbetalinger for å oppsøke lege er uttømmende regulert i forskriften, jf. kap. II. Leger er forhindret fra selv å kreve, eller inngå avtaler som innebærer, pasientfinansiering av administrative systemer som betalingstjenester, timebestillingssystemer og lignende. Dersom pasienten **ønsker** å motta faktura, kan det avkreves et fakturagebyr. Fakturagebyret skal ikke overstige kostnadene ved faktureringen.*

10.1.1 «Administrative systemer»

Det er liten tvil om at innføringen av moderne administrasjonsverktøy hos legekontorer har gitt betydelige gevinster i form av færre årsverk og bedre kontroll på økonomi og pasientflyt. Pasientbetalinger tok mye tid uten at legekantorene av den grunn hadde anledning til å legge på kostnader for administrasjon på toppen av de lov- eller forskriftsbestemte vederlagene.

Der fastlegene tidligere betalte lønn til legesekretærer for å administrere pasientbetalingene, betaler de nå en ekstern systemleverandør for den samme oppgaven, men til en brøkdel av den tidligere lønnskostnaden.

Den samme mekanismen gjelder for timebestillinger. Der pasientene tidligere ringte inn for å bestille timer har de nå, hos de fleste legekantorer, muligheten til å bestille time via SMS, PC eller smarttelefon. Det frigjør ytterligere administrative årsverk i de kommunale helsetjenestene. Det bør ikke herske tvil om at systemer som for eksempel åpner for digitale timebestillinger må karakteriseres som «timebestillingssystemer» jf. stønadsforskriften.

Legekantorenes kostnader for strøm, husleie, vann og vedlikehold er naturlig nok bakt inn i egenbetalingene fra pasientene og offentlige tilskudd. Dette er, i likhet med administrative systemer, nødvendige kostnader for å drifte legekantoret. De færreste har likevel til nå funnet på å legge på gebyrer for strøm eller andel av husleie på pasientbetalingen. Uavhengig av regelverket fremstår det derfor som klart uheldig å velte kostnader for betalinger og timebestillinger over på pasientene utover de forskriftsfestede egenbetalingene, og spesielt når innføringen av dem har gitt store administrative besparelser.



10.1.2 «Ønsker å motta faktura»

Forskriften slår fast at det bare er pasienter som **ønsker** å få en faktura som kan pålegges et fakturagebyr. Flere betalingsleverandører og fastleger har tilsynelatende en svært vid tolkning av hva **ønske** betyr. Spesielt Convene ser ut til å mene at alle som av en eller annen grunn passerer betalingsautomaten uten å betale, **ønsker** å motta faktura med tilhørende gebyr. Det kan imidlertid være mange grunner til at rundt 20 prosent av pasientene ikke betaler på stedet: Automaten kan være i ustand, pasienten kan overse automaten på vei ut, andre må kanskje vente på neste månedslønn og noen mangler kanskje betalingsevne eller -vilje. Det er imidlertid naturlig å anta at de aller fleste som blir gjort oppmerksomme på valget mellom å betale 160 kroner på stedet eller 160 pluss 71 kroner i fakturagebyr, vil velge det første alternativet. Det er derfor snarere et utslag av forglemmelser eller manglende innsikt i legekontorets betalingsbetingelser, enn et **ønske** om å betale med faktura med dertil tilhørende gebyr.

Alle betalingsleverandører har i dag muligheten til å sende ut en SMS til pasientene dersom de har passert betalingsautomaten uten å betale. Det bør, som et minimum, sendes en vennlig påminnelse om uteblitt betaling og gi pasienten et aktivt valg med rimelig tidsfrist om å enten betale via kort, Vipps, eller elektronisk faktura uten å måtte betale gebyr. Kun i de tilfellene der pasienten positivt ønsker å motta papirfaktura, vil det være naturlig å pålegge pasienten å betale fakturagebyr. En slik fremgangsmåte ville gitt pasienten mulighet til å foreta et aktivt og opplyst valg av betalingsmåte i tråd med lovens ordlyd og intensjon.

Finansklagenemnda om "ønsker"

Finansklagenemnda behandlet i 2018 en klagesak⁸⁴ med relevant overføringsverdi til Convenes praksis med å betrakte manglende betaling i automat som aksept for faktura med tilhørende fakturagebyr.

Bakgrunnen for klagen var en pasient som glemte å betale da hun passerte betalingsterminalen etter en konsultasjon. Hun gikk tilbake til legekontoret noen dager senere for å betale og avtalte at hun skulle få en faktura i posten med et lite fakturagebyr. Hun fikk tilsendt en SMSfaktura, men overså den fordi hun regnet med å få fakturaen i posten. Da hun etter en god stund ikke hadde fått papirfakturaen betalte hun hovedkravet, men fikk like etter en purring som hun regnet med ville bli frafalt siden kravet var betalt. Det ble det ikke, og etter en stund fikk hun en ny faktura uten hovedkravet, men med rundt 440 kroner i inkassogebyrer.

Forutsetningen for å kunne kreve inkasso, er at kravet er brakt til forfall. Spørsmålet for nemnda var om et oppslag om elektronisk fakturering på et legekontor var tilstrekkelig til å anse det som

⁸⁴ <https://www.finkn.no/Aktuelt/Artikler/Er-faktura-paa-SMS-tilstrekkelig>

avtalt at faktura kunne sendes på SMS. En enstemmig klagenemnd vedtok at dette var et utilstrekkelig grunnlag:

“Nemnda viste til at det på et legekonto/legesenter regelmessig vil henge ulike oppslag som i større eller mindre grad blir gjenstand for pasientenes oppmerksomhet. Slik nemnda så det, var ikke dette tilstrekkelig til at det kunne anses å være inngått en avtale mellom lege og pasient om utsendelse av faktura via SMS. Oppgivelse av privat telefonnummer til egen lege tar først og fremst sikte på rask og sikker kommunikasjon mellom lege og pasient, og er normalt ikke ment å dekke andre funksjoner med mindre annet er uttrykkelig avtalt.”

Nemndas konklusjon er interessant for å vurdere om pasienter som passerer betalingsautomaten «ønsker» å få tilsendt faktura. Forbrukerrådet er enig i at et oppslag på en plakat om fakturagebyr på legekontoet, ikke kan strekkes til å bety at pasienten «ønsker å motta faktura.»

10.1.3 «Fakturagebyret skal ikke overstige kostnadene ved faktureringen»

For betalingsleverandører med store volumer er marginalkostnaden for selve utsendelsen rundt fem kroner.⁸⁵ Strømselskapet Motkraft, som selger strøm på non-profit-basis til forbrukere, har lagt sitt fakturagebyr tett inntil den faktiske kostnaden. Kunder som ønsker papirfakturaer belastes med kun seks kroner pr. utsendelse. Da gir det lite mening at Convene tar 71 kroner pr. faktura enten den sendes ut som brevpost (miljøgebyr på ti kroner kommer på toppen) eller epost. En slik prising gir Convene svært høy bruttomargin, og er fullstendig løsrevet fra de faktiske utsendelseskostnadene.

For legekontorer som sender ut papirfakturaer selv i små volumer, vil kostnaden være betydelig høyere. Bare porto vil koste 18 kroner pr. brev, men de fleste overlater utsendelsen til betalingsleverandøren.

Stønadsforskriften skiller ikke mellom fakturaer sendt ut som brevpost eller epost. Det koster ikke betalingsleverandøren mer å sende ut en faktura med epost enn det gjør å sende en SMS eller ta imot en kortbetaling. Det utsetter riktignok betalingen med 14 dager, men ifølge inkassoselskapet Fair er betalingsgraden for faktura pr. epost høy. 87 prosent betaler i tide. Det er bare marginalt lavere enn faktura pr. Vipps eller eFaktura på 91 prosent.⁸⁶ De eventuelle merkostnadene som oppstår ved for sen betaling kompenseres av retten til å rene purregebyr på maksimalt 35 kroner. Det er derfor ikke grunnlag for å hevde at utsendelse av faktura pr. epost er nevneverdig fordyrende i forhold til andre betalingsalternativer.

Elektronisk utsendelse av faktura forutsetter at pasienten har gitt samtykke om dette. Dersom dette ikke er tilfellet blir, etter det vi erfarer, fakturaen sendt som brevpost. Dette gir en merkostnad for

⁸⁵ <https://www.dn.no/marked/telenor/dnb/lyse-energi/drar-inn-flere-hundre-millioner-pa-papirfakturagebyren-skikkelig-melkeku-for-bedriftene/2-1-409039>

⁸⁶ <https://www.mynewsdesk.com/no/creditsafe/pressreleases/credit-quarterly-q1-2020-kreditt-i-turbulente-tider-2987606>



utsendelse. I tillegg er betalingsgraden forholdsvis lav med 66 prosent, ifølge statistikken til Fair. Det må formodes at dette også kan medføre administrative merkostnader, men det gir også muligheter for lovlige purregebyrer.

Inkassoforskriften setter et romslig maksimumsgebyr for utsendelse av purringer og inkassovarsler på 35 kroner. Det er lite som tyder på at dette nivået ikke vil dekke legekantorenes kostnader for utsendelser av brev fakturaer. Når det gjelder epost fakturaer bør disse være gebyrfrie.

Stønadsforskriften bør derfor presisere at det kun er anledning til å kreve gebyr for **postlagte papir fakturaer**.



11 Vedlegg 4: Convenes svarbrev på spørsmål fra Forbrukerrådet

Spørsmål: Hvordan forklarer Convene at praksisen med å belaste pasientene med fakturagebyrer for både digitale og fysiske fakturaer tilfredsstiller stønadsforskriftens bestemmelser?

Bakgrunn

Convene er et konsern bestående av selskaper med hovedsete i Norge, Sverige og Danmark. Vi er en av Skandinavias største leverandør av betalings- og administrasjonstjenester og opererer på tvers av ulike sektorer og vertikaler, med over syv millioner transaksjoner årlig. Våre betalings- og selvbetjentløsninger bidrar til å frigi tusentalls av arbeidstimer for bl.a. helsepersonell hvert år, slik at de slipper å håndtere administrasjonsarbeid, betalinger og oppfølging av ubetalte krav, og heller kan konsentrere seg om det de er best på: behandle mennesker.

Convene er opptatt av å levere forbrukervennlige og universelle betalingstjenester, både fysiske og digitale. Dette har vi demonstrert med fysiske terminaler med lyd, lys og videoguide, og senere med ulike digitale tjenester. Vi har hele tiden hatt som mål å løse betaling og transaksjonshåndtering på en smidig og effektiv måte for alle parter som benytter seg av løsningene våre. I disse dager piloterer vi en ny tjeneste som vil gi pasientene et nytt gebyrfritt standardvalg for betaling.

Convene ikke omfattet av stønadsforskriften

Vi inngår avtaler direkte med våre oppdragsgiver og fakturerer på deres vegne. I så måte er vi en tredjepart på lik linje med andre aktører som leverer betalingstjenester i ulike samfunnssektorer. Slik som stønadsforskriften er formulert med sin ordlyd og henvisning til annet relevant lovgivning, mener vi at den omhandler og regulerer legers selvstendige rettigheter og plikter. Som tredjepart er vi utenfor forskriftens virkeområde, og derfor ikke omfattet av stønadsforskriftens § 2 punkt 6, men derimot forbrukerkjøpsloven.

I april 2020 uttalte Forbrukerrådet seg om bruk av fakturagebyr ved e-konsultasjoner, og ble sitert i en artikkel på NRK.no på at bruken var ulovlig. Convene tok kontakt med Forbrukerrådet etter at artikkelen ble publisert og 15. mai hadde vi et digitalt møte med blant annet fagdirektør Anne Kristin Vie, kommunikasjonsansvarlig, samt juridisk ansvarlig hos Forbrukerrådet. I møtet presenterte vi våre tjenester og forklarte bruken av e-konsultasjoner og hvorfor fakturagebyr er en lovlig praksis. Premisset ble akseptert av både fagdirektør og juridisk ansvarlig som var enige med Convene sin begrunnelse.

