
Fraværsgebyrer på ville veier

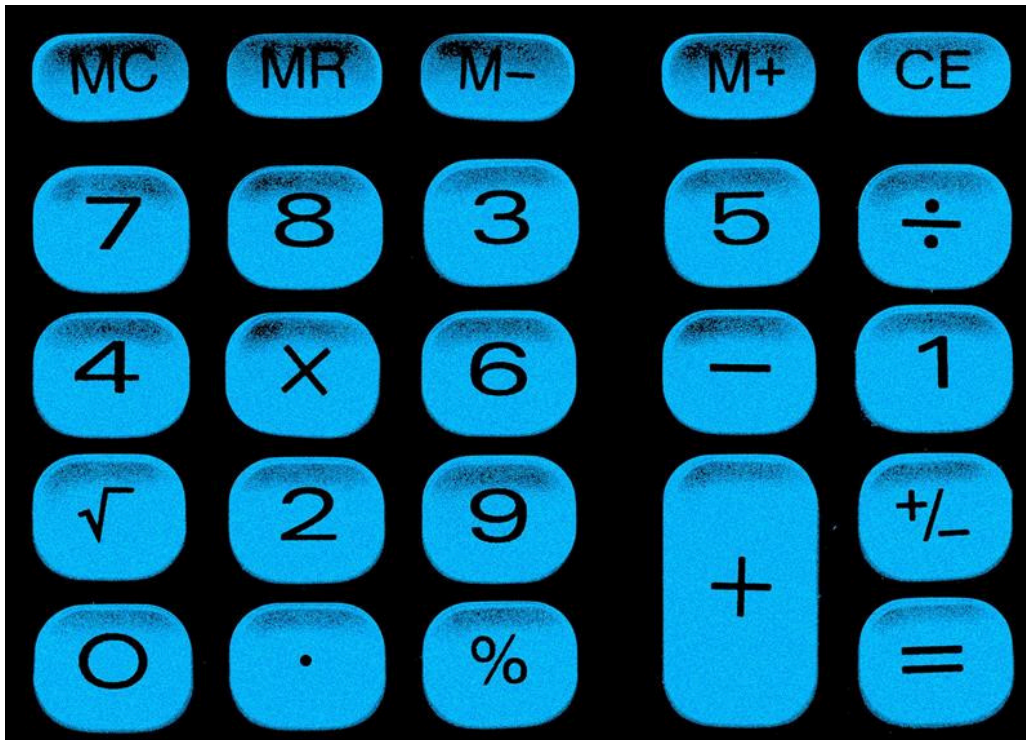
DEBATT

JOAR RØKKE FYSTRO

j.r.fystro@medisin.uio.no

Joar Røkke Fystro er postdoktor ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo og universitetslektor ved vernepleierutdanningen ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Innlandet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

I et kvart århundre har pasienter på norske sykehus blitt ilagt gebyrer for manglende oppmøte. Nå er tiden kommet for å revidere ordningen, eller skrote den fullstendig.



Illustrasjonsfoto: Coyau / CC BY-SA 3.0 / Tilpasset av Tidsskriftet

Pasienter som ikke møter opp til avtalt time på norske sykehus, uten å ha meldt avbud innen 24 timer i forkant, kan kreves et fraværsgjebyr (1). Fraværsgjebyr ble innført i 2001, og i 2009 ble det normert til å tilsvare størrelsen på egenandelen for polikliniske konsultasjoner (i dag 443 kroner). Deretter, i 2015, vokste gjebyr til to ganger egenandelen, i 2019 ble det hevet til tre ganger egenandelen, før det i 2023 ble satt til fire ganger egenandelen (2).

Men det stopper ikke der. Årets statsbudsjett har fått fraværsgjebyr til å vokse inn i 2026. På den ene siden ble egenandelen for polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten økt med 10 %, noe som gjør at fraværsgjebyr også øker (3). På den andre siden ble det i budsjettforhandlingene dekket inn 31,4 millioner ved hjelp av en ny vri: Gjebyr økes med halvparten av størrelsen på egenandelen (4). Følgelig utgjør fraværsgjebyr i dag 1 993 kroner per uteblivelse (1). Pasienter innen psykisk helsevern og i rusbehandling er fortsatt delvis skjermet gjennom å betale fraværsgjebyr tilsvarende størrelsen på egenandelen.

«Symmetrien mellom egenandelen pasienten må betale for å komme til timen, og fraværsgjebyr som pasienten må betale for å ikke møte opp, ble brutt da fraværsgjebyr ble doblet i 2015»

Symmetrier i lovforarbeidene

Det er tre utfordringer knyttet til dagens ordning med fraværsgjebyrer på norske sykehus. For det første har fraværsgjebyr vokst seg for stort. Adgangen til å kreve gjebyr for manglende fremmøte er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, og i lovens forarbeider fra 1998 står det følgende: «Bestemmelsen [om å innføre fraværsgjebyr] må også ses i sammenheng med hjemmelen til å bestemme at pasienten ikke skal betale ved forsinkelser [...]» (5). Den gang som i dag, selv om det trolig er mindre kjent enn «ikke møtt-gjebyr», kan pasienter slippe å betale egenandel dersom sykehustimen er forsinket med mer enn én time, forutsatt at de ikke på forhånd er blitt informert om den aktuelle forsinkelsen av poliklinikken (1).

