

Dato 17. juni 2016

## **Høringsnotat**

---

Innføring av automatisk frikortordning for egenandelstak 2 og avvikling av sykdomslisten - Forslag til endringer forskrift om utlevering av frikort og refusjon av betalte egenandeler uten at det er satt fram krav, egenandelsregisteret og stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m.

1	Innledning.....	3
2	Nærmere om automatisk frikort for egenandelstak 2.....	5
3	Gjeldende rett .....	7
3.1	Egenandeler og frikort .....	7
3.1.1	Innledning .....	7
3.1.2	Egenandeler og frikorttak 1 og 2 .....	7
3.1.3	Innsending av opplysninger om betalte egenandeler .....	9
3.2	Taushetsplikt.....	9
3.2.1	Taushetsplikt etter helsepersonelloven .....	9
3.2.2	Taushetsplikt etter pasientjournalloven .....	10
3.2.3	Taushetsplikt for ansatte i Helfo .....	10
3.2.4	Taushetsplikt etter spesialisthelsetjenesteloven.....	11
3.3	Regulering av registre.....	11
3.3.1	Pasientjournalloven.....	11
3.3.2	Folketrygdloven .....	12
3.4	Rett til dekning av utgifter til fysioterapi .....	13
3.5	Innsending av egenandelsopplysninger og oppgjørskrav til Helfo .....	15
4	Departementets vurdering og forslag .....	16
4.1	Automatisk frikort tak 2 og krav om elektronisk rapportering av egenandelsopplysninger over linje .....	16
4.1.1	Innledning .....	16
4.1.2	Utlevere frikort uten at det er satt fram krav.....	16
4.1.3	Endring av egenandelsregisterforskriften og krav om elektronisk innrapportering 17	
4.1.4	Utlevering av egenandelsopplysninger – Spørretjenesten .....	19
4.2	Endring i aldersgrensen for fritak fra å betale egenandeler under egenandelstak 2 20	
4.3	Endringer i regelverket for egenandeler betalt ved forundersøkelse før oppstart av kjeveortopedisk behandling.....	21
4.4	Endringer som følge av ny lovgivning .....	22
4.5	Oppheving av sykdomslisten.....	22
4.5.1	Innledning .....	22
4.5.2	Historikk .....	22

4.5.3	Skjerming på grunn av sykdomslisten – noen tall .....	23
4.5.4	Utfordringer med dagens ordning.....	24
4.5.5	Hvordan skjerme mer rettferdig i en framtidig ordning?.....	26
5	Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene .....	29
5.1	Innledning.....	29
5.2	Innføring av automatisk frikort og krav om elektronisk innsending av egenandelsopplysninger.....	29
5.2.1	Virkning for brukerne .....	29
5.2.2	Virkning for helsepersonell og andre tjenesteytere .....	30
5.2.3	Virkning for forvaltningen.....	32
5.3	Oppheving av sykdomslisten.....	33
5.3.1	Konsekvenser for stønadsbudsjettet, kommuner og for brukerne .....	33
5.3.2	Konsekvenser for forvaltningen og fysioterapeuter.....	34
5.4	Økonomiske konsekvenser av å frita barn under 16 år fra å betale egenandeler for tjenester omfattet av egenandelstak 2 .....	35
5.5	Egenandeler ved forundersøkelse før oppstart av kjeveortopedisk behandling.....	35
6	Forslag til forskriftsbestemmelser .....	37

## 1 Innledning

I 2010 ble ordningen med automatisk frikort for egenandelstak 1 innført. Ordningen har vært en suksess. I 2015 mottok nær 1,2 millioner personer frikortet automatisk i posten etter at de nådde egenandelstak 1. Ved behandlingen av Prop. 1 S (2015-2016) sluttet Stortinget seg til regjeringens forslag om å automatisere egenandelstak 2 fra 1.1.2017. I sin utforming vil den automatiske frikortordningen for egenandelstak tak 2 være lik den for egenandelstak 1.

Med dette høringsnotatet sender Helse- og omsorgsdepartementet på høring forslag om nødvendige forskriftsendringer for å innføre en effektiv ordning med automatisk frikort for egenandelstak 2. Departementet foreslår blant annet et pålegg om elektronisk innsending av egenandelsopplysninger for alle behandlere og virksomheter som yter tjenester omfattet av egenandelstak 1 og 2. Forslag til endringer vil følgelig i noen grad også påvirke behandlere og virksomheter som yter tjenester omfattet av egenandelstak 1-ordningen som ikke allerede sender inn opplysninger elektronisk over linje. Departementet foreslår endringer i forskrift om behandling av helseopplysninger i Egenandelsregisteret og forskrift om utlevering av frikort og refusjon av betalte egenandeler uten at

det er satt fram krav. Det forslås også mindre endringer i andre forskrifter som følge av at barn under 16 år ikke skal betale egenandeler for tjenester som inngår i egenandelstak 2. Blant annet foreslår departementet at egenandeler betalt ved forundersøkelse ved kjeveortopedisk behandling ikke lengre skal omfattes av egenandelstak 2-ordningen.

Departementet sender også på høring forslag til endring av regelverket for stønad til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut ved å avvikle sykdomslisten. Det vises til omtale i Prop. 27 S (2015-2016) Endringer i statsbudsjettet 2015 under Helse- og omsorgsdepartementet, der det står at "Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å sende ut høringsnotat 1. halvår 2016 med den hensikt å avvikle diagnoselisten for fysioterapi fra 1.1.2017. Forslaget vil bidra til en riktigere prioritering av den totale behandlingsskapasiteten. Endringene vil også bidra til at pengene brukes på de med det største behovet, fremfor å gi særskilte rettigheter til medlemmer basert på en diagnose. For noen brukere vil fysioterapitjenester bli noe dyrere, mens for andre vil utgiftene gå noe ned. Dette har sammenheng med at departementet vil foreslå å justere ned egenandelstak 2 for 2017 ned til om lag 2000 kroner samtidig med at sykdomslisten tas ut av stønadsforskriften. Nivået på egenandelstaket vil bli fastsatt av Stortinget ved vedtakelse av budsjettet for 2017.

I kapittel 3 beskrives gjeldende rett, og i kapittel 4 redegjøres det nærmere for departementets vurderinger og forslag. I kapittel 5 og 6 er henholdsvis de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene nærmere omtalt og forslagene til endret regelverk.

## 2 Nærmere om automatisk frikort for egenandelstak 2

Etablering av en nasjonal automatisk frikortordning for egenandelstak 2 innebærer at begge egenandelstakene nå automatiseres. Systemet for tak 2-ordningen er i dag basert på at den enkelte bruker oppbevarer sine egenandelskvitteringer og sender disse til Helfo når taket er nådd. Fristen for innsending er 6 måneder etter at egenandelstaket ble nådd. Etter behandling av krav blir frikortet sendt i posten. Samtidig blir det beløpet medlemmet har betalt ut over egenandelstaket, godskrevet medlemmets konto. Dersom fristen på seks måneder oversittes, tapes retten til å få utgiftene refundert.

Den automatiske frikortordningen forutsetter at behandlere og tjenesteytere som inngår i ordningen med egenandelstak 2, sender inn opplysninger om medlemmets betalte egenandeler til Helfo. Opplysningene skal fortløpende lagres i en egenandelsteller som er et elektronisk register over innbetalte egenandeler (heretter omtalt som Egenandelsregisteret). Basert på de innsendte opplysningene skal medlemmet automatisk få tilsendt frikortet i posten når egenandelstaket er nådd. Utlegg utover taket, som overstiger et visst beløp<sup>1</sup>, vil automatisk bli satt inn på brukers konto. Målet er at dette skal skje innen 3 uker etter at taket er nådd. I dag sender fysioterapeuter og tannleger opplysninger om betalte egenandeler til Helfo sammen med egne refusjonskrav via direkteoppgjøringsordningen. De direkte oppgjørene gjelder refusjon fra folketrygden til delfinansiering av tjenester som utføres for trygdens regning. Når det gjelder egenandeler betalt for opphold ved rehabiliteringsinstitusjoner og for behandlingsreiser til utlandet, må det etableres nye løsninger. For å få en brukervennlig løsning er det viktig at egenandelsopplysningene sendes inn hver 14. dag. For å få en effektiv og sikker løsning må opplysningene i all hovedsak sendes elektronisk over linje.

For brukerne innebærer en automatisk ordning en enklere løsning enn dagens manuelle system. Blant annet trenger ikke medlemmet å sette fram krav om frikort overfor Helfo. Kvitteringene vil fortsatt være dokumentasjon på hva den enkelte har betalt, og bør oppbevares for egen kontroll og oversikt over registrerte egenandeler. Med mindre man har reservert seg mot registrering, vil innbetalte egenandeler også være tilgjengelig på "Mine egenandeler" på [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no). På samme måte som for den automatiske ordningen for egenandelstak 1, vil det være anledning for den enkelte borger til å reservere seg fra løsningen. Det vil da ikke bli registrert opplysninger om vedkommende i egenandelsregisteret.

Det er i dag omlag 45 000 personer som mottar frikort etter å ha nådd egenandelstak 2. Det er ventet at dette tallet vil øke kraftig når det blir endringer i hvem som må betale egenandeler for fysioterapi. Anslag viser at opp mot 300 000 medlemmer vil få frikort tak 2 når listen over diagnoser som gir fritak for egenandeler (sykdomslisten) blir opphevet. Hvor stort tallet blir, vil avhenge av hvor høyt beløpsgrensen for fritak settes. I kapittel 4.1.2 er det redegjort for hvilke tjenester de forskjellige egenandelstakene omfatter.

---

<sup>1</sup> I medhold av folketrygdloven § 22-19 er det satt en nedre grense for hvor små beløp som betales ut etter stønader omfattet av folketrygdloven kapittel 5. Grensen er satt til 200 kroner.

Det er ulike aldersgrenser for fritak fra egenandeler for de ulike tjenestene som inngår i egenandelstak 2. For behandling hos fysioterapeut er aldersgrensen 12 år, for behandlingsreiser er barn og ungdom fritatt fra å betale egenandeler. For tjenester omfattet av egenandelstak 1 er nedre aldersgrense 16 år. Barn mellom 12 og 16 år er dessuten gitt særlige rettigheter med hensyn til å begrense foreldrenes innsyn i opplysninger om helseforhold, jf. pasientrettighetsloven § 3-4 andre ledd. Av hensyn til å harmonisere regelverkene for tjenestene under egenandelstak 1 og 2, ivareta barn og unge under 16 år sine særskilte rettigheter, og for i størst mulig grad benytte eksisterende teknologi, harmoniseres aldersgrensene. Samtidig med innføring av en nedre aldersgrense på 16 år vil ikke lengre egenandeler betalt ved forundersøkelser før oppstart av kjeve-ortopedisk behandling gi opptjening til frikort under egenandelstak 2.