Vi ønsker igjen å benytte muligheten til å redegjøre for bruk av fakturagebyr, men ber samtidig om at det tas en runde internt hos dere jf. møtet i mai 2020.

[Forbrukerrådets kommentar: De som deltok på dette møtet fra Forbrukerrådet kjenner seg ikke igjen i denne konklusjonen]



Rettslig utgangspunkt

Convene oppretter fakturagrunnlag basert på hvilke takster som er registrert i journalsystemet til kunden. Ved utstedelse av faktura ilegges fakturagebyr i medhold av Forbrukerkjøpsloven § 37 tredje ledd, ikke forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Convene er av den oppfatning at selv om det ikke fremkommer særskilt at bestemmelsen i forskriften ikke omfatter fakturering igjennom tredjepart, vil de øvrige bestemmelsenes ordlyd og setningens plassering fra et juridisk perspektiv måtte tale for at § 2 punkt 6 kun kommer til anvendelse der klinikk/behandler selv sender faktura.

Adgangen til å ilegge fakturagebyr ved utsendelse av faktura dersom pasienten ikke benytter betalingsløsningen etter endt konsultasjon, er ikke direkte regulert i lov. Det er imidlertid på det rene at prinsippet om yttelse mot yttelse kommer til anvendelse ovenfor legetjenester, så vel som alminnelige kontrakt- og kjøpsrettslige prinsipper om at det ved kjøp av en tjeneste skal gis en motytelse, som oftest i form av pengevederlag, altså betaling. Det rettslige utgangspunktet er i henhold til dette at man forplikter seg ved aktive handlinger.

På bakgrunn av likheten til kjøp av varer er forbrukerkjøpslovens bestemmelser gjenstand for analogisk anvendelse.

Forbrukerkjøpsloven § 37 tredje ledd sier følgende:

«Selgeren kan ikke i tillegg til kjøpesummen kreve gebyr for utstedelse og sending av regning hvis ikke dette klart følger av avtalen»

«Avtale»

Hva som faller innenfor beskrivelsen «klart følger av avtalen» er ikke videre spesifisert, men omtalt i lovens forarbeider og lovkommentar. I den gamle kjøpsloven forutsatte selgers rett til å ilegge fakturagebyr at det klargjøres for kjøper at gebyret inngår som en omkostning i tillegg til kjøpesummen. Bestemmelsen ble opphevet og videreført i forbrukerkjøpsloven av 2002 og det følger av forarbeidene at det ikke skulle medføre realitetsendringer på dette området.

I forbrukerkjøpslovens forarbeider, Ot.prp. nr. 44 (2001-2002) side 192 (jf. NOU 1993:27 s. 146) oppstilles følgende krav til avtalegrunnlaget for å kunne kreve fakturagebyr:

"I kravet til klarhet ligger det intet vilkår om at gebyret må fremgå av en skriftlig avtale. Vanligvis må det være tilstrekkelig at det er opplyst om gebyret i skriftlig materiale, f.eks. en prisliste som er forelagt for kjøperen forut for avtaleinngåelsen.

Kravet til klarhet må normalt også være oppfylt hvis selgeren muntlig har gjort kjøperen oppmerksom på gebyret. Hvis det derimot først foreligger en skriftlig avtale som inneholder bestemmelser også om kjøpesummen, vil det være naturlig å kreve at det tas inn en passus om gebyret hvis slikt skal/kan



kreves. Kravet til klarhet vil for øvrig måtte føre til at selgeren ikke kan påberope seg en stilltiende forutsetning om at det skal påløpe faktureringsgebyr. Det vil heller ikke etter utvalgets syn være tilstrekkelig at gebyret er omtalt i skriftlig materiale fra selgerens side, hvis ikke kjøperen kan sies å ha hatt oppfordring til å sette seg inn i dette."

Videre benytter Norsk lovkommentar nedenstående eksempler på hvordan dette kan tolkes i praksis: «Avtale kan i praksis bestå i uttrykkelig varsel, oppslag i butikklokalet eller ved presiseringer i kataloger og brosjyrer.»

Ved et besøk på klinikken vil dette vilkåret være oppfylt ved at alle våre oppdragsgivere i henhold til avtalevilkårene er forpliktet å ha informasjon om et eventuelt fakturagebyr i form av oppslag som er synlig for pasienten. Dette fremgår også av fakturaalternativet på betalingsterminalen. Dersom pasienten likevel forlater klinikken uten å betale for seg, regnes dette som en aksept for at det vil påløpe et gebyr når fakturaen utstedes i ettertid.

Ved e-konsultasjoner har våre oppdragsgivere et selvstendig ansvar for å opplyse muntlig om fakturagebyret. Dette følger av våre generelle vilkår der følgende forpliktelse er inntatt: «Kunden plikter å informere Pasienten om at fakturagebyr tilkommer dersom faktura utstedes, via oppslag på Klinikken, samt i dialog med Pasienter som får tjenester av Klinikken der Pasienten ikke er til stede.»

Selv om hovedpremisset for Forbrukerrådets henvendelse er bortfalt (at Convenes virksomhet ikke er omfattet av stønadsforskriften), svarer vi likevel for ordens skyld ut de ulike temaene som Forbrukerrådet tar opp i deres henvendelse til Convene. Vi understreker derfor at nedenstående tilbakemelding må sees opp mot de aktuelle bestemmelsene i forbrukerkjøpsloven.

Nærmere om mobilbetaling

Convene tilbyr mobilbetaling som et betalingsmiddel på lik linje med kort og kontant. Dette er et gebyrfritt alternativ i de tilfellene man ikke har anledning til å benytte betalingsterminalen på klinikken, eksempelvis dersom terminalen er ute av drift eller man har hatt en e-konsultasjon. Man kan også velge alternativet «ConvenePay» selv på betalingsterminalen.

ConvenePay fungerer på den måten at pasienten mottar en betalingslenke via SMS. I meldingen informeres det om at lenken er gyldig i 24 timer, og at konsekvensen dersom man ikke betaler innen fristen er at man vil få tilsendt en faktura med gebyr. I praksis innebærer dette at pasienten kan betale gebyrfritt opptil 24 timer senere enn man hadde kunnet betale på betalingsterminalen. Ettersom man i tekstmeldingen mottar informasjon om at et eventuelt gebyr vil påløpe må kravet til «avtale» anses som oppfylt på lik linje som dersom pasienten velger å få tilsendt faktura aktivt eller ved stille aksept.



Mobilbetalingstjenesten vår har de to siste årene hatt en enorm vekst i forbindelse med stadig økende bruk av e-konsultasjoner. Samtidig ser vi at den benyttes i omtrent like stor grad som betalingsvalg på terminalen, hvor pasienten selv velger mobilbetaling etter en endt fysisk konsultasjon. Ettersom tjenesten er gebyrfri, har mobilbetalingsløsningen vår totalt sett spart pasienter for store summer da alternativet hadde vært en ordinær faktura med gebyr. Samtidig er ConvenePay en digital betalingstjeneste som kan sammenlignes med tjenester som mange andre leverandører i samfunnet tilbyr. Som nevnt innledningsvis er det også en tjeneste Forbrukerrådet ble presentert for i møtet mai 2020.

Gebyrets størrelse

I motsetning til andre gebyrer i innfordringsprosessen er ikke størrelsen på fakturagebyret regulert i lov eller forskrift. Det er likevel en allmenn oppfatning at fakturagebyret skal reflektere kostnaden ved utstedelse av faktura i ettertid av tjenesten.

Ved bruk av en tredjepart for utsendelse av faktura vil ikke kostnaden som ligger til grunn for fakturagebyret utelukkende dreie seg om portokostnader. Selve systemet som benyttes til produksjon og vedlikehold av dette må også omfattes. I tillegg til dette kreves det ansatte for å håndtere henvendelser på kundeservice samt for å sikre god internkontroll slik at prosessen fungerer som den skal og er i tråd med de forpliktelsene som påhviler et fakturering- og innfordringsselskap både i lovverket og avtalen med oppdragsgiver. Denne prosessen er i stor grad lik, uavhengig av om fakturaen utstedes elektronisk eller per post.

Det er i tillegg verdt å påpeke at selve størrelsen på gebyret ikke kan sies å være større enn den gjennomsnittlige gebyrstørrelsen for utsendelse av faktura av andre sammenlignbare samfunnsaktører.

Hva er den kostnadmessige begrunnelsen for at pasienter som mottar digitale fakturaer skal betale fakturagebyr?

I de tilfellene pasienten mottar en SMS med betalingsinformasjon og henvisning til faktura i PasientSky må denne fakturaen like fullt produseres for å kunne bli tilgjengelig for nedlastning. Videre er Convene opptatt av å ivareta det utvidede ansvaret selskapet har ettersom vi forestår hele innfordringsprosessen slik at det i tillegg til våre interne systemer krever samarbeid med tredjeparter for å sikre at pasienten har samtykket, samt at meldingen faktisk er bekreftet levert.

Basert på antall tegn i meldingen vil det også ved elektronisk mottakerformat tilkomme en avgift for utsendelse av selve SMSen. I tillegg svarer også vårt kundesenter på en stor mengde henvendelser som gjelder digital faktura, med de kostnadene det medfører.



Hvor mye dyrere er det for Convene som leverandør at pasienter mottar digital faktura enn at de betaler med kort i automaten.

En kunde som tilbyr selvbetjent kortbetaling på terminal betaler gjennom leie av terminalen, for å få tilgjengeliggjort en kortbetalingsmodul som fastvare gjennom terminalen. Kunden har en selvstendig avtale med NETS for håndtering av betaling og oppgjør som gjøres med kort. Dersom betalingsformen blir faktura, er premisset for denne leveransen gitt i svaret over.



12 Vedlegg 5: Patientsky & Convene – aksjonærstruktur og oppkjøp

Patientsky AS ble etablert i 2014. Selskapet primære formål var «å frigjøre ressurser, og gjøre det enklere å administrere aktivitetene som utføres dag-til-dag av både pasienter, behandlere og helsepersonell.»⁸⁷ Morselskapet, Patientsky Group AS ble børsnotert i 2020. Selskapet har siden 2017 kjøpt opp flere journalsystemer.

I desember 2017 ble Programvareforlaget AS, med journalsystemet Promed, kjøpt opp av PatientSky. Systemet ble brukt av nær 80 prosent av privatpraktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer. PatientSky varslet allerede i april 2018 at alle kundene skulle overføres til en skybasert løsning. Overføringen til PatientSkys midlertidige skyløsning fungerte imidlertid ikke, og kundene fikk ikke tilgang til sine egne pasientjournalsystemer.⁸⁸

I 2018 ble et nytt journalsystem kjøpt opp, Hove Medical Systems AS med System X. Ifølge Dagens Medisin førte oppkjøpet til stor tilstrømming til konkurrenter fra misfornøyde kunder. De var blant annet opprørt over at Hove Medical varslet kutt i integrasjonen med Helserespons. Det ville ført til at en rekke fastlegekontorer, på kort varsel, ville miste SMS-kontakt med pasientene. Kundene ble istedenfor oppfordret til å bytte til PatientSky.⁹⁰

En som høstet fordeler av misnøyen var Bjarte Ottesen, daglig leder hos Infodoc.⁹¹

– Markedet er i full bevegelse. Vi har stor pågang fra leger som vil skifte journalsystem, og flertallet er System X-kunder. Vi går ikke ut med informasjon om antall kunder, men veksten vår er betydelig.