Symmetrien mellom egenandelen pasienten må betale for å komme til timen, og fraværsgjebyr som pasienten må betale for å ikke møte opp, ble brutt da fraværsgjebyr ble doblet i 2015 (6). Dermed ble også balansen mellom pasientens og sykehusets tap ved å ikke overholde avtaler forrykket, i den forstand at lovforarbeidene legger opp til at pasient og sykehus skal ha sammenlignbare økonomiske interesser av å møte i tide (se også (7)).

Fravær av rettssikkerhet og dokumentert effekt

For det andre beskytter ikke dagens ordning pasientene godt nok. Siden gjebyr ikke regnes som enkeltvedtak i forvaltningslovens betydning, inntre heller ingen formelle klagerettigheter (8). Selv om pasienten i praksis kan

slippe gebyret om gode grunner tilkjennegis, er konsekvensen ulik behandling av pasienter både innad i og mellom sykehus (9). Dersom gebyret hadde tilsvart størrelsen på egenandelen, ville argumentet om å skjerme sykehusene for den administrative byrden ved individuelle vurderinger vært mer slagkraftig (6). Når gebyret er så høyt som det er i dag, er situasjonen derimot rettssikkerhetsmessig uholdbar.

«Ettersom fraværet i helsevesenet (eller andre steder) aldri vil bli null, er det betimelig å undre seg over funksjonen til et stadig økende fraværsgesbyr»

Sist, men ikke minst, vi vet ikke om gebyret er effektivt for å redusere pasientfravær (2). La meg tenne en brannfakkell: Sammenlignet med andre land er manglende oppmøte på norske sykehus et marginalt problem. I snitt synes tallene å ligge på om lag 4 % (2), som riktignok utgjør mange sykehustimer i absolutte tall, men som like fullt innebærer at 96 av 100 pasienter møter som de skal. Ettersom fraværet i helsevesenet (eller andre steder) aldri vil bli null, er det betimelig å undre seg over funksjonen til et stadig økende fraværsgesbyr. Poenget underbygges av at gebyret synes å fungere som en inntektspost på statsbudsjettene.

Hva er løsningen?

En løsning er å beholde fraværsgesbyret på norske sykehus, men redusere det kraftig. Hvis gebyret gjenspeiler størrelsen på egenandelen, kan det begrunnes i en moderat og symmetrisk kompensasjon til sykehuset (2). I tillegg bør klagerettigheter komme på plass, og pasienter som ikke rimelig kunne hindret fraværet eller er særlig sårbare, bør slippe unna gebyret. Da kan fraværsgesbyret fungere både som en avmålt kompensasjon til sykehusene, en rimelig reaksjon overfor pasientene og et økonomisk insentiv til å møte opp eller melde avbud.

Manuskriptet er utviklet på bakgrunn av doktorgradsprosjektet mitt, som ble utført i samarbeid med Eli Feiring og Bjørn Hofmann. Prosjektet begrenser seg imidlertid til empiriske undersøkelser av debattene rundt fraværsgesbyret og hvordan folk oppfatter gebyret, mens vurderingene som kommer til uttrykk i dette manuskriptet, står for forfatterens egen regning.

LITTERATUR

1. Helse- og omsorgsdepartementet. FOR-2016-12-20-1848. Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-20-1848> Lest 21.1.2026.
2. Fystro JR. On the framings of and justifications for imposing patient non-attendance fees in public healthcare systems: three empirical studies. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, 2026. <https://hdl.handle.net/11250/5353960> Lest 21.1.2026.

3. Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2025–2026). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) – For budsjettåret 2026 under Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20252026/id3123533/> Lest 21.1.2026.
4. Stortinget. Innst. 2 S (2025–2026). Innstilling fra finanskomiteen om nasjonalbudsjettet 2026 og forslaget til statsbudsjett for 2026.
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2025-2026/inns-202526-002s/?all=true> Lest 21.1.2026.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Ot.prp. nr. 10 (1998–99). Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-10-1998-99-/id159380/> Lest 21.1.2026.
6. Fystro JR, Feiring E. Mapping out the arguments for and against patient non-attendance fees in healthcare: an analysis of public consultation documents. *J Med Ethics* 2023; 49: 844–9. [PubMed][CrossRef]
7. Barit A. Appointment cancellations and no shows: To charge or not to charge? *S Afr Med J* 2019; 109: 733–5. [PubMed][CrossRef]
8. Fystro JR. Ikke møtt-gebyr versus rettssikkerhet? *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; 143: 122. [PubMed][CrossRef]
9. Ukom. Betalingsvansker – en pasientrisiko. Oslo: Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten, 2022.
<https://ukom.no/rapporter/betalingsvansker-en-pasientsikkerhetsrisiko/sammendrag> Lest 21.1.2026.

Publisert: 18. februar 2026. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0063
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.