Den automatiske frikortordningen vil bare kunne utstede automatisk frikort til personer med norsk fødselsnummer eller D-nummer. I praksis innebærer dette at personer uten fødselsnummer eller D-nummer som har nådd egenandelstaket og derigjennom har krav på frikort, selv må framsette krav om frikort ved å sende kvitteringene til Helfo, som vil foreta en manuell behandling av kravet. Personer uten norsk fødselsnummer eller D-nummer er ikke oppført i Arbeids- og velferdsetatens personregister. Oppføring i dette registeret er en forutsetning for at innbetalte egenandeler blir registrert automatisk.

## **3 Gjeldende rett**

### **3.1 Egenandeler og frikort**

#### **3.1.1 Innledning**

For å avhjelpe situasjonen for personer med høye utgifter til helsetjenester ble det fra 1. april 1984 innført en ordning med et utgiftstak for egenandeler (nå egenandelstak 1). Ordningen omfatter egenandeler betalt for legehjelp, psykologhjelp, legemidler og sykepleieartikler på blå resept, syketransport, radiologisk undersøkelse og behandling og laboratorieprøver.

Fra 1. januar 2003 ble det innført en ny frikortordning, egenandelstak 2, som omfatter utgifter til fysioterapi, opphold ved opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionalt foretak, refusjonsberettiget tannbehandling med visse unntak og behandlingsreiser til utlandet (klimareiser).

Begge egenandelstakene er hjemlet i folketryktdloven § 5-3.

#### **3.1.2 Egenandeler og frikorttak 1 og 2**

Stortinget fastsetter årlig det høyeste samlede beløpet som skal betales i godkjente egenandeler i løpet av et kalenderår (frikortbeløpet). Betalte egenandeler utover det fastsatte frikortbeløpet gir brukere rett til frikort, samt å få refundert fremtidige egenandeler. For 2016 er frikortbeløpet 2185 kroner for frikort egenandelstak 1 og 2670 kroner for egenandelstak 2.

Forskrift 18. april 1997 nr. 334 om egenandelstak 1 §§ 2 og 3 gir bestemmelser om hvilke egenandeler forskriften gjelder for og hvilke utgifter som godtas som egenandeler. Forskriften gjelder for følgende:

- a) Egenandeler betalt hos fastlege, avtalespesialist og i legevakt. Også egenandeler betalt for legehjelp hos psykiater uten driftsavtale kan godkjennes, dersom behandleren er omfattet av overgangsordningen i forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter § 2 nr. 2. Som egenandel for legehjelp godtas det beløp som svarer til differansen mellom fastsatte refusjonstakst og honorartakst.
- b) Egenandeler betalt for laboratorieprøver og radiologiske undersøkelser og behandling ved virksomheter med avtale med kommune eller regionalt helseforetak. 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.
- c) Egenandeler betalt hos psykolog med driftsavtale. Også egenandeler betalt for psykologhjelp hos psykolog uten driftsavtale kan godkjennes, dersom behandleren er

omfattet av overgangsordningen i forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter § 2 nr. 2. Som egenandel for psykologhjelp godtas det beløp som svarer til differansen mellom fastsatte refusjonstakst og honorartakst.

- d) Egenandeler betalt for kjøp av viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr. Som egenandel for viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr godtas de beløpene som er fastsatt i forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr.
- e) Egenandeler betalt ved pasientreiser. Som egenandel for reiser godtas utgifter opptil de beløpene som er fastsatt som egenandeler i forskrift om dekning av utgifter ved reise for undersøkelse og behandling. I de tilfellene pasienten velger et behandlingstilbud utenfor egen helseregion, og må betale NOK 400 hver vei gjelder omfattes egenandelen ikke av egenandelstaket.
- f) Egenandeler betalt ved polikliniske konsultasjoner utført av tannlege, jordmor, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, klinisk ernæringsfysiolog eller audiograf ved helseinstitusjoner regulert av forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner, ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak, av annet fagpersonell med rett til å kreve godkjent egenandel etter samme forskrift, og ved godkjent fritt behandlingsvalgleverandør. Som egenandel for polikliniske konsultasjoner i offentlig helseinstitusjon godtas et beløp som er fastsatt i ovennevnte forskrift.

I forskriften § 2 andre ledd gjøres det unntak for egenandeler som er betalt i utlandet, men da med unntak for offentlig fastsatte egenandeler som er kommet til fradrag i beregningen av stønad etter reglene i og i medhold av folketrygdloven § 5-24a.

Forskrift 19. desember 2002 nr. 1789 om egenandelstak 2 §§ 1 og 2 gir bestemmelser om hvilke egenandeler forskriften gjelder for og hvilke utgifter som godtas som egenandeler. Forskriften gjelder for følgende:

- a) Egenandeler betalt for tannlegehjelp ved tilstander som beskrevet i forskrift 19. desember 2012 nr. 1351 § 1 punkt 5 Sykdommer og anomalier i munn og kjeve, punkt 6 Periodontitt, ved undersøkelse gjennomført forut for oppstart av kjeveortopedisk behandling (punkt 8 Bittanomalier) og tannpleierhjelp som beskrevet i forskrift 19. desember 2012 nr. 1351 § 1 andre ledd. Det beløpet som inngår i egenandelsordningen er differansen mellom fastsatte honorartakst og refusjonstakst.
- b) Egenandeler betalt ved behandling hos fysioterapeut med kommunal driftsavtale. Beløpet som godskrives er differansen mellom fastsatte honorartakst og refusjonstakst.
- c) Egenandeler betalt ved opphold i opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionalt helseforetak. Beløpet som godskrives tilsvarende det døgnbeløp det beløpet som er fastsatt av Stortinget ved behandling av statsbudsjettet.



- d) Egenandeler betalt ved deltakelse på behandlingsreiser til utlandet (klimareiser) i regi av Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. Som egenandel for behandlingsreiser til utlandet (klimareiser) godtas et beløp per døgn som er fastsatt av Stortinget.

Forskriftens § 1 andre ledd og tredje ledd avgrenser ordningen med frikort mot henholdsvis egenandeler betalt ved polikliniske konsultasjoner hos tannleger i spesialisthelsetjenesten og egenandeler betalt i utlandet.

### **3.1.3 Innsending av opplysninger om betalte egenandeler**

Ved etableringen av automatisk frikortordning i 2009 for egenandelstak 1 mente departementet at folketrygdloven § 21-4 ikke gav tilstrekkelig hjemmel til å innhente de nødvendige opplysninger om innbetalte/utfakturerte egenandeler. For å sikre en funksjonell løsning ble da gjeldende helseregisterlov utvidet med en ny bestemmelse (§ 6c) som etablerte egenandelsregisteret, og § 9 ble utvidet slik at virksomheter og helsepersonell ble pålagt å utlevere opplysninger til egenandelsregisteret. Fra 1. januar 2015 ble de aktuelle bestemmelsene i helseregisterloven videreført i Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven).

Pasientjournalloven § 14 pålegger virksomheter og helsepersonell som tilbyr eller yter tjenester som omfattes av apotekloven, folkehelseloven, helse- og omsorgstjenesteloven, legemiddeloven, smittevernloven, spesialisthelsetjenesteloven eller tannhelsetjenesteloven, en generell plikt til, uten hinder av taushetsplikt, å registrere eller melde opplysninger til egenandelsregisteret. Egenandelsregisterforskriften gir nærmere bestemmelser blant annet om hvilke opplysninger som skal registreres, hvor ofte de skal sendes inn og hvilke virksomheter og behandlere som skal melde inn opplysninger. I medhold av forskriften § 7 erplikten begrenset til å gjelde de som krever inn egenandeler som inngår i egenandelstak 1. Forskriften må utvides til også å omfatte behandlere og tjenesteytere som innkrever egenandeler som inngår i egenandelstak 2.

I opptjeningen til frikort tak 2 vil både betalte og utfakturerte egenandeler telle med, med mindre avsender av opplysningene kan skille ut de egenandelene som kun er utfakturert og ikke betalt. Det legges ikke opp til å skille mellom de to frikortordningene på dette punktet, jf. Prop. 20 L (2009-2010) s. 26.

## **3.2 Taushetsplikt**

### **3.2.1 Taushetsplikt etter helsepersonelloven**

Taushetsplikten i helse- og omsorgstjenesten reguleres etter et tosporet system. Helsepersonell som arbeider i helse- og omsorgsinstitusjon, vil ha taushetsplikt både etter helsepersonelloven og etter forvaltningsloven. Det samme vil annet personell i helse- og omsorgstjenesten og helseforvaltningen, for eksempel administrativt personell som behandler helseopplysninger etter pasientjournalloven, jf. pasientjournalloven § 15.

Helsepersonellovens hovedregel om taushetsplikt følger av § 21:

*"Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell."*

Plikten omfatter både en passiv plikt til å tie og en aktiv plikt til å hindre at andre får tilgang til taushetsbelagte opplysninger. Forsvarlig håndtering og oppbevaring av pasientopplysninger er en forutsetning for å etterleve den lovbestemte taushetsplikten. Bestemmelsen innebærer at taushetsbelagte opplysninger bare kan gis eller utleveres til andre når det i lov, eller i medhold av lov, uttrykkelig er fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikt ikke skal gjelde.

Taushetsplikten i helsetjenesten skal beskytte pasienters og brukeres personlige forhold og er en grunnleggende forutsetning for et tillitsforhold mellom pasienten og helse-tjenesten. Det er viktig med et godt tillitsforhold slik at personer ikke unnlater å oppsøke helsetjenesten i frykt for at opplysninger kommer på avveie. Taushetsplikten skal også ivareta hensynet til at pasienter er trygge på å gi informasjon som er nødvendig for å gi en forsvarlig behandling.

I helsepersonelloven finnes det ulike bestemmelser som gjør unntak fra taushetsplikten, det kan enten være på grunn av forhold ved pasienten selv, fordi hensynet til andre viktige formål veier tyngre eller fordi deling av informasjon er nødvendig for at pasienten skal kunne motta nødvendig helsehjelp. I tråd med dette har lovgiver i helsepersonelloven § 37 gitt Kongen hjemmel til å pålegge helsepersonell å melde inn opplysninger til helseregistre hjemlet i helseregisterloven (og pasientjournalloven)<sup>2</sup>. Lovbestemmelsen ble ikke oppdatert i forbindelse med at helseregisterloven ble endret fra 2015 og "delt" i ny helseregisterlov og pasientjournallov.