System X var ikke det eneste journalsystemet i oppkjøpskikkerten til PatientSky. Ifølge Dagens Medisin ble selskapet Aspit, med journalsystemet Physica, som blant annet brukes av fysioterapeuter og kiropraktorer, kontaktet av styreleder og investor i Convene, Johan Bernt Michelsen. Da Aspit avviste oppkjøpsforsøket skal Michelsen, ifølge Aspit, ha vist til «at Jesper Melin pleide å si at det var to måter å vinne et marked på; enten oppkjøp eller prisdumping til markedet var tomt.»⁹²

Ottesen i Infodoc ville ikke kommentere direkte om selskapet hadde blitt forsøkt oppkjøpt av PatientSky, men uttalte følgende: «Vi er ikke under prosess for salg og har ingen planer om det.» Han la til at «stilen og markedsføringen til PatientSky gjorde at vi for mange år siden valgte Helserespons som samarbeidspartner, og ikke PatientSky»⁹³

I oktober 2020 ble PatientSky Group AS børsnotert. I anledningen ble det hentet inn 500 millioner kroner i ny egenkapital. Noen dager senere ble det enda vanskeligere for fastleger å komme utenom

⁸⁷ Fra hjemmesiden 9.7.2016: patientsky.no via waybackmachine.org.

⁸⁸ Dagens medisin 15.10.2018: [Flere faggrupper reager på press fra PatientSky](#)

⁸⁹ Programvareforlagets facebookside: <https://www.facebook.com/Programvareforlaget/>

⁹⁰ Dagens Medisin 10.01.2019: [Fastleger vil bort fra Melins journalsystem](#)

⁹¹ Dagens Medisin 10.01.2019: [Fastleger vil bort fra Melins journalsystem](#)

⁹² Dagens Medisin 30.01.2019: [PatientSky har forsøkt å kjøpe opp flere konkurrenter](#)

⁹³ Dagens Medisin 30.01.2019: [PatientSky har forsøkt å kjøpe opp flere konkurrenter](#)



PatientSky da selskapet annonserte oppkjøpet av Infodoc. Prisen var 280 millioner kroner og tilsvarte rundt 55 ganger Infodocs årsresultat for 2020.

Convenes styreleder har anklaget Dagens Medisin for å skrive feilaktig om Convene og selskapets aksjonærer. I en kronikk i Dagens Medisin skrev Michelsen at «*Melin Medical og Melin Collectors opererer helt uavhengig av øvrige selskaper hvor Jesper Melin, indirekte eller direkte, har eierandeler.*»⁹⁴

Jesper Melin er styreleder i PatientSky Group og største aksjonær i både PatientSky og Convene. Han har understreket at han ikke har noen beslutningsmyndighet i Convene og at det er vanntette skiller mellom journalsystemer og inkassovirksomheten.⁹⁵ I PatientSkys *admission document* til børsnoteringen i 2020 var det, med et unntak, ingen omtale av faktiske eller potensielle interessekonflikter mellom PatientSky og private interesser hos medlemmer av styret eller ledelsen.⁹⁶ Unntaket var en familierelasjon mellom styreleder Jesper Melin og CBDO Anton Lorenz Bondesen, som er halvbrødre.

Det kan være grunn til å stille spørsmål ved både påstanden om manglende beslutningsmyndighet i Convene og fravær av relevante interessekonflikter. Når styreleder i PatientSky er storaksjonær i Convene Group, leverandøren av både betalingsinnmat og inkassotjenester, kan det være ukomfortabelt for ledelsen å foreslå alternative leverandører. Som største aksjonær i begge selskapene kan også Jesper Melin utøve en betydelig eiermakt i generalforsamlingene. Det er også verdt å merke seg at tre personer, Jesper Melin, Anton Lorenz Bondesen (halvbror) og styreleder Michelsen i Convene, til sammen kontrollerte snaue 70 prosent av aksjene i Convene og nesten 52 prosent i PatientSky. Det betyr at denne trioen *kan* kontrollere eierstyringen i begge selskapene. Etter hvert som System X og Infodoc formodentlig integreres på plattformen til PatientSky er det naturlig å anta at det ytterligere kan øke Convenes markedsandel i betalings- og inkassoløsninger i helsetjenesten.

Tre aksjonærer kontrollerer både Convene (31.12.2021) og Patientsky Group (1.4.2022)				
Eier	Rolle	Eierselskap	Convene	Patientsky Group
Jesper M Ganc-Petersen	Styreleder Patientsky Group	CODEE HOLDING AS	36,0 %	37,9 %
Johan Michelsen (JM)	Styreleder Convene AS	COMMENDA AS	21,6 %	
Anton Lorenz Bondesen	Chief Business Development Officer i Patientsky	LORENZ AS	6,1 %	3,7 %
Fond med flere andelshavere	JMer styreleder	HAWK INFINITY AS	6,2 %	0,6 %
HAWK INFINITY AS (50%)	JMer styreleder	HCMP AS		4,7 %
COMMENDA AS (50%)	JMer styreleder	HCMP AS		4,7 %
Total			69,8 %	51,7 %

Kilde: Convene Group Annual Report 2021 og Bloomberg, 1.4.2022) for Patientsky Group

⁹⁴ Dagens Medisin 24.01.2019: [Feil fremstilling av Melin Medical](#)

⁹⁵ Dagens Medisin 27.09.2018: [Slik tok han styringen på fastlegekontorene](#)

⁹⁶ [Admission document: Patientsky Group AS](#), 22.10.2020

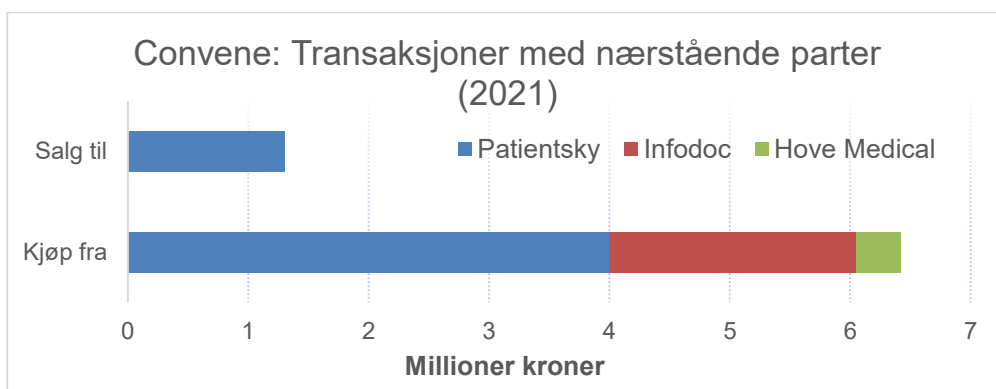


I årsrapporten til Patientsky Group i 2021⁹⁷ er Convene ikke nevnt under noten for transaksjoner mellom nærstående parter. Det er derimot Patientsky i tilsvarende note i årsrapporten til Convene Group.⁹⁸ I den står det at Patientsky AS, Infodoc AS og Hove Medical Systems er indirekte kontrollert av Codee Holding AS, som eies av Jesper Melin og er største aksjonær i både Convene og Patientsky.

Transaksjonene mellom Patientsky og Convene relateres til distribusjon av fakturainformasjon via SMS og som vert for Patientskys økonomiportal. For Infodoc og Hove gjelder transaksjonene integrasjon mellom deres journalsystemer og Convenes økonomimodul.

Årsrapporten understreker at selskapets praksis er å bruke tredjeparter for få en uavhengig verdivurdering av transaksjoner mellom nærstående parter. Dette for å sikre prinsippet om armlengdes avstand.

Ved første øyekast kan det derfor se underlig ut at Convene, som leverandør av tjenester til de nærstående selskapene, betaler ut nesten fem ganger mer enn de får tilbake. Convene betalte i 2021 de tre selskapene 6,4 millioner kroner, men fikk bare 1,3 millioner den andre veien fra Patientsky. Det fremstår imidlertid som logisk dersom Convenes forretningsmodell handler om å skape distribusjon for selskapets fakturagebyrer og inkassotjenester. Da kan man betrakte utbetalingene som en form for returprovisjon for tilgang til salgskanaler til selskapets fakturagebyrproduksjon og innkreivingsvirksomhet.



Kilde: [Convene Group Annual report 2021](#), note 23

⁹⁷ [Patientsky Group 2021 Annual report](#), note 18

⁹⁸ [Convene Group Annual report 2021](#), note 23

13 Vedlegg 6: Råd til Forbrukerrådet vedrørende betalingskrav overfor pasienter

Dette juridiske notatet er skrevet på oppdrag for Forbrukerrådet. Forbrukerrådet har ikke, utover oppdragsbeskrivelsen hatt innflytelse over innholdet eller konklusjonene.



Råd til Forbrukerrådet vedrørende betalingskrav overfor pasienter

Av Anne Kjersti Befring, Førsteamanuensis i rettsvitenskap, ved juridisk fakultet, Universitetet i Oslo.

Innhold

1. Innledning.....	2
2. Regulering av finansieringssystemet for helsehjelp og betalingstjenester.....	2
2.1 Helse- og omsorgstjenesteloven og folketrygdloven.....	2
2.2 Folketrygdloven kapittel 5: refusjoner for helsehjelp.....	3
2.3 Direkte oppgjør – og kobling mellom avtaler.....	3
2.4 Stønadsforskriften med hjemmel i folketrygdloven	4
2.5 Størrelsen på egenandeler og hva som omfattes	6
2.6 Statsavtalen.....	8
2.7 Plikt til prisinformasjon i Statsavtalen, men gebyrer til fakturaer omfattes ikke	10
3. Sammenhenger mellom helselover og lover som gjelder gebyrer	11
3.1 Lover som regulerer gebyrer knyttet til betalingskrav	11
3.2 Sammenhenger mellom lovene: uttalelse fra Lovavdelingen.....	12
3.3 Avgjørelsen fra Finansklagenemnda vedrørende krav fra Convene.....	14
3.4 Sanksjoner ved overtredelser av folketrygdlovens bestemmelser om refusjonskrav.....	15
4.Vurderinger og forslag	15

1. Innledning

Betalingskrav overfor pasienter har vært tema de siste 20 årene og gir grunnlag for flere problemsstillinger. Det har i flere omganger blitt vurdert hva som skal gjøres med pasienter som ikke har kunnet betale under konsultasjon. Dette har enten blitt vurdert som sen betaling og som er oversendt til et inkassobyrå - eller manglende betalingsevne – og slik at pasienten oppfordres til å få hjelp til livets opphold (tidl. sosialkontor) eller til å betale i forbindelse med neste konsultasjon. Et spørsmål som har vært utredet er om legen kan nekte å gi helsehjelp før pasienten betaler og om leger kan kreve dårlige betalere fjernet fra sin liste.¹ Legeforeningens advokater har lagt til grunn at en fastlege ikke kan avslutte behandlerrelasjonen til en pasient på grunn av manglende betaling, og at legen – på samme måte som andre næringsdrivende – kan benytte purreinger og iverksettelse av inkasso i henhold til bestemmelsene i inkassoloven (2005). Det er da forutsatt at det ikke er et forbud mot å benytte ordinære innkrevingssystemer.

Det er siden utviklet et system med betalingsautomater som pasienter kan benytte etter konsultasjonen dersom den skjer fysisk. Systemet innebærer profesjonell innkreving av betaling ved ikke fysiske konsultasjoner og dersom pasienter ikke benytter betalingsautomat.

En juridisk vurdering av hvilke begrensninger eller muligheter fastleger og systemleverandører har til å kreve administrative gebyrer må ta utgangspunkt i gjeldende lovgivning – og ev. forskrifter. Utgangspunktet for finansiering av helsehjelp er folketrygdloven med forskrifter.² I hvilken grad folketrygden forbyr leger og andre som gir helsehjelp å ta gebyrer for andre tjenester enn helsehjelp, må vurderes på bakgrunn av folketrygdloven § 5-4 med tilhørende forskrifter regulerer pasienters egenandeler og egenbetaling, samt hvor langt lovhjemmelen rekker. Videre er det relevant å vurdere sammenhenger mellom folketrygdloven og helselover på den ene siden og lover som regulerer mer direkte gebyrer ved betalingstjenester.

I betenkningen gir jeg en oversikt over finansieringssystemet som følger av folketrygdloven §§ 5-4, jf. 5-1, samt vurderinger av grunnlaget for ev. forbud mot å ta gebyrer. Finansieringssystemet som gjelder for fastleger og annet næringsdrivende helsepersonell med avtale, er regulert i tre hoveddeler: rammetilskudd (per capita) – refusjon over trygden – og egenandeler fra pasienten. Jeg går ikke nærmere inn på avtale om særbetalinger (honorarrefusjoner) for bestemte oppgaver, men vurderer om dette lovgrunnlaget – det vil si fullmaktene fra Stortinget – gir et grunnlag for å hevde at det er forbudt å ta fakturagebyr.

2. Regulering av finansieringssystemet for helsehjelp og betalingstjenester

2.1 Helse- og omsorgstjenesteloven og folketrygdloven

I helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 er det fastsatt at kommunen har et ansvar for å «sørge for bevilgninger som er nødvendige for å yte tjenester og sette i verk tiltak kommunen har ansvaret for etter loven her.» Kostnadene ved de tjenester kommunen gir skal dekkes av den kommunen som etter § 3-1 og § 10-8 er ansvarlig for å yte tjenesten eller sette i verk tiltaket. Dette omfatter også utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen, skal helt eller delvis dekkes av kommunen etter nærmere avtale mellom den privatpraktiserende og kommunen.

Dette ansvaret påhviler ikke den enkelte lege eller fysioterapeut. I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2 kan kommunen kreve vederlag fra pasienten ved hjelp fra kommunen, herunder privat virksomhet som driver etter avtale med kommunen, når dette følger av lov eller forskrift. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om vederlag.

Det er i en egen forskrift regulert nærmere egenandeler kommunen kan kreve fra pasienter, se forskrift 16. desember 2011 nr. 1349.

I denne forskriften § 11 vises det til folketrygdloven § 5-4 og 5-8, stønadsforskriften og statsavtaler:

¹ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2005/08/18/kan-ikke-si-opp-blakke-pasienter/>

² Lov om folketrygd 28. februar 1997 nr. 19.

«Den som har rett til stønad ved helsetjenester etter lov om folketrygd skal betale egenandel for hjelp hos lege eller fysioterapeut ansatt i kommunens helse- og omsorgstjeneste, dersom det ikke i forskrifter etter folketrygdloven § 5-4 og § 5-8 er bestemt at det skal ytes stønad etter honorartakstene. Det samme gjelder for den som har rett til slik stønad i henhold til gjensidighetsavtale med annet land om sosial trygghet, inngått i medhold av lov om folketrygd § 1-3.

Egenandelen skal i det enkelte tilfelle svare til forskjellen mellom den honorarsats som til enhver tid gjelder etter avtale mellom staten og Den norske legeforening, respektive Norsk Fysioterapeutforbund/Norsk Manuellterapeutforening/Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund, og folketrygdens refusjonssats.»

Dette innebærer at de egenandelene kommunene kan pålegge pasienter må ses i sammenheng med finansiering av helsehjelp i henhold til folketrygdloven, forskrifter og avtaler som regulerer finansiering.

- Helse- og omsorgstjenesteloven og forskrifter med hjemmel i denne loven omtaler ikke fakturagebyrer. Begrensningen for kommunen i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2 kan neppe tolkes slik at den omfatter alle kostnader en pasient har i forbindelse med at helsehjelp oppsøkes. Loven regulerer ikke selskaper som tilbyr betalingsløsninger, jf. virkeområdet til loven.

2.2 Folketrygdloven kapittel 5: refusjoner for helsehjelp

I folketrygdloven er det et eget kapittel om stønad til helsehjelp. Det fremgår av folketrygdloven § 5-1 at formålet er å gi «hel eller delvis kompensasjon for medlemmers nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd.»

Folketrygdloven regulerer medlemmets rettigheter til dekning av utgifter til helsehjelp – det vil si at personer som trenger helsehjelp kan få slik hjelp som er offentlig finansiert.

Formålsbestemmelsen inneholder ingen materielle rettigheter, men har betydning i tolkningen av bestemmelsene i kapitlet. Et viktig utgangspunkt er at lovens kapittel 5 kun dekker de aktiviteter som er omfattet – og som i all hovedsak dreier seg om helsehjelp og ikke andre tjenester. Kapitlet inneholder rettigheter til økonomisk støtte – og at det dermed er en plikt til å refundere kostnadene ved sykdom, skade eller lyte som gir behov for helsehjelp.

Begrepene «sykdom», «skade» eller «lyte» skal tolkes i samsvar med hvordan de er benyttet i øvrige deler av folketrygdloven. Sykdomsbegrepet kan romme svært ulike tilstander og som kan behandles. Det kan ikke tolkes for strengt da det er i endring med økt kunnskap og teknologi. Loven omfatter også kostnader ved svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd som ikke er å anse som sykdom, men som er omtalt særskilt. Folketrygden skal i utgangspunktet ikke dekke kostnader til alternative behandlingsformer, forebyggende tiltak, vitenskapelige undersøkelser eller forskning, men det finnes mange unntak. Blant annet for vaksiner som er forebyggende tiltak.

Folketrygdloven inneholder regler om hva som skal refunderes og gir fullmakter til departementet om å regulere refusjonsordninger nærmere i forskrift.

- Folketrygdloven inneholder flere begrensninger i hva som skal refunderes. Som hovedregel refunderes ikke kostnader til andre aktiviteter enn helsehjelp. Det vil si at utgifter pasienten har med å komme til legen ikke dekkes av denne loven. Kostnader til fakturagebyrer er ikke omtalt i folketrygdloven.

Det ytes for eksempel ikke stønad til inngrep som vesentlig er begrunnet i kosmetiske hensyn, og heller ikke til behandling av påregnelige følger av slike inngrep. Dersom det offentlige yter stønad etter annen lovgivning, ytes det ikke stønad etter dette kapitlet. Ansvar for å tilby og finansiere helsetjenester er i hovedsak lagt til stat og kommune. Det medfører at folketrygden for eksempel ikke gir stønad til primærhelsetjenester for beboere i alders- og sykehjem. Folketrygden gir heller ikke stønad for personer som er innlagt i helseinstitusjon.

2.3 Direkte oppgjør – og kobling mellom avtaler

I forbindelse med tilpasninger for å innføre fastlegeordningen 1. juni 2001, ble det gjort endringer i folketrygdloven § 5-4, fra 1. juli 1998, jf. Ot.prp. nr. 47 (1996-97). Lovendringene innebar at refusjonsretten for leger, psykologer og fysioterapeuter ble koblet til at yrkesutøvere hadde kommunal eller fylkeskommunal driftsavtale. Fra 2002 og

innføringen av helseforetaksordningen ble avtaleparten de regionale helseforetakene. Retten til trygderefusjon for fastleger er knyttet til en fastlegeavtale med kommunen.

I folketrygdloven § 5-4 står det:

Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Stønad til legehjelp gis bare dersom legen har fastlegeavtale med kommunen, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 femte ledd, eller avtale om driftstilskott med regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a sjette ledd. Det kreves ikke fastlegeavtale eller avtale om driftstilskott når legehjelpen gis av kommunal legevakt eller gjelder øyeblikkelig hjelp.

Stønaden ytes etter fastsatte satser.

Offentlig finansiering forutsetter at legen har fastlegeavtale med kommunen eller avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak, bortsett fra når legehjelpen ytes av kommunal legevakt eller som øyeblikkelig hjelp.

Departementet gir forskrifter om stønad etter denne paragrafen, herunder om tilskott til fellestiltak for leger, og kan i forskrift gjøre unntak som utvider kretsen av leger etter annet ledd.³

- Offentlig finansiering av næringsdrivende leger med avtale i tre deler: Per capita/ramme, refusjon og egenandel. De tre delene reguleres i henholdsvis lovgivning og nasjonale avtaler.

Det ytes bare stønad etter §§ 5-4 til 5-12, 5-14 og 5-25 når den som gir behandling eller yter tjenester, har direkte oppgjør etter § 22-2. I folketrygdloven § 22-2 a er det inntatt en fullmakt til forskrift om direkte oppgjør, der det står:

«Departementet kan gi forskrift om plikt til å ha direkte oppgjør for leger som har fastlegeavtale med kommunen, fysioterapeuter som har avtale med kommunen om driftstilskott, og lege- og psykologspesialister som har avtale med et regionalt helseforetak om driftstilskott.»

Denne bestemmelsen er forholdsvis ny. Den regulerer hjemmelsgrunnlaget for å gjøre direkte oppgjør som en pliktig ordning for leger som har fastlegeavtale og fysioterapeuter, lege- og psykologspesialister som har driftstilskott, jf. Prop. 121 L (2019–2020).

Bestemmelsen gir hjemmel for forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter, jf. forskrift 18. juni 1998 nr. 590.

- Direkte oppgjør vil si at legen eller fysioterapeuten har en avtale med trygden (Helfo) om å påta seg å gjøre opp med trygden. Alternativet ville vært at hver enkelt pasient ville krevd refusjon fra trygden.

Helfo er Helsedirektoratets ytre etat som har ansvaret for å forvalte refusjonsordninger etter folketrygdloven kapittel 5.

2.4 Stønadsforskriften med hjemmel i folketrygdloven

Forskrift 25. juni 2021 nr. 2226 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, er gitt med hjemmel i folketrygdloven § 5-4. Dette innebærer at fullmakten i lov og hvordan denne er utformet er avgjørende for hva som kan reguleres i forskriften.

Lovbestemmelsen gjelder rett til økonomisk dekning av kostnader til legehjelp.

Fullmakten for departementet til å gi forskrift er avgrenset til «stønad etter denne paragrafen, herunder om tilskott til fellestiltak for leger, og kan i forskrift gjøre unntak som utvider kretsen av leger etter annet ledd.»

³ Bestemmelsen innebærer at departementet i forskrift kan utvide kretsen av helsepersonell som omfattes av andre ledd, for eksempel ved forskrift om forsøksordning med primærhelseteam, 2. mars 2018 nr. 313, og hvor trygderefusjon etter nærmere fastsatte vilkår utvides til å gjelde sykepleier i primærhelseteam. Se også forskrift 26. mars 2020 nr. 487, der det ble åpnet for at leger uten fastlegeavtale kan utløse trygderefusjon. Forskriftens formål var å styrke personellsituasjonen i allmennlegetjenesten i særskilte situasjoner, og forskriften var direkte knyttet til utbruddet av covid-19.

I dette ligger at fullmakten omfatter reguleringer av rett til stønad – og ikke forbud. Det fremgår klart at denne loven og forskriften ikke regulerer inkassoselskaper.

I § 1 fremgår omfanget av retten til stønad:

«Det ytes stønad dersom lege er søkt for sykdom eller mistanke om sykdom, for skade eller lyte, for veiledning i familieplanlegging, ved svangerskap og ved fødsel. Det ytes ikke stønad til kosmetiske inngrep som ikke er overveiende medisinsk indisert. Det samme gjelder ved påregnelige følgetilstander etter slike inngrep. ...» Stønad kan imidlertid gjøres avhengig av nærmere angitte vilkår, slik det er gjort i § 2. Disse vilkårene er knyttet til helsehjelpen.

I § 2 nr. 6 er det stilt vilkår overfor legen og som gjelder å «inngå avtaler»:

«Leger er forhindret fra selv å kreve, eller inngå avtaler som innebærer, pasientfinansiering av administrative systemer som betalingstjenester, timebestillingssystemer og lignende.