### **3.2.2 Taushetsplikt etter pasientjournalloven**

Det følger av pasientjournalloven § 15 at enhver som behandler helseopplysninger etter loven, har taushetsplikt etter helsepersonelloven. Dette innebærer at helsepersonell som utfører pasientadministrative oppgaver, men ikke utøver sin profesjon som for eksempel lege eller sykepleier, også er underlagt helsepersonellovens regler om taushetsplikt. Det samme gjelder for personell som utfører oppgaver/forvalter lokale, regionale og sentrale helseregistre, blant annet når Helfo behandler opplysninger i Egenandelsregisteret.

### **3.2.3 Taushetsplikt for ansatte i Helfo**

Taushetsplikt for ansatte i Helfo er også regulert i arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 7 og forvaltningsloven §§ 13 til 13e. Dette følger av folketrygdloven § 21-11a tredje ledd.

Forvaltningsloven § 13 første ledd oppstiller taushetsplikt for opplysninger om *"noens personlige forhold"*. Det følger av arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 7 første ledd at taushetsplikt for Arbeids- og velferdsetaten også gjelder *"fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerskap, sivilstand, yrke, bosted og arbeidssted"*.

---

<sup>2</sup> Lovbestemmelsen ble ikke oppdatert i forbindelse med at helseregisterloven ble endret fra 2015 og "delt" i ny helseregisterlov og pasientjournalloven, jf. kap. 4.4.

En opplysning om en person har opparbeidet seg frikort eller ikke, regnes som en opplysning om *"noens personlige forhold"*. Utgangspunktet er derfor at Helfo ikke kan utlevere opplysningen med mindre det fins hjemmel i lov.

Forslaget i dette høringsnotatet om at Egenandelsregisteret skal reguleres av pasientjournalloven vil innebære at opplysningene i registeret også er vernet av helsepersonelloven regler om taushetsplikt.

### **3.2.4 Taushetsplikt etter spesialisthelsetjenesteloven**

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 regulerer den forvaltningsmessige taushetsplikt i helseinstitusjoner og fastslår at *"enhver"* som utfører tjeneste eller arbeid for en helseinstitusjon har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13e. Bestemmelsen har bare betydning for ansatte i spesialisthelsetjenesten som behandler opplysninger som ikke reguleres av pasientjournalloven.

Taushetsplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 går lengre enn taushetsplikten i forvaltningsloven § 13 annet ledd ved at bestemmelsen regner opp en del opplysninger som taushetsbelagte, som i utgangspunktet ikke regnes som taushetsbelagte etter forvaltningsloven. Dette gjelder pasientens fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Denne utvidelsen ble gjort etter modell fra sosialtjenesteloven § 8-8. Begrunnelsen for taushetsplikt for såkalte nøytrale opplysninger i sosialtjenesteloven var først og fremst at klienter ellers kunne bli redde for å oppsøke denne tjenesten.

Taushetsplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 tredje ledd gir også strenge begrensninger i hva slags opplysninger som kan utleveres til andre forvaltningsorganer. I korte trekk innebærer disse begrensningene at adgangen til å gi opplysninger til andre forvaltningsorganer er innskrenket til å gjelde tilfeller der det er nødvendig for løsning av oppgaver etter spesialisthelsetjenesteloven eller for å *"forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse"*.

## **3.3 Regulering av registre**

### **3.3.1 Pasientjournalloven**

Fra 1. januar 2015 ble helseregisterloven fra 2001 erstattet av Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) og Lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven 2015). På de områdene som er sentrale for behandling av, og plikten til å registrere, egenandelsopplysninger, viderefører pasientjournalloven aktuelle bestemmelsene fra helseregisterloven fra 2001. Egenandelsregisterforskriften er hjemlet i pasientjournalloven § 33, som viderefører forskrifter gitt med hjemmel i helseregisterloven 2001.

Pasientjournalloven gjelder for all behandling av helseopplysninger som er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til enkeltpersoner (primærbruk).

Formålet med pasientjournalloven er at behandling av helseopplysninger skal skje på en måte som gir pasienter og brukere helsehjelp av god kvalitet ved at relevante og nødvendige opplysninger på en rask og effektiv måte blir tilgjengelige for helsepersonell, samtidig som vernet mot at opplysninger gis til uvedkommende ivaretas, og sikrer pasienters og brukeres personvern, pasientsikkerhet og rett til informasjon og medvirkning.

Helseopplysninger er i pasientjournalloven § 2 definert som *"taushetsbelagte opplysninger i henhold til helsepersonelloven § 21 og andre opplysninger og vurderinger om helseforhold som kan knyttes til en enkeltperson"*. I samme bestemmelse er behandling av helseopplysninger definert slik: *"enhver bruk av helseopplysninger, som for eksempel innsamling, registrering, sammenstilling, lagring og utlevering, eller en kombinasjon av slike bruksmåter"*.

Pasientjournalloven § 11 gir Kongen i statsråd hjemmel til å gi forskrifter *"om behandling av helseopplysninger for saksbehandling, administrasjon, oppgjør og gjennomføring av helsehjelp til enkeltpersoner."* I følge § 11 annet ledd kan helseopplysninger behandles uten hinder av taushetsplikten og uten samtykke fra den de gjelder. Forskrifter fastsatt i medhold av bestemmelsen må blant annet gi bestemmelser om behandling av opplysningene, hvilke opplysninger som skal behandles og den enkeltes rett til å motsette seg behandlingen. Pasientjournalloven § 14 gir videre virksomheter og helsepersonell som tilbyr eller yter tjenester omfattet av den sentrale helselovgivningen en plikt til å melde inn opplysninger som bestemt i forskrifter etter § 11. Pasientjournalloven gir følgelig de nødvendige lov hjemler for opprettelse av systemer saksbehandling og administrasjon av automatiske egenandelsordninger. Videre følger det av helsepersonelloven § 37 at helsepersonell med autorisasjon eller lisens kan pålegges å gi opplysninger til helseregistre i samsvar med forskrift gitt i medhold av helseregisterloven. Bestemmelsen gjelder tilsvarende for forskrifter gitt i medhold av pasientjournalloven. Se kap 4.2.1.

Egenandelsregisterforskriften er etter opphevelsen av helseregisterloven av 2001 videreført med hjemmel i pasientjournalloven § 33. I tillegg til å etablere Egenandelsregistret og å angi formålet for registret, lister forskriften opp hvilke typer opplysninger knyttet til innbetalte egenandeler som er nødvendig for en effektiv automatisk frikortordning. Registret inneholder i dag opplysninger knyttet til egenandelstak 1, ettersom det kun tjenesteytere omfattet av egenandelstak 1 som har en plikt til å melde inn opplysninger til registret. For å legge til rette for automatisk frikort for egenandelstak 2 må nye virksomheter og behandlere pålegges en plikt til å melde inn opplysninger til Egenandelsregisteret.

Pasientjournalloven utfylles av personopplysningsloven og forskrift 15. desember 2000 nr. 1265 om behandling av personopplysninger (personopplysningsforskriften), jf. pasientjournalloven § 5.

### **3.3.2 Folketrygdloven**

Ved overføring av helserefusjonsområdet fra Arbeids- og velferdsdirektoratet til Helsedirektoratet ble det gjort endringer i folketrygdloven, herunder ny § 21-11a. Det fremgår av fjerde ledd i denne bestemmelsen at helseregisterloven ikke får anvendelse på behandling av personopplysninger i tilknytning til ytelser etter lovens kapittel 5, stønad

ved helsetjenester. Dette sikter til helseregisterloven fra 2001, og må derfor forstås slik at verken pasientjournalloven eller helseregisterloven får anvendelse. Dette innebærer at det er personopplysningsloven som får anvendelse.

Det følger videre av § 21-11a femte ledd at det er Helsedirektoratet som er behandlingsansvarlig ved behandling av saker etter folketrygdloven kapittel 5. Bestemmelsen gir hjemmel for å gi nærmere regler om behandlingsansvaret i forskrift.

### **3.4 Rett til dekning av utgifter til fysioterapi**

Formålet med folketrygden er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall, jf. lovens § 1-1 første ledd. Lovens kapittel 2 regulerer hvem som er medlem av den norske folketrygden. I utgangspunktet er alle som bor og oppholder seg i Norge pliktige medlemmer av den norske folketrygden. Disse har følgelig både rettigheter og plikter overfor folketrygden. Retten til ytelser ved helsetjenester er nærmere regulert i lovens kapittel 5. Formålet med ytelse etter kapittel 5 er å gi hel eller delvis kompensasjon for medlemmers nødvendige utgifter til helse-tjenester ved sykdom skade eller lyte og ved familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd, jf. § 5-1 første ledd.

Stønad til dekning av utgifter til fysioterapi er nærmere regulert i § 5-8 og i forskrift gitt i medhold av bestemmelsens siste ledd. Folketrygdloven § 5-8 lyder:

*"Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut.*

*Stønad til fysioterapi ytes bare dersom fysioterapeuten har avtale om driftstilskott med kommunen, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester1 § 3-1 femte ledd.*

*Det er et vilkår for rett til stønad at medlemmet er henvist fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut. Kravet til henvisning gjelder ikke ved undersøkelse og behandling hos manuellterapeut. Behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne.*

*Stønad ytes etter fastsatte satser.*

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

Departementet har i medhold av § 5-8 fjerde ledd, fastsatt forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. Av forskriften § 5 første ledd følger det at det ytes stønad til fysioterapi i medhold av takster fastsatt i forskriftens kapittel III. Takstene fungerer som en øvre grense for hvor mye den enkelte fysioterapeut kan kreve i betaling for sine tjenester. Flere av takstene har en fastsatt egenandel som medlemmet i utgangspunktet må betale selv. Utgiftene til behandlingen dekkes således dels av folketrygden og dels av medlemmet selv. Størrelsen på egenandelen varierer fra takst til takst. Medlemmets egenandeler inngår i egenandelstak 2- ordningen, jf. folketrygdloven § 5-3 andre ledd, se

kapittel 4.1.2 for mer om frikort tak 2 ordningen. Taket fastsettes årlig av Stortinget og er for 2016 satt til 2670 kroner. Egenandeler til nevnte tjenester utover dette beløpet dekkes av folketrygden. I tillegg til et generelt utgiftstak gjelder det enkelte særskilte begrensninger når det gjelder betaling av egenandeler til fysioterapi. Av forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. § 5 annet ledd følger det at

*"det ytes stønad etter honorartakstene ved behandling for sykdommer som er nevnt i [forskriftens] kapittel II, ved skader og sykdom som går inn under folketrygdloven kapittel 13 Yrkesskadedekning, se loven § 5-25, og ved behandling av barn under 12 år".*

Det betyr at disse gruppene på nærmere bestemte vilkår ikke skal betale en egenandel for behandlingen de mottar. Sykdomslisten inneholder 36 sykdomsgrupper med til sammen omlag 100 sykdommer/diagnoser fordelt på disse 9 hovedkategoriene:

- Indremedisin
- Kirurgi
- Nevrologi
- Onkologi
- Pediatri
- Psykiatri
- Psykisk utviklingshemming
- Revmatiske og andre lidelser i ledd og knokler
- Øyesykdommer

For å få dekket utgiftene uten egenandel må det være en klar sammenheng mellom sykdommen og den behandlingen det søkes refusjon for.