Dersom pasienten ønsker å motta faktura, kan det avkreves et fakturagebyr. Fakturagebyret skal ikke overstige kostnadene ved faktureringen».

Denne bestemmelsen gir uttrykk for at det skal være mulig å betale på annen måte enn ved fakturering. Det er uklart hva som ligger i «dersom pasienten ønsker å motta faktura» og om det er tilstrekkelig at en pasient velger å ikke benytte betalingsterminalen. Ved helsehjelp er det ikke et krav om at ønskene og samtykket er uttrykkelig, det er tilstrekkelige at personer stilltiende oppsøker en fastlege, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-1 og 4-1. Selv om det er forskjeller mellom samtykke til helsehjelp og «ønsker» knyttet til faktura, tilsier dette at «ønsker» kan komme til uttrykk på flere måter. Dersom det er informert om at betaling skjer enten ved å benytte betalingsterminalen eller ved faktura mot et fakturagebyr, vil dette trolig være tilstrekkelig.

Betalingen for faktura er tilsynelatende teknologinøytral, det vil si at det kan gjelde digital faktura eller papirfaktura. Det vises til kostnadene med å sende faktura. Det er uklart hva som kan være kostnader i denne sammenhengen.

Dette punktet regulerer ikke kostnader som påløper når pasienten ikke betaler etter å ha mottatt fakturaen.

- Under enhver omstendighet er det ikke leverandører av betalingssystemer, som for eksempel Convene, som er regulert av denne forskriften. Betalingsselskaper er ikke omfattet av folketrygdloven § 5-4 eller forskrifter gitt med hjemmel i denne bestemmelsen,

Bestemmelsen er utformet som et vilkår for at legen skal kunne ha et direkte oppgjør med trygden for å oppfylle pasienters rett til å få dekket utgifter til legehjelp. I dette ligger at legene må inngå avtaler med betalingsselskaper som innebærer at legene overholder vilkårene.

Det er samtidig tvil om hvordan hjemmelen i folketrygdloven § 5-4 kan benyttes til å regulere disse spørsmålene da bestemmelsen dreier seg om dekning av utgifter til legehjelp og ikke til andre kostnader, for eksempel ved administrering av betaling, parkering osv.

I tre brev fra Helsedirektoratet til henholdsvis landets kommuner, de regionale helseforetak og fastleger, 7. november 2017, legger direktoratet vekt på det grunnleggende hensynet om at «alle pasienter skal ha likeverdig tilgang og behandles likt» når det gjelder offentlig finansierte helsetjenester. Videre at reguleringer av pasientens egenandeler og egenbetaling skal bidra til dette, jf. folketrygdloven § 5-4.

Det uttales også at «[d]epartementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om vederlag for helse- og omsorgstjenester og stille krav til at det utstedes spesifisert regning til pasienten.» Det vises deretter til statsavtalen og rammeavtalen.

- Dette punktet dreier seg ikke om fakturagebyrer. I disse brevene gis det ingen utredning av virkeområdet til helse- og omsorgstjenesteloven og folketrygdloven – og hvem lovene regulerer.

Helse- og omsorgsdepartementet hadde en noe ulik fortolkning enn Helsedirektoratet.⁴ Fortolkningen fra departementet har større vekt enn Helsedirektoratets fortolkninger.

- Departementet viser til hva forskriften og loven regulerer, og hva den ikke regulerer. Det er liten tvil om at stønadsforskriftens rekkevidde må ses i sammenheng med hjemmelsgrunnlaget.

2.5 Størrelsen på egenandeler og hva som omfattes

Egenandeler og variasjoner i slike andeler har vært tema fra fastlegeordningen ble innført. Forbrukerrådet påpekte den gang at det var utfordringer med at det legges opp til ulik egenandel, fordi det begrenser pasientens frie legevalg.⁵ Landsforeningen for hjerte- og lungesyke og FFO er opptatt av at personer som har behov for legehjelp under reise, ferie og lignende ikke skal avkreves høyere egenandel. Norsk Revmatikerforbund mente at egenandelen må være den samme.

Ved innføring av fastlegeordningen la departementet vekt på å få en entydig praktisering av egenbetalingen innenfor den offentlige allmennlegetjenesten. Formålet med fastlegeordningen var å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved at alle som er bosatt i en norsk kommune kan få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skulle gi befolkningen:

- større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.
- et fastere tilknytningsforhold mellom lege og pasient gjennom listesystemet. Personer på fastlegens liste skal ha prioritet hos fastlegen, og fastlegen har plikt til å prioritere disse foran andre pasienter.
- bedre oppfølging for den enkelte innbygger, og samtidig en mer oversiktlig ordning for kommunen, legen og legens samarbeidspartnere.
- Reduksjon i mulighetene for «legeshopping».

Lik og forutsigbar egenandel skal ivareta muligheter for alle å få helsehjelp uten store kostnader.

- Egenandeler er knyttet til betalingen for *helsehjelpen* som er omfattet av folketrygdloven. Andre kostnader omfattes som hovedregel ikke. Det er egne satser for andre oppgaver, for eksempel for attester.

I tillegg til å være en finansieringskilde, skal egenandelene være et styringsinstrument som påvirker pasientens forbruk av legetjenester.

Egenandelstaket skal samtidig begrense den totale økonomiske belastningen for mennesker som trenger hyppig oppfølging av helsetjenesten. Ordningen innebærer at når innbetalte egenandeler overskrider taket, vil innbyggeren få frikort og dermed gratis legehjelp resten av året. Etter at innbyggerne har nådd frikortgrensen, vil egenbetaling for pasienten bli dekket av folketrygden uansett om pasienten oppsøker fastlegen eller ikke.

Det er i folketrygdloven § 5-3 regulert en grense for samlet betaling av egenandeler – omtalt som utgiftstak og frikortordningen. Dette taket fastsettes av Stortinget – og skal være det høyeste samlede beløpet som skal betales for helsetjenester som er regnet opp i lovbestemmelsen, blant annet helsehjelp fra leger, psykologer, fysioterapeuter, poliklinisk helsehjelp med videre. Før 1. januar 2021 bestod frikortordningen av egenandelstak 1 og egenandelstak 2, mens det fra dette tidspunktet er et felles egenandelstak for alle tjenestene som utløser egenandeler.

For å skjerme medlemmer mot for store utgifter er det innført ordninger som begrenser medlemmets årlige utgifter til egenandeler. Beløpet fastsettes årlig av Stortinget. Når medlemmets utgifter i løpet av et kalenderår har oversteget dette beløpet, fritas medlemmet for ytterligere betaling av egenandeler.

Det er ikke alle utgifter som vil inngå i egenandelsberegningen. Medlemmet vil derfor kunne ha utgifter til helsetjenester som ikke anses som en godkjent egenandel. Dette betegnes gjerne som egenbetaling eller pasientbetaling.

⁴ https://www.vadso.kommune.no/_f/p1/i39b7fce2-efb7-4df7-b2ae-38e8d930ae56/fakturaagebyr-ved-bruk-av-fastlegetjenester3-002.pdf

⁵ Ot. prp. nr. 99 (1998-1999) kap. 9.4.

Nærmere regler om hvilke egenandeler som kan tas, er gitt i forskrift 18. desember 2020 nr. 2990 *Om egenandelstak*. Hva som regnes som egenandel er regnet opp i forskriften § 2:

1. Som egenandel for legehjelp hos privatpraktiserende lege godtas et beløp som svarer til differansen mellom folketrygdens refusjonstakst og den honorartaksten som er fastsatt i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.
2. Som egenandel for hjelp fra sykepleier tilknyttet et primærhelseteam med kommunal praksisavtale, godtas et beløp som er fastsatt av departementet, jf. forskrift om forsøksordning med primærhelseteam.
3. Som egenandel for laboratorieprøver og radiologiske undersøkelser og behandling godtas de beløpene som er fastsatt i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege og i private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt.
4. Som egenandel for helsehjelp som utføres poliklinisk i spesialisthelsetjenesten godtas et beløp som er fastsatt i forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta.
5. Som egenandel for psykologhjelp godtas et beløp som svarer til differansen mellom folketrygdens refusjonstakst og den honorartaksten som er fastsatt i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos psykolog.
6. Som egenandel for legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler godtas de beløpene som er fastsatt i forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften).
7. Som egenandel for reiser godtas utgifter opptil de beløpene som er fastsatt som egenandeler i forskrift 25. juni 2015 nr. 793 om pasienters, ledsageres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester, gitt med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter § 2-6 femte ledd og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 5-5 nr. 4.
8. Som egenandel for tannlegehjelp og tannpleierhjelp godtas et beløp som svarer til differansen mellom folketrygdens refusjonstakst og den honorartaksten som er fastsatt i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom.
9. Som egenandel for fysioterapi godtas et beløp som svarer til differansen mellom folketrygdens refusjonstakst og den honorartaksten som er fastsatt i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m.
10. Som egenandel for opphold ved opptreningsinstitusjon mv. godtas et beløp per døgn som er fastsatt av Stortinget.
11. Som egenandel for behandlingsreiser til utlandet (klimareiser) godtas et beløp per døgn som er fastsatt av Stortinget.

Når medlemmet skal betale egenandel på 400 kroner hver vei etter forskrift 25. juni 2015 nr. 793 om pasienters, ledsageres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester, er egenandelen for reise ikke omfattet av denne forskriften

Kostnader til fakturaer omfattes ikke av denne oppregningen.

Det fremgår av folketrygdloven § 5-3 tredje ledd at når utgiftene i løpet av et kalenderår har oversteget beløpsgrensen fastsatt av Stortinget, vil medlemmets betalingsplikt for stønadsberettigede helsetjenester bortfalle og overtas av staten. Når taket er nådd, vil det bli utstedt frikort, som dokumenterer at medlemmet er fritatt fra å betale ytterligere egenandeler i løpet av kalenderåret. Ved årsskiftet vil egenandelsberegningen nullstilles, og medlemmet må på nytt betale egenandeler inntil egenandelstaket er nådd.

Frikortordningen er automatisert, og det er i forskrift 28. desember 2020 nr. 1690 gjort unntak fra hovedregelen i § 22-13 om at medlemmet må fremsette krav.

Dersom medlemmet har betalt egenandeler som overstiger egenandelstaket, vil det overskytende beløpet bli tilbakebetalt til medlemmet, likevel slik at beløp som er mindre enn 200 kroner, ikke utbetales, jf. § 22-19 andre ledd. Det er en forutsetning at medlemmet faktisk har hatt utgiftene, for at utgiftene skal kunne regnes med. Frikortordningen gjør at samlet egenbetaling for pasienten til legehjelp, psykologhjelp, legemidler på blå resept og syketransport i løpet av et år begrenses.

Utgifter til betalingstjenester omfattes ikke av egenandelsbegrensningen eller av egenandelstaket og frikort. Slike kostnader ble verken drøftet eller vurdert i forbindelse med lovarbeidet. Forhøyet egenandel ville derfor bare ha begrenset effekt for å redusere omfanget av eventuell «legeshopping».

Størrelsen på stønaden og egenandelen fastsettes årlig i forskrift 25. juni 2021 nr. 2226 *Om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling av lege (stønadsforskriften)*. Revideringen er et resultat av årlige forhandlinger mellom staten, KS, de regionale helseforetakene og Den norske legeforening. Forskriften er inndelt i to hoveddeler og der del I inneholder generelle regler. Del II inneholder detaljert angivelse av takster, det vil det som kan kreves i oppgjøret med trygden og i krav fra pasienten (omtalt som honorartakst).