Det er departementet som beslutter om nye diagnoser skal inn på sykdomslisten og eventuelle utvidelser av listen forutsetter budsjettmessig dekning. Innspill til endringer i sykdomslisten har som oftest kommet fra fagforeninger, brukerorganisasjoner, helseforetak, Helfo, enkeltbrukere og politiske partier.

Den enkelte fysioterapeut vurderer om en bruker skal betale egenandel eller ikke. Dersom fysioterapeuten vurderer brukerens sykdomstilstand slik at vedkommende faller inn under sykdomslisten i forskriftens kapittel II, kan fysioterapeuten kreve pasientens egenandel direkte fra Helfo sammen med sitt øvrige oppgjør. Vurderingen gjøres på grunnlag av legens henvisningsdiagnose og fysioterapeutens vurdering av hvilken diagnose behandlingstiltaket relaterer seg til.

Helfo kan ved kontroll av fysioterapeutens oppgjørskrav etterprøve om vilkårene for dekning etter honorartakst er oppfylt.

I tillegg til rettighetene i folketrygdloven § 5-8, er det åpnet opp for at utgifter til fysioterapi også kan dekkes i medhold av folketrygdloven § 5-24 a. Bestemmelsen gir på nærmere vilkår rett til stønad til fysioterapi mottatt i et annet EØS-land. Retten gjelder for hovedsakelig for pliktige medlemmer av folketrygden, men også andre personer som med særskilt tilknytning til Norge er omfattet av denne rettigheten, jf. forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land § 4.

### **3.5 Innsending av egenandelsopplysninger og oppgjørskrav til Helfo**

Egenandelsregisterforskriften pålegger behandlere og tjenesteytere som yter tjenester inkludert i egenandelstak 1, å sende inn opplysninger hver 14. dag. Et tilsvarende krav er også foreslått å gjelde for behandlere og tjenesteytere som yter tjenester inkludert i egenandelstak 2. Egenandelsregisterforskriften har ingen bestemmelser når det gjelder hvordan egenandelsopplysningene sendes inn til Helfo (papir, minnepinne, elektronisk over nett osv.). Når det gjelder innsending av oppgjørskrav til Helfo er det i utgangspunktet slik at det er medlemmer av folketrygden som har rett til å få refundert påløpte utgifter, jf. folketrygdloven § 22-1. Ettersom det både er mer effektivt og sikrere er det åpnet opp for at virksomheter og behandlere som yter tjenester for trygdens regning, kan inngå avtaler om direkte oppgjør med Helfo, jf. folketrygdloven § 22-2. Ved å inngå en avtale om direkte oppgjør overtar virksomheten/behandleren medlemmets rett til å motta ytelse fra folketrygden. Det er tjenesteyteren som selv tar initiativet overfor Helfo med et ønske om å inngå en avtale om direkte oppgjør. De som inngår direkteoppgjørsavtaler forplikter seg også til å sende inn kravene i det formatet og på den måten som Helse-direktoratet har fastsatt.

For kommunale legetjenester (fastleger og legevakt) er det med noen unntak et forskriftsfestet pålegg om at oppgjørskrav sendes elektronisk over linje. Det er ikke forskriftsfestet et tilsvarende krav for tannleger, tannpleiere og fysioterapeuter. Tannbehandlere som har inngått avtale om direkte oppgjør er forpliktet til å sende oppgjørskravene elektronisk over linje.

## 4 Departementets vurdering og forslag

### 4.1 Automatisk frikort tak 2 og krav om elektronisk rapportering av egenandelsopplysninger over linje

#### 4.1.1 Innledning

Innføringen av en automatisk frikortordning for egenandelstak 2 bygger på de rammene som ble lagt ved innføring av en automatisk ordning for egenandelstak 1. I realiteten vil det si at de vurderinger som ble gjort, de tekniske løsningene som ble valgt og de lovhjemler og forskrifter som ble etablert i forbindelse med dette arbeidet så langt det passer vil bli brukt. I Prop. 20 L (2009-2010) ble blant annet formålet med Egenandelsregisteret grundig drøftet. Det samme ble hensynet til personvernet som følge av en automatisk registrering, muligheten til å reservere seg fra å bli registrert, hvilke opplysninger som skal registreres og muligheten til å utlevere opplysninger fra egenandelsregisteret. I tillegg drøftet departementet i proposisjonen forholdet til en senere utvidelse av den automatiske ordningen om at det ved etableringen av en automatisk ordning for tak 1 ble tatt valg knyttet til den reguleringen som la til rette for en senere utvidelse. *"En forskriftshjemmel er etter departementets vurdering et godt alternativ til å gjøre unntak i selve lovteksten. Hvis det på et senere tidspunkt vurderes å ta inn egenandeler og krav om frikort knyttet til egenandelstak 2, taler det for å velge en slik løsning."* Det vises til uttalelser fra departementet i Prop. 20 L (2009-2010) kapittel 6 for en detaljert fremstilling av de ovennevnte temaer.

Nødvendige endringer i regelverk for å legge til rette for en automatisering av egenandelstak 2 omtales i kapitlene 4.1.2 til 4.1.4.

#### 4.1.2 Utlevere frikort uten at det er satt fram krav

Alle som ønsker å få ytelser etter folketrygdloven må selv sette frem krav om dette, jf. folketrygdloven § 22-13. Forvaltningen kan følgelig ikke på eget initiativ sette i gang med behandling av en sak. En automatisk frikortordning bryter med denne forutsetningen. Det er derfor nødvendig å gi hjemmel for å gjøre et unntak fra hovedregelen. Ved innføringen av automatisk frikort for egenandelstak 1 ble det gjort endringer i folketrygdloven § 22-13, og følgende ble lagt til i 1. ledd: *"Departementet kan i forskrift bestemme at frikort kan utleveres uten at det er satt fram krav. Det samme gjelder refusjon av betalte egenandeler for personer med fritak eller refusjon av betalte egenandeler ut over egenandelstaket.* Departementet har gitt en slik forskrift hva gjelder egenandelstak 1. Departementet foreslår å utvide denne forskriften sitt virkeområde til å gjelde egenandeler omfattet av egenandelstak 2.



### 4.1.3 Endring av egenandelsregisterforskriften og krav om elektronisk innrapportering

Innføring av en automatisk frikortordning innebærer at alle betalte egenandeler må innrapporteres til et sentralt helseregister. På basis av disse innsendingene vil det skje en automatisk utsending av frikort uten forutgående krav fra den som har betalt egenandel når egenandelstak 2 er nådd. Hjemmelen for egenandelsregisteret er pasientjournalloven § 33 (se for øvrig kapittel 4.4).

Formålet med etablering av et egenandelsregister og behandling av opplysningene i registeret er å sikre en god og effektiv forvaltning av frikort/egenandeler. Den automatiske frikortordningen vil sikre alles rett til frikort, og bidra til å utjevne sosiale ulikheter innen helse.

De opplysningene som er nødvendig for å oppnå formålet med egenandelsregisteret fremgår av egenandelsregisterforskriften § 5. Det er de samme type opplysninger som er nødvendig i tilknytning til egenandelstak 2 som til egenandelstak 1. For å få inn de aktuelle opplysningene er det nødvendig med en utvidelse av kretsen av behandlere og tjenesteytere og andre som i medhold av egenandelsregisterforskriften § 7 må melde inn opplysninger til registeret. § 7 1. ledd 1. pkt. lyder: *"Apotek, behandlere, helseforetak og andre tjenesteytere og virksomheter som kan innkreve egenandeler som inngår i egenandelstak 1, skal, uten hinder av taushetsplikt, sende inn opplysninger som nevnt i § 5 første ledd til Helsedirektoratet."* For å få registrert inn opplysninger om betalte egenandeler under egenandelstak 2 foreslår departementet å tilføye *"og egenandelstak 2"*. For tannleger, tannpleiere og fysioterapeuter vil denne endringen kun kreve hyppigere innsending av oppgjørdata, ettersom egenandelsopplysninger hentes fra oppgjørskravene disse behandlerne sender til Helfo. Gjeldende oppgjørsavtaler fastsetter en innsendingsfrekvens på en gang i måneden. Egenandelsregisterforskriften har en innsendingsfrekvens på hver 14. dag. For rehabiliteringsinstitusjoner, kommuner og for Oslo Universitets-sykehus HF (OUS) seksjon for behandlingsreiser, vil den foreslåtte endringen medføre en ny rapportering til Helfo. Det samme gjelder for behandlere som ikke har inngått oppgjørsavtale med Helfo. Riktignok foregår det kommunikasjon mellom opptreningsinstitusjoner og Helfo i de tilfellene medlemmet har oppnådd frikorttaket. I disse tilfellene er det folketrygden som dekker egenandelene. Kommuner krever i svært liten grad egenandeler for fysioterapi utført av egne ansatte. En effektiv automatisk frikortordning forutsetter imidlertid et så komplett datasett som mulig av egenandelsopplysninger for hvert enkelt medlem. Derfor foreslår departementet at kravet om innrapportering hver 14. dag skal gjelde alle aktuelle behandlere og virksomheter. Meldeplikten følger dels av pasientjournalloven § 14 og av helsepersonelloven § 37.

En automatisering av egenandelstak 2 vil også stille større krav til kvaliteten på egenandelsopplysningene som sendes inn til Helfo. Videre vil en automatisering gi økte forventninger til en effektiv saksbehandling av frikortsaker.

Formålet med en automatisering er å gi bedre tjenester til brukerne og en mer effektiv forvaltning av ordningen. For å oppnå dette, er det en forutsetning at egenandelsopplysninger innrapporteres elektronisk til Helfo. Egenandelsopplysninger i tilknytning

til tannbehandling (tannleger og tannpleiere) og fysioterapi vil fremkomme av oppgjørskravene som behandlerne sender inn til Helfo. Et pålegg om innsending av egenandelsopplysninger til Helfo vil for disse behandlergruppene ikke bety en ny form for rapportering. Helfo kan med hjemmel i egenandelsregisterforskriften hente opplysninger om innbetalte egenandeler til tannbehandling og fysioterapi fra innsendte oppgjørskrav. Ettersom det store flertallet av fysioterapeuter sender oppgjørskravene sine via CD eller minnepinne vil kravet om hyppigere innsending av oppgjørskrav øke arbeidsbelastningen for Helfo og behandlerne.

Automatisering medfører en ny form for innrapportering av egenandelsopplysninger fra tjenesteytere som ikke sender oppgjørskrav til Helfo. Dette gjelder rehabiliteringsinstitusjoner, OUS seksjon for behandlingsreiser og kommuner med fast ansatte fysioterapeuter som utløser fastlønnstilskudd. Disse vil nå måtte innrapportere egenandeler og i tillegg sende oppgjørskrav for refusjon av egenandeler for brukere med frikort. Videre medfører bortfall av sykdomslisten en stor økning i antall frikort for egenandelstak 2.

For å imøtekomme forventningene til en effektiv frikortordning på tross av økt saksomfang og økt antall innsendinger, foreslår departementet å forskriftsfeste et krav om at egenandelsopplysninger inkludert i egenandelstak 2 sendes elektronisk over linje på format fastsatt av Helsedirektoratet. For tannleger, tannpleiere og fysioterapeuter betyr dette i realiteten at de får et forskriftspålegg om å sende inn oppgjørskravene sine elektronisk over linje. Egenandelsregisterforskriften regulerer også innsending av opplysninger fra behandlere og virksomheter inkludert i egenandelstak 1-ordningen. Etter departementets vurdering bør det være samme krav til rapporteringsformat for begge egenandelsordningene. Følgelig foreslår departementet at plikten om å rapportere over linje skal gjelde alle virksomheter og tjenesteytere som tilbyr tjenester omfattet av egenandelstak 1 og egenandelstak 2. Det er videre viktig at de egenandelsopplysningene som meldes inn enkelt kan leses inn i eksisterende IKT-infrastruktur i Helfo. Det vil derfor ikke være tilstrekkelig at opplysningene kommer inn elektronisk over linje. I tillegg må opplysningene meldes inn i et format som allerede er definert av forvaltningen. For å få dette tydelig frem foreslår departementet å forskriftsfeste at egenandelsopplysningene "*skal sendes elektronisk over linje i det format Helsedirektoratet fastsetter*", jf. forslag til endret § 7 første ledd i egenandelsregisterforskrift. Departementet har valgt å delegere myndigheten til Helsedirektoratet (og Helfo), ettersom det er disse organene som er satt til å forvalte stønadsordningene etter folketrygdloven kapittel 5.

Departementet mener det er rimelig å forvente at virksomheter som yter tjenester finansiert av det offentlige på sitt vis bidrar til å gjennomføre effektiviseringstiltak til det beste for deres pasienter og brukere. En effektivisering av tjenesteytingen er en naturlig videreutvikling av de tjenestene disse tjenesteyteren tilbyr. I enkelte tilfeller kan imidlertid et slikt krav om elektronisk innsending slå svært uheldig ut. Eksempler her kan være behandlere som ved innføringen av kravene har kort tid igjen av yrkesaktiv karriere, svært liten omsetning, refusjoner står for en liten del av omsetningen eller ikke selv er ansvarlig for IKT-systemene der vedkommende jobber. Departementet foreslår derfor å fastsette enkelte unntak fra kravet om innsending av aktuelle opplysninger over linje.

Departementet har her sett hen til fastsatte forskrift for unntak fra kravet om elektronisk innrapportering av oppgjørdata for leger. I denne forskriften er det blant annet gjort unntak på bakgrunn av alder på tidspunktet for innføring, og det er satt en nedre grense for hvor lave oppgjørskravene i gjennomsnitt må være. Unntakene for leger blir ikke berørt av denne forskriftsendringen. Departementet har også sett hen til inntektsforhandlingene for psykologspesialister som har inngått driftsavtale med regionale helseforetak i 2015. I avtalen ble det oppnådd en enighet om at psykologpraksiser større eller lik 50 pst. driftsavtale fra 2016 er pålagt å være koblet til Norsk Helsenett, og å ha systemer for innsending og mottak for elektroniske meldinger. I avtalen ble det gitt en mulighet til å søke til regionalt helseforetak om unntak fra kravet for psykologer som hadde fylt 65 år per 1. juli 2015, dog ikke til de psykologer som skal fortsette sin praksis etter fylte 70 år. Psykologer med driftsavtale lavere enn 50 pst. og psykologer som kan utløse refusjoner uten å ha inngått driftsavtale er i utgangspunktet ikke omfattet av det avtalte kravet om å være tilkoblet Norsk Helsenett. Departementet har vurdert om disse psykologene også skal være unntatt fra kravet om innsending av egenandelsopplysninger elektronisk over linje. Departementet har landet på en delt løsning, der psykologer med en driftsavtale under 50 pst. unntas fra kravet uavhengig av gjennomsnittlig fremsatte refusjonskrav. Psykologer som kan utløse refusjon uten driftsavtale må i utgangspunktet sende egenandelsopplysninger elektronisk over linje. Departementet foreslår imidlertid unntak fra kravet om elektronisk innsending ved lave gjennomsnittlige refusjonskrav. Alle behandlere og tjenesteytere, herunder psykologer uten driftsavtale, vil være omfattet av dette unntaket.

Departementet foreslår videre at unntakene ikke skal gjelde for de som allerede sender inn oppgjørskrav elektronisk over linje. Dersom gjennomsnittlige refusjonskrav øker sammenlignet med situasjonen på det tidspunktet kravet om elektronisk innsending ble innført, er det den enkelte tjenesteyter som må vurdere om vilkårene for unntak fortsatt er til stede. Denne situasjonen foreslås regulert i endringsforskriften § 7a siste ledd.

For behandlere og virksomheter som ikke er omfattet av ovennevnte unntak vil kravet gjelde fullt ut.

Rehabiliteringssituasjoner, kommuner og OUS seksjon for behandlingsreiser vil med dette forslaget bli pålagt å sende inn opplysninger om innkrevde egenandeler elektronisk over linje til Helfo. Departementet vurderer det som viktig for en effektiv forvaltning av ordningen at kravet om elektronisk innsending gjøres gjeldende også for denne gruppen av tjenesteytere. Forslaget foreslås gjennomført ved innføre et krav i egenandelsregisterforskriften om å pålegge behandlere og tjenesteytere som tilbyr tjenester omfattet av egenandelstakene å sende inn egenandelsopplysninger elektronisk over linje.

Se kapittel 6 for en nærmere redegjørelse for økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget.

#### **4.1.4 Utlevering av egenandelsopplysninger – Spørretjenesten**

I forbindelse med innføringen av den automatiske ordningen for frikort tak 1 ble det utviklet en spørretjeneste. Formålet med spørretjenesten var å gi tjenesteytere og

behandlere informasjon om pasienten skulle betale egenandel eller ikke for tjenestene de hadde mottatt. Spørretjenesten skulle bidra til å øke brukervennligheten og effektiviteten ved en automatisert ordning. Pasienter som hadde glemt frikortet måtte ikke betale egenandel, forvaltningen fikk færre refusjonskrav til behandling og tjenesteytere kunne på en enkel måte sjekke om pasienten hadde frikort.

I høringsnotatet foreslås å utvide kretsen av tjenesteytere som kan få tilgang til spørretjenesten. § 11 gir allerede hjemmel for å utlevere til enkelte behandlere som yter tjenester omfattende av egenandelstak 2, men for å inkludere rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner må bestemmelsens virkeområde utvides. Rehabiliteringsinstitusjonene har avtale med regionale helseforetak og yter tjenester på deres vegne. Folketrygden finansierer ikke disse tjenesteyterne utover at betalte egenandeler inngår i egenandelstak 2, slik at pasienter med frikort tak 2 ikke behøver å legge ut for egenandeler. Dette kravet kan institusjonen da rette mot folketrygden direkte. Det samme er tilfeller for å kunne gi ut opplysninger til helseforetak i forbindelse med behandlingsreiser til utlandet (klimareiser). Formålet med utvidelsen er å gi aktuelle behandlere og tjenesteytere som yter tjenester omfattende av egenandelstak 2-ordningen adgang til å spørre egenandelsregisteret om en bruker skal betale egenandel for de tjenestene de har mottatt. Tjenesten er en videreutvikling av den spørretjenesten som i dag er utviklet for tak 1-ordningen. Behandlere og tjenesteytere vil ved å benytte en slik tjeneste få bekreftet om brukeren har frikort tak 2, eller er fritatt fra å betale egenandel av andre årsaker. Dette kan hindre unødig innkreving av egenandeler der pasienten for eksempel har mistet eller glemt frikortet, eller venter på at vedtak om frikort blir mottatt. Spørretjenesten kan også ha en kontrollfunksjon ved at den hindrer misbruk av frikortordningen. Ved full utbredelse av spørretjenesten vil det på sikt ikke lengre være nødvendig å sende ut et fysisk frikort.

## **4.2 Endring i aldersgrensen for fritak fra å betale egenandeler under egenandelstak 2**

Ved innføringen av automatisk frikort for egenandelstak 1 ble aldersgrensen for hvem som skal betale egenandeler for tjenester som inngår i taket hevet til 16 år. For psykoterapeutisk behandling forble aldersgrensen 18 år. For helsetjenester som inngår i egenandelstak 2 er det kun fastsatt regler om egenandeler for fysioterapi. For behandlingsreiser til utlandet betaler barn og ungdom ingen egenandel. For behandling ved rehabiliteringsinstitusjoner er det ikke fastsatt regler for egenandeler for barn. Det er helseforetakene som beslutter om det skal kreves egenandel av barn eller ikke, og praksisen er etter det departementet erfarer ulik fra region til region. Tannbehandling er gratis for barn under 18 år i den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Unntaket er for kjeveortopedisk tannbehandling, hvor staten gjennom folketrygden dekker en prosentsats av fastsatte honorartakster. Kostnader utover dette må pasienten selv dekke. Se mer om egenandeler ved forundersøkelser før oppstart av kjeveortopedisk behandling under.