I forskriften § 2 nr. 6 står det:

Medlemmets egenandeler/egenbetalinger for å oppsøke lege er uttømmende regulert i forskriften, jf. kap. II. Leger er forhindret fra selv å kreve, eller inngå avtaler som innebærer, pasientfinansiering av administrative systemer som betalingstjenester, timebestillingssystemer og lignende. Dersom pasienten ønsker å motta faktura, kan det avkreves et fakturagebyr. Fakturagebyret skal ikke overstige kostnadene ved faktureringen

Fastlegene finansieres av kommunene med et rammetilskudd knyttet til pasienter på listen, trygderefusjon og egenandel. Statens overfører refusjoner og tilskudd.

Pasientenes egenbetaling utgjør en vesentlig del av finansieringen i allmennlegetjenesten. De som bruker helsetjenester, er med på å finansiere disse tjenestene gjennom betaling av egenandel. Det er egenandeler på de fleste tjenestene som faller inn under kapittel 5 i folketrygdloven. For hver stønadsform er det regulert hvor mye pasienten skal betale i egenandeler, eller om det er gjort fritak fra å betale egenandeler, for eksempel til barn under 16 år, eller ved allmenfarlige smittsomme sykdommer.

2.6 Statsavtalen

De økonomiske vilkårene for leger med avtale med kommunene eller med de regionale helseforetakene om offentlig finansiering er nærmere regulert i *Statsavtalen*, som er inngått mellom staten, KS og regionale helseforetak (RHF) på den ene siden, og Den norske legeforening på den andre siden. Avtalen omfatter økonomiske vilkår for leger i fastlegeordningen, bestemmelser om listeregulering, tilskudd til leger i særskilte kommuner og bestemmelser om godtgjøring i kommuner der fastlegeordningen er suspendert. Avtalen omfatter også bestemmelser om driftstilskudd for legespesialister med avtalepraksis med de regionale helseforetakene. Avtalen omfatter bestemmelser om honorartakster for allmennleger og for legespesialister med avtalepraksis med de regionale helseforetakene. Statsavtalen har hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2, pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 med tilhørende forskrifter.

Revideringen er et resultat av årlige forhandlinger.

Statsavtalen inneholder to deler, i kapittel 1 er det generelle regler, kapittel II inneholder en detaljert angivelse av hva som kan kreves i oppgjøret med trygden, det som betegnes som takster.

Satsene for pasientbetaling (egenandeler/egenbetalinger) i forbindelse med helsehjelpen fastsettes ikke i disse forhandlingene, selv om denne satsen har stor betydning da den ses i sammenheng med refusjonssatser. Enkelte honorarsatser inngår i et tillegg til statsavtalen. Dette utgjør til sammen fastlegers og avtalespesialisters omsetning og inntekter som næringsdrivende i egen praksis.

Stønaden ytes enten etter såkalt refusjonstakst (det beløpet som refunderes etter folketrygdlovens bestemmelser) eller etter honorartakst (refusjonstakst samt medlemmets egenandel). Statsavtalen henger sammen med stønadsforskriften og gjeldende rammeavtaler. Det vil si rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om drift av allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene (kommuneavtalen). Avtale er også inngått mellom Oslo kommune og Den norske legeforening. Det er også inngått tariffavtale for allmennleger innenfor fastlegeordningen som har ansettelsesforhold i kommunen. Rammeavtalene regulerer plikter for leger i forbindelse med utførelsen av oppgaver og for kommunene/de regionale helseforetakene når det gjelder tilrettelegging.

- Det er nær sammenheng mellom statsavtalen som skal finansiere helsetjenestetilbudet legene og avtalespesialistene gir til pasientene og stønadsforskriften, om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling av lege (stønadsforskriften), og pliktene for leger og henholdsvis kommunene/RHFene i rammeavtalene.

Det er fra 1.mai 2020 innført et knekkpunkt i basistilskuddet. Fra 1. juli 2021 utgjør basistilskuddet 642 kroner per listeinnbygger inntil 1 000 listeinnbyggere. Fra listeinnbygger 1001 og opptil 2500 utgjør basistilskuddet 526 kroner pr listeinnbygger. Kommunen betaler grunntilskudd for fastlegeavtaler med en liste under 500 listeinnbyggere forutsatt at listetaket for avtalen er 500 eller flere listeinnbyggere. Grunntilskuddet utbetales i stedet for basistilskudd. Grunntilskuddet er knyttet til en fastlegeavtale. Grunntilskuddet utgjør basistilskuddet svarende til en fastlegeliste med 500 listeinnbyggere. Grunntilskuddet kan mottas i inntil to år fra fastlegeavtalen er inngått. Dersom fastlegeavtalen i løpet av de to årene får en listelengde større enn 500 listepasienter utbetales basistilskudd i stedet for grunntilskudd.

I kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal det i tillegg til basistilskudd etter punkt 2.1, gis et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1200 personer. Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom basistilskudd for referanselisten på 1200 personer og gjennomsnittlig listelengde for antall opprettede fastlegestillinger eller hjemler i kommunen. Utjamningstilskuddet er likt for alle fastlegene i kommunen uavhengig av den enkeltes listelengde.

Kommunen kan stille vilkår om at den enkelte fastlege påtar seg ansvar for et nærmere bestemt antall personer. Det antall personer kommunen kan pålegge er 3/6 fastsatt i fastlegeforskriften § 12, 1. ledd, bokstav a. Fra innføringen av fastlegeordningen er antallet fastsatt til 1500 ved fulltids kurativt årsverk. Dersom det etter innføringen av reformen er behov for endringer av denne bestemmelsen skal partene drøfte alternative løsninger. Basert på drøftelsen med partene kan departementet foreta endringer i forskriften etter ordinær høring. Ved vurdering av om tallet skal endres skal det bl.a. legges vekt på endringer i helsetjenesten, spesielt oppgaveoverføring til fastleger, arbeidsvolum og omfanget av de arbeidsoppgaver som er eller vil bli tillagt fastlegen. Protokolltilførsel: Fra statens side legges det til grunn at eventuelle endringer i fastlegeforskriften § 12, 1. ledd bokstav a, ikke vil bli gjort uten at Den norske lægeforening og KS gir sin tilslutning.

Leger i kommuner der fastlegeordningen er suspendert godtgjøres med et tilskudd fra kommunen på kroner 735 230 per år for fullt kurativt årsverk. Tilskuddet avkortes i forhold til eventuelt redusert kurativt arbeidstid. Leger som ved suspensjon er fastlege i kommunen skal likevel ikke ha lavere tilskudd per måned enn gjennomsnittlig basistilskudd de siste tre månedene før suspensjonen. For øvrig kan legen kreve honorartakster i henhold til punkt 4.1 i denne avtalen. For å få kommunalt tilskudd må legen ha avtale med kommunen. Avtalen mellom KS og Den norske legeforening om drift av fastlegepraksis skal gjelde så langt det passer.

De regionale helseforetakene yter driftstilskudd til leger med avtale om avtalepraksis, jf. rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister. Driftstilskuddet betales etter følgende skala per år fra 1. juli 2021:

Klasse 1: kroner 988 370,-

Klasse 2: kroner 1 148 450,-

Klasse 3: kroner 1 472 050,-

Plassering i klasse baseres på den enkelte spesialists behov for rom, teknisk utstyr og hjelpepersonell. Plasseringen skjer etter lokale forhandlinger mellom de regionale helseforetakene og den enkelte spesialist. Driftstilskuddet utbetales forholdsmessig etter legens avtalte tid for behandlende virksomhet i privat praksis. Det kan ikke inngås driftstilskuddsavtaler som utgjør mindre enn 1/5 av fullt driftstilskudd. Nærmere bestemmelser i forbindelse med driftstilskuddet er gitt i avtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister. Når de regionale helseforetakene setter som vilkår at avtalepraksisen skal utøves fra flere kontorsteder, fastsettes kompensasjonen for dokumenterte merkostnader etter drøftinger mellom foretaket og den enkelte spesialist.

Leger med fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis med de regionale helseforetakene kan kreve honorarer i henhold til forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege gjeldende fra 1. november 2020.

2.7 Plikt til prisinformasjon i Statsavtalen, men gebyrer til fakturaer omfattes ikke

Legene skal ha oppslag som viser prisene for de enkelte tjenester, på venteværelse eller annet sted som er lett synlig for pasienten. Med pris menes den egenandel pasienten selv skal betale. Pasientene skal uoppfordret gis kvittering hvor prisene på de enkelte tjenester er spesifisert.

Dette bør også gjelde gebyrer ved fakturaer.

- Kostnader til betalingsinnkreving omfattes ikke.

Det fremgår av statsavtalen at leger kan få dekket enkelte kostnader. Det er gitt økonomiske tilskudd for at leger kan sende krav om direkte økonomisk oppgjør elektronisk over linje. Per 7. desember 2009 nr. 1746 skal alle legekantor oppfylle følgende minstekrav til IKT:

- Alle legekantor skal ha et elektronisk pasientjournalssystem. EPJ- systemet skal støtte sending og mottak av elektroniske meldinger.
- Alle legekantor skal være tilknyttet Norsk Helsenett.
- Alle legekantor skal ha digitale sertifikat for kryptering og signering av meldinger (PKI).
- Alle legekantor skal oppfylle «Norm for informasjonssikkerhet i Helsesektoren,» gjeldende pr 1. juli 2011.
- Partene drøfter videreutvikling av IKT systemer i legepraksis i forbindelse med årlig revisjon av statsavtalen.

3. Sammenhenger mellom helselover og lover som gjelder gebyrer

3.1 Lover som regulerer gebyrer knyttet til betalingskrav

Det er en forutsetning både i forbrukerkjøpsloven og i markedsføringsloven at ethvert betalingskrav må bygge på et avtalegrunnlag. Inkassoloven har krav i forbindelse med inkassoprosesser. Finansavtaleloven regulerer avtalegrunnlaget. Som et utgangspunkt er det klart at selgere kan kreve gebyr for utstedelse og sending av faktura som er en faktisk kostnad med salget.

I rapportutkastet er det vist til en fortolkning av markedsføringsloven § 11 som regulerer forbud mot negativt salg. Det vil si at det sendes et krav om betaling uten at det leveres noen ytelse eller at det er avtalt en ytelse. Forbudet mot negativt salg skal hindre «uryddige» former for avtaleinngåelse der det ikke er klart for kjøper at denne har forpliktet seg. Alminnelig avtalerett er utgangspunktet for vurderingen av om avtaler er inngått.⁶ Loven opererer med begrepet «grunntakst».⁷ Innholdet i dette begrepet ble drøftet av EU-domstolen i sak C-568/15 (Comtech). Dette skal fortolkes slik at prisen ikke må overstige prisen for en oppringning til et alminnelig geografisk fastnett- eller mobiltelefonnummer.⁸

Pasienter som mottar helsehjelp er kjent med at de skal betale en egenandel og må også være kjent med at de har et valg om å betale på betalingsterminal uten at det påløper kostnader til faktura – eller å motta en faktura mot kostnad. Utfordringen er at dersom denne ikke betales kan det påløpe ytterligere kostnader.

Det kan være tillatt å benytte telefonnummer hvor det kreves en høyere pris enn grunntakst forutsatt at dette er klart for forbrukeren, for eksempel ved tjenester eller forespørsler som går utover det som følger av forbrukervernlovgivningen eller avtalen mellom partene at den næringsdrivende plikter å yte.

Se også lovens fjerde ledd om tilleggsytelser som er en presisering av forbudet mot negativt salg. Bestemmelsen forutsetter at forbrukeres ønsker kommer til uttrykk for å bekrefte at man ønsker å bestille slike tilleggsytelser.⁹

Gebyrer i forbindelse med betalingskrav omfattes av finansavtaleloven § 39 b første ledd og som stiller krav om at betaleren skal opplyses om dette før en betalingstransaksjon iverksettes og at gebyret ikke kan overstige betalingsmottakerens faktiske kostnad ved bruk av

betalingsinstrumentet. «Betalingsinstrument» kan være betalingskort.¹⁰ Det dreier seg om «personlig instrument eller sett av prosedyrer som er avtalt mellom kunden og institusjonen, og som kunden benytter for å iverksette en betalingsordre», jf. finansavtaleloven § 12 bokstav c. Denne bestemmelsen implementerer betalingstjenestedirektivet ([2007/64/EF](#)) artikkel 50 nr. 1 og artikkel 52 nr. 3 og forbrukerrettighetsdirektivet (2011/83/EU) artikkel 19 i norsk rett.

I fortalen til betalingstjenestedirektivet punkt 42 heter det:

«For å fremme innsyn og konkurranse bør yteren av betalingstjenester ikke hindre betalingsmottakeren i å anmode om et gebyr fra betaleren for å benytte et særlig betalingsinstrument. Selv om betalingsmottakeren bør kunne stå fritt i å pålegge gebyrer for bruken av et bestemt betalingsinstrument, kan medlemsstatene bestemme om de vil forby eller begrense slik praksis i tilfeller der dette etter deres syn kan være berettiget i lys av utilbørlig prissetting eller prissetting som måtte ha en negativ innvirkning på bruken av et bestemt betalingsinstrument, idet det tas hensyn til behovet for å oppfordre til konkurranse og bruk av effektive betalingsinstrumenter.»

⁶ Se Ot.prp. nr. 62 (1999–2000) s. 32–33. Se også Johan Giertsen, *Avtaler*, 3. utg., Universitetsforlaget, 2019, s. 53–58.

⁷ Se artikkel 21 i direktiv 2011/83/EU (forbrukerrettighetsdirektivet). Dette direktivet er implementert i markedsføringsloven.

⁸ Se også sak C-332/17 (Starman). Domstolen trekker her opp grensene i en situasjon hvor den næringsdrivende både benytter et «overtakert» telefonnummer og et nummer med ordinær takst.

⁹ Se artikkel 22 i direktiv 2011/83/EU (forbrukerrettighetsdirektivet). Denne bestemmelsen regulerer situasjonen forut for avtaleinngåelsen. Tilleggsbetaling underveis i et avtaleforhold, som for eksempel etter lov 16. juni 1989 nr. 63 om håndverkertjenester m.m for forbrukere (håndverkertjenesteloven eller hvtl.), omfattes ikke av ordlyden.

¹⁰ Se Ot.prp. nr. 94 (2008–2009) side 171.

3.2 Sammenhenger mellom lovene: uttalelse fra Lovavdelingen

Justisdepartementets lovavdeling har i en fortolkningsuttalelse 23. januar 2015 tatt stilling til om fastleger kan kreve gebyr ved bruk av betalingsautomat, etter anmodning fra helse- og omsorgsdepartementet 9. september 2014.¹¹

Lovavdelingen ble bedt om å vurdere adgangen til å kreve gebyr for å betale med kort i betalingsautomat hos fastlege og andre private næringsdrivende som har avtale om å levere helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen. Uttalelsen ble avgrenset til å gjelde hvorvidt fastleger har rett til å kreve et slikt gebyr på grunnlag av lov 25. juni 1999 nr. 46 om finansavtaler og finansoppdrag § 39 b, herunder om retten eventuelt begrenses av regelverket om fastlegers adgang til å ta betalt fra pasienter. Lovavdelingen forutsetter at kortbetalingen foretas av eller for en pasient og omfattes av finansavtaleloven § 11 første ledd, jf. § 9, jf. § 1. Finansavtaleloven § 39 b om betalingsmottakerens adgang til å kreve gebyr for bruk av et bestemt betalingsinstrument kommer da til anvendelse i forholdet mellom betalingsmottakeren og betaleren, jf. § 9 annet ledd. (Både fysiske og juridiske personer kan være betalingsmottaker og betaler, jf. finansavtaleloven § 12 bokstav e og f.)

Lovavdelingen forstår finansavtaleloven § 39 b første ledd første og tredje punktum slik at spørsmålet om hvorvidt det er adgang til å kreve gebyr ved bruk av et gitt betalingsinstrument, beror på avtalen mellom betaleren og betalingsmottakeren. Det alminnelige prinsippet om avtalefrihet får her som ellers anvendelse med mindre annet følger av annet rettsgrunnlag. Avtalefriheten på dette punktet fremgår videre forutsetningsvis av finansavtaleloven § 39 b første ledd annet punktum og det forhold at forskriftshjemmelen i § 39 b første ledd fjerde punktum ikke er benyttet. Det vises til uttalelser i Prop. 64 L (2013-2014) side 106. For forbrukerforhold angir § 39 b første ledd tredje punktum særlige begrensninger for hva som kan kreves i gebyr.

Lovavdelingen slår fast at for «hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, herunder privat virksomhet som driver etter avtale med kommunen», kan kommunen kreve vederlag av pasienter og brukere «når dette følger av lov eller forskrift», jf. lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 11-2 og forskrift 16. desember 2011 nr. 1349 om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester, lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd § 5-4 og forskrift 25. juni 2014 nr. 872 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.

Dette innebærer at reglene fastsetter en ramme for hvilket vederlag som kan kreves fra en pasient for hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste.

- Lovavdelingen mener at disse bestemmelsene ikke anses å begrense betalingsmottakerens adgang til å kreve gebyr ved bruk av et bestemt betalingsinstrument innenfor rammen av finansavtaleloven § 39 b.

Lovavdelingen legger til grunn at helse- og omsorgstjenestelovens begrensning gjelder vederlag for «hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste» og ikke gebyrer ved fakturering.

Det presiseres i uttalelsen at de relevante lov- og forskriftsbestemmelsene ikke regulerer gebyr for betaling med betalingskort eller andre betalingsinstrumenter. Gebyrer av denne typen er heller ikke nevnt i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven eller folketrygdloven.

Slike gebyrer er særskilt regulert gjennom finansavtaleloven. En lov som skal fravike dette må være langt tydeligere på at finansavtaleloven fravikes.

- Lovavdelingen vurderer det derfor slik at fastleger gjennom det nevnte regelverket ikke er avskåret fra å kreve gebyr fra pasienter for bruk av et bestemt betalingsinstrument innenfor rammene av finansavtaleloven § 39 b første ledd.

Lovavdelingen bemerker at en betalingsmottaker kan ha fraskrevet seg adgangen til å kreve gebyr for bruk av et bestemt betalingsinstrument gjennom avtale. Dette vil trolig forutsette klarhet i hvem som skal betale disse tjenestene.

Lovavdelingen vurderer også de særskilte begrensningene i finansavtaleloven § 39 b første ledd tredje punktum – det vil si en særregel for tilfeller hvor betalingsmottakeren krever gebyr fra en forbruker. Gebyret kan da «ikke

¹¹ Lovavdelingen: § 39 b - Finansavtaleloven § 39 b - adgangen til å kreve gebyr for betaling med kort i betalingsautomat hos fastlege, 23. januar 2015.

overstige betalingsmottakerens faktiske kostnad ved bruk av betalingsinstrumentet». Begrensningen ble inntatt ved lov 20. juni 2014 nr. 27 som gjennomføring av forbrukerrettighetsdirektivet artikkel 19 i norsk rett.

Med «forbruker» menes her «en fysisk person når avtalens formål for denne ikke hovedsakelig er knyttet til næringsvirksomhet», jf. finansavtaleloven § 2 første ledd. Privatpersoner som betaler for mottatte helsetjenester til seg eller sin familie, vil vanligvis falle inn under denne definisjonen. Det følger av finansavtaleloven § 2 at loven ikke ved avtale kan fravikes til skade for en forbruker.

Lovavdelingen viser til hva som kan anses som betalingsmottakerens «faktiske kostnad» ved bruk av betalingsinstrumentet, er nærmere behandlet i lovforarbeidene, jf. Prop. 64 L (2013-2014) punkt 5.3.5:

«For en selger er gjerne gebyret som pålegges selgeren i forbindelse med korttransaksjoner den største utgiftsposten knyttet til å akseptere kortbetalinger (brukerstedsgebyret - Merchant Service Charge «MSC»). Denne avgiften inkluderer gjerne (i) interbankgebyr betalt av selgerens leverandør av betalingstjenester til kortutstederen, (ii) avgift betalt av betalingstjenestetilbyderen til kortnettverket (for eksempel Visa eller MasterCard) og (iii) marginen som blir beholdt av selgerens leverandør av betalingstjenester for å dekke kostnader og sikre profit. For kredittkort er brukerstedsgebyret typisk fastsatt til en prosentsats av transaksjonsverdien, mens det for debetkort er mer vanlig med en flat kostnad. Disse gebyrene kan imidlertid variere med omsetning, vare- eller tjenestesektor og karakteristikk ved selger.

Lovavdelingen viser til at bankene som innløser korttransaksjonene, og mellommenn tar også gjerne avgifter for installering og leie av betalingsterminaler og annet utstyr. Videre er det administrative kostnader for selger knyttet til å prosessere en betalingstransaksjon, slik som personalkostnader og utgifter til håndtering av kontanter. Disse utgiftene er gjerne vanskelige å tallfeste og ses mer som en helhetlig del av selgerens administrative kostnader.

Videre har selgeren kostnader knyttet til risiko- og svindelhåndtering, som varierer mellom de ulike vare- og tjenestesektorene. Denne utgiftsposten anses imidlertid å vise en nedadgående trend takket være ny og sikrere betalingsteknologi.

Europakommisjonen har foreslått at kun utgifter som direkte faktureres til selgeren for bruken av et bestemt betalingsinstrument skal anses som «kostnad» i relasjon til artikkel 19. Andre kostnader, som administrative kostnader, kostnader til installasjon og leie av betalingsterminaler og lignende, samt kostnader knyttet til risiko- og svindelhåndtering, må på den annen side anses som generelle kostnader knyttet til det å drive en forretning, og bør således ikke anses som en «kostnad» etter direktivet artikkel 19.

Eksempelvis ville det fremstå som noe ubegrunnet at en forretning som kun selger varer eller tjenester via internett, og dermed for alle praktiske formål bare aksepterer elektroniske betalingsinstrumenter, skulle kunne kreve et eget gebyr fra forbrukeren ved betalingen som inkluderer utgifter til ansatte i forbindelse med å prosessere betalingstransaksjonen, eller kostnader knyttet til risiko- eller svindelhåndtering. Disse kostnadene må heller sies å springe ut av den valgte forretningsmodellen enn av forbrukerens valg av betalingsinstrument.

Dersom alle kostnader som på en eller annen måte kunne settes i forbindelse med en betalingstransaksjon - uansett hvor avledet disse er - skulle kunne veltes over på forbrukeren, ville det undergrave effekten av og formålet med artikkel 19. Det ville også være praktiske problemer knyttet til en tolkning hvor administrative utgifter og lignende i så fall måtte spres på et ubestemt antall transaksjoner, og således nærmest gjøre det umulig å etterprøve om artikkel 19 ble overholdt. Derfor legger departementet til grunn at kostnaden som veltes over på forbrukeren, ikke kan være høyere enn brukerstedsgebyret som selgeren betaler for en gitt transaksjon, og eventuelle transaksjonskostnader som selgeren betaler til en innløser eller mellommann.»

- Lovavdelingen tolker finansavtaleloven § 39 b første ledd tredje punktum slik at et gebyr som en fastlege krever fra en forbruker for å betale med betalingskort, ikke kan være høyere enn brukerstedsgebyret som fastlegen betaler for en gitt transaksjon og eventuelle transaksjonskostnader som fastlegen betaler til en innløser eller mellommann.

Andre kostnader enn dette kan etter vårt syn ikke kreves inn gjennom et slikt gebyr. Avgifter for installering og leie av betalingsterminaler og annet utstyr er å anse som slike «andre kostnader», og kan dermed ikke kreves dekket av forbrukeren gjennom gebyret. Vi bemerker at dette gjelder uavhengig av om kostnadene betales uavkortet videre av

fastlegen, for eksempel til en leverandør av betalingsløsninger, eller om fastlegen har overdratt kravet til en tredjepart.