Departementet foreslår å innføre en nedre aldersgrense på 16 år for tjenester som inngår i egenandelstak 2. Aldersgrensen for å betale egenandeler fysioterapi blir med dette forslaget hevet fra 12 til 16 år, mens det for opphold i opptreningsinstitusjoner innføres

en aldersgrense som helseforetakene må forholde seg til. For klimareiser og tannbehandling, med unntak for kjeveortopedisk behandling, vil den nedre grensen ikke få noen betydning ettersom aldersgrensen for fritak allerede er høyere enn 16 år. Forslaget er dels begrunnet i tekniske hensyn, dels i personvern hensyn og dels av ønsket om å få et likere regelverk for begge egenandelstakene.

For å kunne gjenbruke mest mulig av den de tekniske løsningene utviklet for automatisk frikort tak 1, vil det være hensiktsmessig å ha samme aldersgrense for begge egenandelstakene. Barn under 16 år er i dag ikke med i den automatiske frikortløsningen for egenandelstak 1, en lavere aldersgrense enn den som gjelder for tak 1 vil derfor kreve IKT-utvikling og tekniske tilpasninger. Tilgang på informasjon om betalte egenandeler ligger i dag på [helsenorge.no](http://helsenorge.no). For å kunne logge seg på denne tjenesten kreves det sikkerhetsnivå 4. Bank-ID, som er den mest brukte påloggingsmetoden, vil det være problematisk for å få tilgang til for barn under 16 år, ettersom mange banker operere med en aldersgrense for utstedelse av Bank-ID som er høyere enn 15 år. Hensyn til barnets personvern har også vært en del av vurderingen, selv om det ikke er så avgjørende som det var ved innføring av automatisk frikort for egenandelstak 1. Barn i aldersgruppen 12-16 er gitt særlige rettigheter med hensyn til å begrense foreldres innsyn, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 andre ledd. Hvis barnet selv ikke har mulighet til logge seg på sikre løsninger må noen gjøre det på barnets vegne. Det er ikke utviklet funksjonalitet for dette i den eksisterende løsningen. Om foreldrene automatisk får denne muligheten, vil det være problematisk. Videre vil det være ressurskrevende å foreta konkrete vurderinger fortløpende om hvem som skal kunne logge seg inn på vegne av barn under 16 år. Det er dessuten få grunner til å operere med ulike nedre aldersgrenser for tjenester som er så vidt like.

Barn under 12 år skjermes fullt ut for egenandeler gjennom eksisterende skjermingsordninger. De barn som trenger fysioterapi frem til fylte 12 år, vil også trenge det videre. Det er som regel barn som har medfødt eller tidlig ervervet sykdom, skade eller lyte, med eller med fare for utvikling av betydelig funksjonsnedsettelse. Foreldrenes betalingsevne eller betalingsvilje bør ikke være utslagsgivende for om ungdom med behov for fysioterapi får nødvendig behandling. Departementet ser ingen fare for en økning i fysioterapi som ikke er medisinsk indisert i aldersgruppen 12-16 år. Egenandeler for ungdom i denne aldersgruppen kan bidra til et underforbruk av nødvendig fysioterapi.

Etter en samlet vurdering foreslår departementet å innføre en nedre aldersgrense for betaling av egenandeler som inngår i egenandelstak 2 på 16 år.

### **4.3 Endringer i regelverket for egenandeler betalt ved forundersøkelse før oppstart av kjeveortopedisk behandling**

I utgangspunktet er utgifter til tannbehandling for barn under 18 år dekket av fylkeskommunen der barnet bor eller oppholder seg. En nedre aldersgrense på 16 år påvirker således ikke utgiftsbildet nevneverdig. Unntaket fra dette er utgifter knyttet til forundersøkelse før oppstart av kjeveortopedisk behandling. Pasientens utgifter til selve behandlingen inngår ikke i egenandelstak 2, men det gjør egenandeler betalt i forbindelse

med forundersøkelsen. De aller fleste barn som gjennomfører en slik undersøkelse vil være under 16 år. En heving av aldersgrensen vil påføre staten betydelige merkostnader dersom disse egenandelene nå skulle bli dekket av folketrygden fullt ut. For den enkelte gir imidlertid denne ordningen en svært begrenset skjerming fra utgifter. Dette har sammenheng med at en forundersøkelse gjennomføres kun en gang for den enkelte. I tillegg betaler de aktuelle barna i svært liten grad egenandeler i tilknytning til andre tjenester inn under egenandelstak 2. Når aldersgrensen for fritak heves til 16 år vil det bli betalt enda færre egenandeler. Når også den godkjente egenandelen barnet betaler i forbindelse med forundersøkelsen er såpass mye lavere en egenandelstak 2, blir skjermingseffekten svært liten. Departementet foreslår derfor at egenandeler betalt i forbindelse med forundersøkelse før en eventuell oppstart av kjeveortopedisk behandlingen ikke lengre skal inngå i opptjeningsgrunnlaget for egenandelstak 2.

#### **4.4 Endringer som følge av ny lovgivning**

Fra 1. januar 2015 ble helseregisterloven fra 2001 erstattet av Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) og Lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven 2015).

Departementet foreslår i dette høringsnotatet enkelte tekniske endringer i egenandelsregisterforskriften for å fange opp lovendringer. Blant annet vil forskriften bli hjemlet i pasientjournalloven § 11, og ikke i overgangsbestemmelsen § 33 som i dag.

#### **4.5 Oppheving av sykdomslisten**

##### **4.5.1 Innledning**

Pasienter med en diagnose som omfattes av sykdomslisten fastsatt i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. (16.06.2015 nr. 684), har i dag rett til fritak for egenandel hos fysioterapeuter ansatt i eller med driftsavtale med kommunen. Listen omfatter per i dag nær 100 diagnoser. Trygderefusjoner for behandling hos fysioterapeuter med driftsavtale til pasienter på sykdomslisten utgjorde 86 pst. av all utbetalt refusjon til avtalefysioterapeutene i 2015.

Det er ikke alltid sammenheng mellom diagnose og behov for fysioterapi. Personer med diagnoser som ikke står på listen, kan ha mer alvorlige plager og større behov for fysioterapi enn de som har diagnoser som er på listen. Når sykdomslistepasienter kan motta gratis behandling, er det en risiko for overbehandling eller unødvendig fysioterapi-behandling. Sykdomslisten kan på denne måten bidra til feil prioriteringer og feil bruk av ressurser. Sykdomslisten oppleves også som urettferdig av personer med diagnoser som ikke er omfattet av listen. Videre betaler pasienter med diagnoser på sykdomslisten, som øvrige brukere, egenandeler for lege- og psykologhjelp mv.

##### **4.5.2 Historikk**

Fra 1. april 1984 ble det innført et nytt egenandelssystem med et tak for årlige utgifter til visse helsetjenester. Samtidig ble det foretatt en generell egenandelsøkning. Ved

innføringen av frikortordningen ble det diskutert hvorvidt fysioterapi burde innlemmes i denne. Begrunnelsen for at man valgte å holde fysioterapi utenfor, var i hovedsak at man fryktet økt forbruk av fysioterapi som ikke var medisinsk indisert.

I Sandman-utvalgets rapport om egenbetaling i helse- og sosialsektoren (NOU 1988:7) diskuteres også en eventuell innlemming av fysioterapi i en takordning. Flertallet gikk inn for å innlemme fysioterapi og i tillegg å fritta barn og ungdom under 18 år fra egenandeler, subsidiært barn under 7 år.

Fra 1.1.1991 ble barn under 7 år fritatt for egenandel. 15 år senere ble fritaket utvidet til å gjelde barn under 12 år.

Fra 1. juli 1992 foretok departementet endringer i sykdomslisten med sikte på en bedre målretting mot personer som har de største behovene for fysioterapi. Etter 1992 har det skjedd flere utvidelser av sykdomslisten, både i form av at nye sykdommer er innlemmet og antall behandlinger til honorartakst er utvidet.

I perioden etter 2001 har en rekke begrensninger som krav til forhåndstilsagn, henvisning fra spesialist, antall behandlinger mv. fjernet. Endringene har vært begrunnet i forenklingshensyn. Ved innføringen av egenandelstak 2, 1.1.2003, ble sykdomslisten beholdt.

Fra 1.1.2006 ble det innført en egenandel på 50 kroner for honorartakstpasienter. Tiltaket møtte mye motstand fra brukerorganisasjoner, helsepersonell, kommuner og enkeltpersoner. Protestene gjaldt hovedsakelig pasienter med kroniske lidelser og lav betalingsevne. Tiltaket ble reversert fra 1.7.2006.

Skjerming på bakgrunn av diagnose ble i 2007 utredet av en arbeidsgruppe (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2007). Arbeidsgruppen pekte på at sykdomslisten ikke treffer alle brukere med stor behov utfra faglige kriterier. Gruppen mente at listen favnet for vidt, og at diagnose ble lagt til grunn for skjerming i stedet for grad av funksjonshemming og behandlingsbehov. Arbeidsgruppen anbefalte primært at sykdomslisten ble avviklet, og at takordningene 1 og 2 ble slått sammen. Det var ulike syn på subsidiære modeller. Utredningen fra arbeidsgruppen er ikke fulgt opp med forslag til endringer.

#### **4.5.3 Skjerming på grunn av sykdomslisten – noen tall**

Skjermingsordningen med sykdomslisten utgjør en betydelig utgift for folketrygden. I 2015 utgjorde disse utbetalingene om lag 81 pst. av de totale refusjonskostnadene til fysioterapi.

Tabellen nedenfor viser hvordan honorartakstutgiftene fordeler seg mellom ulike hovedgrupper, og noen sentrale undergrupper:

Hovedkategori		Antall pasienter	Egenandeler betalt av Helfo (NOK)	Andel pasienter
<b>A</b>	Indremedisin	26 615	100 528 469	10 %
<b>B</b>	Kirurgi	91 428	219 405 858	34 %
<b>C</b>	Nevrologi	30 331	154 338 286	11 %
<b>D</b>	Onkologi	970	2 734 109	0 %
<b>E</b>	Pediatri	2 744	6 570 260	1 %
<b>F</b>	Psykiatri	2 841	7 975 351	1 %
<b>G</b>	Psykisk utviklingshemming	1 832	6 908 289	1 %
<b>H</b>	Revmatiske og andre lidelser i ledd og knokler	115 188	430 153 363	42 %
<b>I</b>	Øyesykdommer	604	2 441 774	0 %

Sykdomspunkt		Antall pasienter	Egenandeler betalt av Helfo (NOK)	Andel pasienter
<b>H2</b>	Artrose	76 667	294 522 324	28 %
<b>B2</b>	Inngrep på ledd	50 381	126 144 801	18 %
<b>C1</b>	Organisk sykdom/skade i sentralnervesystemet	23 819	125 679 044	9 %
<b>H1</b>	Kronisk artritt i flere ledd	25 019	104 232 391	9 %
<b>B1</b>	Brudd/betydelig skade på muskulatur/ligament	31 959	69 622 171	12 %

#### 4.5.4 utfordringer med dagens ordning

Sykdomslisten har over tid utviklet en skjevhet fordi listen er blitt utvidet med små diagnosegrupper hvor kostnaden knyttet til fritak er begrenset. Større grupper er ikke innlemmet fordi det krever større bevilgninger. Det er usikkert hvorvidt navnet på diagnosen som er oppført på listen faktisk har effekt av fysioterapi, eller hvorvidt det er diagnosen som kan medføre et funksjonsproblem som kan gi helseplager og derfor ha nytte av fysioterapi. Ordningen fremstår urettferdig for diagnosegrupper som ikke er innlemmet i listen. Blant annet er en stor gruppe muskel- skjelettlidelser ikke oppført på listen. Dette er en gruppe som kan ha store behandlingsutgifter. Det vil alltid være en viss



fare for overforbruk av behandling når behandlingen ikke påfører brukeren noen form for kostnad.