3.3 Avgjørelsen fra Finansklagenemnda vedrørende krav fra Convene

Finansklagenemnda tok den 10.februar 2022, stilling til grunnlaget for å betale tilleggsgebyr til Convene, se FinKN 2022-140, etter at innklagede (pasienten) hadde nektet å betale. Pasienten hadde misforstått en SMS med betalingslink via betalingsløsningen ConvenePay etter konsultasjonen. Da fakturaen ikke ble betalt ble det lagt til et gebyr. Inkassovarsel, tillagt purregebyr, ble deretter sendt. Senere ble betalingsoppfordring, tillagt inkassosalær, ble sendt per Digipost 19.5.21.

Nemnda viste blant annet til uttalelser fra Inkassolovutvalget som innebærer at "det er rimelig grunn til å få vurdert" en innsigelse: «Dersom det foreligger reell uenighet mellom partene, må det føre til at skyldneren ikke kan avkreves inkassosalær.»¹² Ved ordet "vurdert" har utvalget ment å understreke at det ikke skal settes for store krav til innsigelsens vekt og dessuten at det er inkassators og eventuelt fordringshaverens plikt å vurdere innsigelsen.

Flere momenter har betydning i denne vurderingen, noe nemnda viser til:

1. hvor god grunn hadde skyldneren til å tro at innsigelsene var eller kunne være holdbare
2. hvor holdbar var innsigelsen
3. hvilken mulighet hadde skyldneren til å avklare spørsmålet selv, eller selv sørge for at det ble avklart

Nemnda la ikke til grunn Helsedirektoratet brev til Melin Medical der direktoratet klart ga uttrykk for at det ikke var adgang til å kreve noen tilleggsytelse av pasienter som betalte med kort etter avholdt legekonsultasjon. I brevet het det blant annet: En fastleges mulighet til å kreve vederlag (egenandel/egenbetaling) fra pasientene må med andre ord være fastsatt i lov eller forskrift. Direktoratet konstaterte deretter at gjeldende forskrift ikke omtaler vederlag ved bruk av kort, og det ble også vist til rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening som bestemmer at legen ikke kan kreve høyere egenandeler enn det som er fastsatt av staten.

Nemnda viste derimot til uttalelsen fra Justisdepartementets lovavdeling i 2015, og konklusjonen om at finansavtaleloven § 39 bokstav b ikke er til hinder for å kreve gebyr for betaling med kort i betalingsautomat hos fastlege, blant annet som følge av konklusjonen om at folketrygdloven og helse- og omsorgstjenesteloven ikke regulerer gebyrer.

Nemnda tok ikke stilling til om det var adgang til å kreve gebyrer slik det er gjort i den aktuelle saken og viser til at dette spørsmålet må avgjøres av en domstol. Nemnda ser derfor nærmere på inndrivingsprosessen. Det vises til at pasienten kontaktet selv innklagede og ba om faktura uten gebyr, noe som ikke ble etterkommet, og nemnda mener at klager selv også har hatt god grunn til å anse forbeholdet som en holdbar innsigelse i en inndrivingsprosess.

Nemndas sekretariat hadde på forhånd bedt Convene om "hvilken informasjon klager mottok om kostnader og evt. fakturering i forkant av e-konsultasjonen". Spørsmålet ble ikke besvart, slik at nemnda legger til grunn at det ikke ble gitt noen slik informasjon i forkant av eller i forbindelse med timebestillingen. Dette er avgjørende for å vurdere om pasienten har fått en oppfordring til å vurdere om han eller hun er villig til å akseptere et fakturagebyr.

Nemnda vurderte om varslingen oppfylte lovens krav, jf. inkassoloven § 9 bokstav a som ble endret ved lov 31. mars 2017 nr. 14. Lovgiver endret ikke risikoen for at meddelelsen kom frem, men åpnet for at den også kunne sendes elektronisk dersom det skjedde på en betryggende måte. Det er, så vidt nemnda kjenner til, ikke ennå gitt noen forskrift som nærmere angir hva som anses betryggende, men det finnes en grundig vurdering av dette i Prop. 6 L (2016-2017) om endringer i tinglysningsloven, inkassoloven og tvangsfullbyrdsloven mv. på s. 19 flg. Departementet uttaler på s. 20, høyre spalte, følgende: Den viktige varslingsfunksjonen ved skriftlighetskravet tilsier at vilkåret om at elektroniske meddelelser må sendes på "betryggende måte", bør tolkes noe strengt. Det sentrale vil være om forsendelsesmåten sikrer at vedkommende i tilstrekkelig grad blir gjort oppmerksom på at rettslig relevant informasjon har kommet inn til vedkommendes elektroniske meldingsmottak. Nemnda anvendte varslingsreglene analogisk på fakturaer selv om disse ikke er omhandlet i inkassoloven, men mente at det ikke var grunnlag for å strekke analogien til også å omfatte varsler av denne type.

¹² I NOU 1983:8 s. 98.

Nemnda la til grunn at avtalen med Pasientsky.no mest sannsynlig ikke var sagt opp på det tidspunktet fakturaen ble sendt, idet det i så fall ikke ville vært mulig å sende fakturaen på denne måten. Innklagedes utsendingssystem ville i så fall automatisk produsert en faktura på papir. Nemnda kom til at fakturaen var sendt på betryggende måte via Digipost. Nemnda la til grunn at innsigelsen ble fremsatt før inkassovarslet ble sendt, og at den således er fremsatt i tide, før inkassokostnadene påløp. Det var derfor ikke grunnlag for å kreve inkassokostnader i saken. Pasienten fikk medhold at prosesskostnadene ikke kunne kreves og avgjørelsen er enstemmig.

3.4 Sanksjoner ved overtredelser av folketrygdlovens bestemmelser om refusjonskrav

Både folketrygdloven, helsepersonelloven og straffeloven inneholder bestemmelser som gir adgang til å sanksjonere ved feil bruk av den direkte oppgjørsordningen og overtredelser av folketrygdloven § 5-4 og stønadsforskriften. I henhold til folketrygdloven § 22-15 a kan det kreves tilbakebetalt utbetalt refusjon selv om helsehjelpen er gitt, når refusjonskravet er feil, jf. folketrygdloven §§ 22-2 og 22-2 a.

Helsepersonelloven § 6 regulerer situasjoner der pasienter påføres uriktige kostnader, tidstap osv. Det må skilles tydelig mellom adgangen til sanksjoner og pasienter klagerettigheter.

4. Vurderinger og forslag

Formålene med at det fastsettes faste egenandeler og som fungerer som en bundet pris for fastlegene, er å ivareta hensynet til at enhver kan motta offentlig finansiert helsehjelp uten å risikere høye kostnader. Dagens utfordringer oppstår som følge av at pasienter ikke har et tilstrekkelig vern mot betalingskostnader da dette ikke er klart regulert og at det har oppstått en "monopolsituasjon" for Convene. I dag har Convene en dominerende posisjon og som helsevirksomheter blir avhengig av som følge av avtaler med lang bindingstid og fraværet av konkurrenter. Som det fremgår av rapportutkastet blir denne dominerende posisjonen i markedet opprettholdt ved at nye leverandører blir kjøpt opp av Convene eller PatientSky.

Folketrygdloven og lov om helse- og omsorgstjenester regulerer ikke betalingsselskaper som Convene. Disse lovene regulerer i all hovedsak økonomisk støtte til helsehjelp og plikter for kommunene til å organisere og tilby helsetjenester.

Ved avtale med næringsdrivende leger og fysioterapeuter er reguleringene i flere nivåer: flere lover, flere forskrifter og flere avtaler.

Stønadsforskriften stiller noen vilkår for å opprettholde direkte oppgjørsordning som kan ha betydning for gebyrer ved fakturering. Lovavdelingen er imidlertid tydelig på at folketrygdloven og lov om helse- og omsorgstjenester ikke regulerer gebyrer ved fakturering. Det fremgår samtidig indirekte av stønadsforskriften og av andre honorarsatser at det kan påløpe kostnader utover egenandelene. Stønadsforskriften § 2 nr. 6 legger til grunn at det er tillatt å kreve gebyrer i forbindelse med fakturering, men det er flere uklarheter knyttet til denne bestemmelsen. Dette er uansett ikke et forbud, men formulert som et vilkår rettet mot helsepersonell med avtale. Vilkåret dreier seg kun om situasjoner der pasienten velger å ikke betale på betalingsautomaten eller på andre måter gir uttrykk for et ønske eller aksept når det gjelder å bli fakturert. Vilkåret dreier seg ikke om kostnader dersom pasienten velger å ikke overholde en betalingsfrist.

Samtidig vil det kunne være begrensninger i størrelsen på gebyrer på lovlig kan kreves. Det vises til at finansavtaleloven § 39 b første ledd tredje punktum kan anvendes slik at et gebyr som en fastlege krever fra en forbruker for å betale med betalingskort, ikke kan være høyere enn brukerstedsgebyret som fastlegen betaler for en gitt transaksjon og eventuelle transaksjonskostnader som fastlegen betaler til en innløser eller mellommann.

Det vil samtidig si at andre kostnader ikke kan dekkes ved dette gebyret. Avgifter for installering og leie av betalingsterminaler og annet utstyr er å anse som slike «andre kostnader», og kan dermed ikke kreves dekket av forbrukeren gjennom gebyret. Dette vil gjelde uavhengig av om kostnadene betales uavkortet videre av fastlegen, for eksempel til en leverandør av betalingsløsninger, eller om fastlegen har overdratt kravet til en tredjepart.

Det er åpenbart at det er nødvendig å ha betalingssystemer som også gjelder når pasienten ikke mottar fysisk helsehjelp eller velger å ikke benytte betalingsautomater. For helsevirksomheter og helsepersonell kan det være

nødvendig å etablere moderne betalingssystemer som administreres av andre for å slippe å bruke tid på inndriving av betaling, i likhet med situasjonen for andre tjenesteytere. Tilbudet om betalingsautomater dekket et betydelig behov i helsevirksomheten. Ved økt innslag av digitale konsultasjoner bør betalingsordningen være digital. I dag er ikke kostnadene til dette dekket av de offentlige finansieringssystemene for helsehjelp.

Ved vedtakelsen av dagens helse – og trygdlovgivning har det i liten grad vært vurdert hvordan kostnader som følge av at det etableres betalingssystemer skal dekkes. Betalingsselskapene reguleres ikke av folketrygdloven. De utfordringene og dilemmaer som har oppstått i forbindelse med betalingssystemet i forbindelse med fakturagebyrer og videre kostnader, bør derfor løses på andre måter enn å tolke en forskrift utvidende.

Dette skyldes at det er tvilsomt om slike endringer i stønadsforskriften har tilstrekkelig hjemmel. Det må vurderes hvem som skal lovreguleres: om det er betalingsselskapet eller private aktører som gir helsetjenester. Dersom private aktører som gir helsetjenester skal reguleres må det vurderes hvem som skal finansiere eventuelle betalingstjenester.

Det kan inngås avtaler med leger og andre om å frafalle adgangen til å kreve gebyrer, for eksempel i Statsavtalen. Per i dag inneholder ikke statsavtalen en slik avtale. Ved en slik avtaleinngåelse blir det uunngåelig å vurdere *hvem som skal finansiere* kostnader til fakturering og inndrivelse av betaling da dette ikke er omfattet av dagens finansieringssystem. Et alternativ er at det etableres et offentlig betalingssystem, for eksempel gjennom Helse Norge.

I forbindelse med en lovendring må forholdet vurderes i lys av EØS-retten som Norge er forpliktet av. Dette gjelder også spørsmål om offentlige myndigheters adgang til å kreve gebyr for bruk av et bestemt betalingsinstrument.

Oslo, 14. april 2022

Anne Kjersti Befring