Mange brukere opplever at de har rett til å få fysioterapi fordi de har en diagnose som er på listen. Videre anfører mange fysioterapeuter at brukere blir værende i en behandlingsforløp fordi tilbudet er gratis, men kunne ha klart seg bra ved å trene på egenhånd. Dette kan medføre både en uheldig påvirkning av kommunens prioriteringen for tjenesten og at sykdomslisterpasienter opptar en stor del av fysioterapeutenes behandlingsskapasitet. Dagens system fordrer at henvisende instans og fysioterapeuten må sette seg inn i et detaljert regelverk som krever at man holder seg oppdatert.

Norheim-utvalget (NOU: 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten) peker på sykdomslisten som et av flere tiltak hvor utvalget foreslår at egenbetaling vurderes økt. På side 182 listes sykdomslisten opp som et eksempel på et tiltak "*som forventes å gi lave helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er rettet mot tilstander med lite helsetap*".

Veksten i utgifter kan forklares med en sterk underliggende volumvekst, økning i antall takster og økning i bruk av takster som følge av de årlige takstoppgjørene, egenandelsøkninger og en vridning i pasientsammensetning fra vanlig refusjon og over til honorartakst. Dette må ses i sammenheng med økt aktivitet i spesialisthelsetjenesten og tidligere utskrivning av pasienter fra sykehus, som innebærer at fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten får pasienter med et mer omfattende behandlingsbehov enn tidligere og starter pasientbehandlingen tidligere i pasientforløpet. Dette har vært en ønsket utvikling som resultat av samhandlingsreformen.

Parallelt med veksten i refusjonsutgifter, har det vært en utvikling i retning av at en stadig større andel av de totale refusjonsutgiftene er relatert til honorartakst (sykdomslisten og andre fritaksgrunner). I 2000 var om lag 55 pst. av de totale utgiftene relatert til honorartakst, mens andelen i 2015 om lag 86 pst.

En medvirkende årsak til den sterke veksten i andelen honorartakst de senere årene, er økninger i egenandeler og takster samtidig som egenandelstaket er redusert. I tillegg kan utgiftene øke ved at honorartakstpasienter gjennomgående har lengre behandlingsserier og flere tilleggstakster per behandling. Det har også vært en generell utvikling i retning av mer bruk av aktive behandlingsformer i perioden, og enkelte takster som benyttes i denne forbindelse er forbeholdt honorartakstpasienter. Dette gjelder i første rekke takst for veiledet trening (A10). Dette er en faglig positiv utvikling, da all dokumentasjon viser at pasienter med kroniske lidelser har best effekt av aktive behandlingsformer.

Skjermingen skjer i dag hovedsakelig på grunnlag av sykdom eller skade. Dette gir i begrenset grad uttrykk for funksjonsnivå og behov for fysioterapi. Det vil være svært varierende behov for fysioterapi blant pasienter med samme sykdom eller skade. Ethvert sykdomsforløp er individuelt og behovet for fysioterapi vil variere over tid. Sykdomslisten treffer ikke alle brukere med stort behov ut fra faglige kriterier. Noen brukere vil alltid falle utenfor. Eksempler på grupper som i dag faller utenfor er pasienter med rygg- og nakkelidelser (ikke opererte), andre lidelser i muskel og skjelettsystemet. Det samme

gjelder for en rekke ulike kreftsykdommer, fibromyalgi, ME-pasienter, og de med psykiske lidelser som ikke har vært behandlet i spesialisthelsetjenesten. Noe av problemene med dagens sykdomsliste er at den favner for vidt, og at diagnose blir lagt til grunn for skjerming i stedet for grad av funksjonshemming og behandlingsbehov.

Helselovgivningen definerer rett til helsehjelp ut fra et faglig fundert behov. Den som trenger det mest, skal prioriteres. Henvissende instans vurderer om en pasient har behov for fysioterapi, og behandlende fysioterapeut skal vurdere hvilket behandlingsopplegg pasienten trenger. En rett til fritak for egenandel bidrar til en uheldig vridning av tjenestetilbudet.

#### **4.5.5 Hvordan skjerme mer rettferdig i en framtidig ordning?**

Departementet har vurdert ulike kriterier for skjerming som kan være aktuelle på fysioterapiområdet:

- *Gratis tjenester*
- *Skjerming av grupper (alder eller annet)*
- *Skjerming etter inntekt*
- *Full skjerming over et visst forbruksnivå*

##### *4.5.5.1 Gratis tjenester*

Ved innføringen av kommunehelsetjenesteloven i 1984 var intensjonen at betalingsordningen skulle være lik for behandling hos privatpraktiserende og fast ansatte fysioterapeuter. I praksis er det en del kommuner som ikke krever egenandeler slik som forutsatt, fordi de legger til grunn at de som mottar behandling av kommunens fast ansatte fysioterapeuter som hovedregel faller inn under sykdomslista og har rett til gratis behandling. I tillegg utfører de ansatte fysioterapeutene ulike oppgaver som ikke honoreres gjennom takstsystemet, slik som vurderinger, tilrettelegging og tilpasning av tekniske hjelpemidler. Behandling utført av kommunalt ansatte fysioterapeuter vil derfor kunne oppfattes som en gratis tjeneste. For øvrige helsetjenester som delfinansieres av folketrygden er det innført egenandeler/pasientbetaling. Det skal gode grunner til for at fysioterapitjenester som sådan skal skille seg vesentlig fra andre tjenester når det gjelder egenandelsspørsmålet.

##### *4.5.5.2 Skjerming av grupper*

I dagens ordning er to grupper fritatt for egenandeler (i tillegg til de som skjerms via sykdomslisten): barn under 12 år og personer med godkjent yrkesskade. Fritak fra egenandeler på grunn av yrkesskade og alder (under 12 år) utgjør en forholdsvis liten andel i forhold til skjerming på grunnlag av diagnose.

For å oppnå effektiv skjerming, er det en forutsetning at de gruppene som skjerms, er lette å identifisere. Kriteriene for skjerming bør i størst mulig utstrekning være objektive. Alder er eksempel på et slikt kriterium. Yrkesskade er også et objektivt kriterium, men denne gruppen er vanskeligere å avgrense fordi yrkesskaden må dokumenteres, og det er krav til årsakssammenheng mellom den opprinnelige yrkesskaden og behovet for fysioterapi.

En annen gruppe det kan være aktuelt å skjerme, er pasienter som trenger fysioterapi som ledd i et behandlings- eller rehabiliteringsopplegg etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Pasienter skrives i dag ofte ut fra spesialisthelsetjenesten til videre behandling eller rehabilitering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Oppfølgingen kan være helt nødvendig for at effekten av behandlingen i spesialisthelsetjenesten skal bli så god som mulig. Det vil være det medisinske skjønn i spesialisthelsetjenesten som avgjør for hvilke pasienter dette vil være nødvendig.

Det har skjedd en utvikling i retning av at stadig mer etterbehandling, opptrening og rehabilitering overlates til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De privatpraktiserende fysioterapeutene ivaretar pasienter som er avhengige av fysioterapi for at behandlingen i spesialisthelsetjenesten skal ha tilsiktet effekt. Pasientene er ikke ferdigbehandlet når de utskrives fra sykehus, og det kan være faglige grunner til å fritta denne gruppen for egenandeler for et visst antall behandlinger for å sikre at de ikke velger bort nødvendig fysioterapi på grunn av kostnadene. På den annen side er det egenandeler på andre helsetjenester som burde tilsi at det ikke skal opprettholdes en særordning for fysioterapi.

Personer med alvorlige funksjonshemminger og kronisk sykdom er også en gruppe departementet har sett på muligheten for å skjerme. Også innenfor disse gruppene vil det være store individuelle forskjeller når det gjelder behov for fysioterapi og betalingsevne. Personer med alvorlige funksjonshemminger og kronisk sykdom har ofte sammensatte behov, og departementet mener primært at det er naturlig å skjerme disse gruppene for utgifter over et visst nivå, dvs. gjennom takordninger. Dersom man ønsker å videreføre egenandelsfritak for pasienter med kroniske lidelser, er det vanskelig å komme utenom en form for sykdomsliste.

Ulempen ved å skjerme grupper er at det kan være store individuelle variasjoner innenfor hver enkelt gruppe. Jo større grupper som skjermes, jo mindre målrettet blir skjermingen. En skjerming av grupper vil dessuten fort ligne på en den sykdomslisten som nå foreslås fjernet.

#### *4.5.5.3 Skjerming etter inntekt/pensjon*

Dette kriteriet gir ikke grunnlag for skjerming i dagens ordning. Departementet finner det heller ikke formålstjenlig å innføre inntektsbaserte skjermingsordninger på fysioterapiområdet. Det er ingen enkel måte å identifisere de som både har stort behandlingsbehov og lav inntekt/betalingsproblemer. Rent administrativt vil det også være problematisk å legge et inntektskriterium til grunn, fordi det vil forutsette at bruker må dokumentere inntektsnivå for å bli fritatt for egenandel. Dette vil kunne virke stigmatiserende, og det vil også medføre administrativt merarbeid for både bruker, behandler og Helfo.

#### *4.5.5.4 Full skjerming over et visst forbruksnivå*

Frikortordningene er et eksempel på skjerming av utgifter over ett visst forbruksnivå. Utgifter til fysioterapi er i dag omfattet av skjerming gjennom egenandelstak 2-ordningen. Totalt dekket folketrygden 134 mill. over egenandelstak 2-ordningen til fysioterapi i 2015. Antallet brukere som skjermes via egenandelstak 2 er forholdsvis lavt. Dette skyldes hovedsakelig at en stor andel brukere er fritatt for egenandel fra

første behandling på grunn av sykdomslisten. For tjenester som inngår i egenandelstak 1, er takordningen viktigste skjermingsordning. På fysioterapiområdet er sykdomslista viktigste skjermingsordning, og dette har bidratt til at egenandelstak 2-ordningen har hatt begrenset effekt.

#### *4.5.5.5 Departementets vurdering*

Departementet mener det er grunn til å bygge videre på de prinsipper for skjerming som ligger i dagens system. Departementet mener prinsipielt at de generelle takordningene skal fange opp dem som har stort behov for fysioterapi, og at dette bør være den viktigste skjermingsordningen på fysioterapiområdet. Det er vanskelig å se tungtveiende grunner for at det skal gis fritak for egenandeler for fysioterapibehandling for pasienter med de angitte diagnoser, i tillegg til en generell skjerming for alle pasienter gjennom tak 2. I likhet med andre stønadsområder, bør hovedregelen være at bruker skal betale egenandel opp til et visst forbruksnivå (egenandelstak). Likefullt mener departementet at det kan for enkelte grupper være riktig med en direkte skjerming ut fra helsepolitiske og helsefaglige hensyn i selve stønadsordningen. For ikke å undergrave den generelle ordningen med egenandeler og egenandelstak er det viktig at kriteriene for skjerming av grupper i størst mulig utstrekning er objektive og muliggjør en klar avgrensning av gruppen. Departementet mener at barn og unge er en gruppe som særskilt bør forbli skjermet. I dag skjermes alle barn under 12 år fra egenandeler ved fysioterapi. For sammenlignbare tjenester finansiert over folketrygden er aldersgrensen enten 16 eller 18 år. Faglig sett er det få argumenter for denne forskjellen i aldersgrenser for skjerming. Når det gjelder personer med yrkesskade/yrkessykdom har disse særskilte rettigheter når det gjelder stønad til helsetjenester for behandling som følge av skaden/sykdommen. Departementet legger ikke opp til endringer på dette punktet i denne omgang.

Nivået på egenandelene har stor betydning for behovet for skjerming. Høye egenandeler medfører økt behov for skjerming. Regjeringens vil sikre et godt helsetilbud til alle ved å holde egenandelene på et lavt nivå.

På bakgrunn av ovennevnte foreslår Helse- og omsorgsdepartementet å legge følgende prinsipper til grunn for skjerming av utgifter til bruk av fysioterapitjenester.

- Full skjerming over et visst forbruksnivå (egenandelstak 2 beholdes).
- Skjerming av barn og unge opp til fylte 16 år.
- Skjerming ved yrkesskade.

## 5 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene

### 5.1 Innledning

Etablering av en automatisk frikortordning for egenandelstak 2 er en videreføring av det arbeidet med som ble gjort i 2009 og 2010 med innføringen av en automatisk frikortordning for egenandelstak 1. På samme måte som ved innføringen av en automatisk ordning for tak 1 innebærer dette forslaget en omlegning av dagens system for refusjon av egenandeler til pasienter omfattet av egenandelstak 2. Se kapittel 3 for en nærmere beskrivelse. Den automatiske frikortordningen for egenandelstak 2 forutsetter at virksomheter og behandlere som yter tjenester som inngår egenandelstak 2-ordningen, skal sende inn opplysninger om betalte egenandeler til Helfo. Disse opplysningene danner grunnlaget for den automatiske saksbehandlingen i Helfo.

Oversikt:

- Årlig refunderer Helfo omlag NOK 30 mrd. knyttet til folketrygdens stønad ved helsetjenester (kapittel 5 i folketrygdloven).
- I 2015 utgjorde statens utgifter til frikortordningen (tak 2) NOK 166 mill. kroner. Av dette var NOK 134 mill. knyttet til fysioterapi, NOK 16 mill. knyttet til tannbehandling, NOK 0,4 mill. i forbindelse med behandlingsreiser og NOK 16 mill. i tilknytning til opptreningsinstitusjoner.
- Virksomheter og behandlere som yter tjenester omfattet av egenandelstak 2-ordningen sender inn oppgjørskravene sine hovedsakelig per CD, minnepinne eller elektronisk over linje<sup>3</sup>.

De økonomiske og administrative konsekvensene forslagene i høringsnotatet omtales fortløpende under i kapittel 5.2 flg.

### 5.2 Innføring av automatisk frikort og krav om elektronisk innsending av egenandelsopplysninger

#### 5.2.1 Virkning for brukerne

Etablering av en nasjonal automatisk frikortordning medfører at den enkelte bruker automatisk vil få tilsendt frikort når egenandelstak 2 er nådd, og refundert eventuelt utlegg over taket. Det innebærer at personer som i dag mister egenandelskvitteringer, og som ikke ber om å få utlevert ny kvittering, eller som glemmer å sende inn et krav for å få tilsendt frikortet sitt, automatisk oppnår den refusjon de etter regelverket har krav på. Frikortet og eventuelt overskytende beløp vil automatisk bli tilsendt brukeren. Ved framvisning av kortet vil brukeren unngå å betale ny egenandel. Ved at helsepersonell og andre tjenesteytere gis anledning til å spørre direkte i egenandelsregisteret om en bruker

---

<sup>3</sup> Et fåtall fysioterapeuter og tannleger sender fortsatt oppgjørdata til Helfo på papir.

har frikort, unngås en eventuell ny betaling også i de tilfellene brukeren har glemt frikortet sitt. Automatisk frikort gir en enklere tjeneste til brukerne. Systemendringen vil være spesielt gunstig for de som på grunn av sin tilstand ikke klarer å holde tilstrekkelig oversikt over betalte egenandeler. Videre vil opplysninger om registrerte egenandeler være tilgjengelig for den enkelte på "Mine egenandeler" på [Helsenorge.no](https://helsenorge.no). Den enkelte får her direkte tilgang til oversikt over egenandeler som er registrert på vedkommende.

For at systemet skal fungere etter hensikten er det viktig at behandlere og tjenesteytere sender inn opplysninger om betalte egenandeler hyppig og med nødvendig kvalitet til egenandelsregisteret. Det er blant annet viktig at personnummer/D-nummer fremkommer tydelig. Dersom ikke opplysningene sendes inn hyppig nok og med nødvendig kvalitet, kan dette medføre at bruker må vente lenge på sitt frikort om må legge ut egenandeler til tross for at egenandelstaket er passert.

I dag utstedes ikke frikort før bruker selv har sendt inn kvitteringer og dermed har framsatt et krav. I praksis kan det gå flere uker fra en bruker har vært til konsultasjon til kravet om frikort blir fremmet og før saksbehandlingen kan starte hos Helfo. Hovedregelen er at utsendelse av frikort skjer innenfor fristen på tre uker etter at Helfo har mottatt alle kvitteringer på betalte egenandeler fra bruker. I en automatisk løsning vil sen innsending av data fra behandlere og tjenesteytere i enkelte tilfeller kunne medføre at storforbrukere av tjenester som faller inn under tak 2-ordningen, får frikortet senere enn det som er tilfellet i dag.

### **5.2.2 Virkning for helsepersonell og andre tjenesteytere**

Omleggingen av systemet for håndtering av egenandeler til tak 2-ordningen og krav om elektronisk innsending av egenandelsopplysninger berører helsepersonell og andre tjenesteytere primært gjennom:

- Økt frekvens på innsending av data
- Innsending av data av tilstrekkelig kvalitet
- Investeringer i nødvendig IT-systemer/sikkerhetsløsninger for de som ikke allerede har nødvendig infrastruktur

Det er et mål at pasientene skal få utlevert frikortet 3 uker etter at taket er nådd. Det forutsetter at tjenesteyterne øker sin frekvens for innsending av data til Helfo, og at dataene er av god kvalitet. I forslag til forskriftsendringer i dette høringsnotatet er det lagt til grunn at innsendingen skal skje 14 dager etter at egenandelen er betalt, for at frikortet skal være mottatt innen 3 uker etter at taket er nådd. Det er i dag store variasjoner i innsendingshyppighet og innsendingsformat mellom de ulike tjenesteyterne.

Innsendingsplikten er foreslått regulert i en egen forskrift om innsamling og behandling av person- og helseopplysninger i Egenandelsregisteret (egenandelsregisterforskriften), jf. kapittel 7.

Et krav om hyppigere innsending av data gir etter departementets vurdering et marginalt merarbeid for tjenesteyterne. Rehabiliteringsinstitusjoner og OUS ved seksjon for behandlingsreiser sender ikke inn refusjonskrav til Helfo i dag. De må følge etablerte

rutiner for oversending av egenandelsinformasjon til Helfo. Da kravene til opplysninger må anses som svært begrensede, mener departementet at merarbeidet for tjenesteyterne her også vil være begrenset. Samtidig vil tjenesteyterne få sin refusjon tilsvarende raskere fra folketrygden for de tjenester som utføres. Det bedrer likviditeten til tjenesteyterne.

Når det gjelder kravet om elektronisk innsending av egenandelsopplysninger vil kravet medføre behov for investeringer i IKT-infrastruktur hos enkelte behandlergrupper, og da særlig for fysioterapeuter og psykologer, men også for Oslo Universitetssykehus HF (behandlingsreiser til utlandet) og rehabiliteringsinstitusjoner. Som det fremgår av tabellen under sender de øvrige aktørene omfattet av egenandelstakene hovedsakelig egenandelsopplysninger elektronisk over linje.

Tabellen nedenfor angir hvordan personellgrupper innenfor tak 2-ordningen sender inn sine oppgjørskrav/egenandelsopplysninger. Tallene er fra februar 2016:

<b>Behandlergruppe</b>	<b>Elektronisk over linje</b>	<b>CD, minnepinne</b>	<b>Papir</b>
Fysioterapeuter	8 %	90 %	2 %
Tannleger	82 %	17 %	1 %
Tannpleiere	85 %	15 %	0 %

Tilsvarende tall for personellgruppene/tjenesteyterne innenfor egenandelstak 1-ordningen er som følger (tallene er fra februar 2016):

<b>Behandlergruppe</b>	<b>Elektronisk over linje</b>	<b>CD, minnepinne</b>	<b>Papir</b>
Fastlege	99,3 %	0,5 %	0,2 %
Legevakt	93 %	7 %	0 %
Legespesialist	90 %	6 %	4 %
Psykolog	58 %	30 %	12 %
Poliklinikk	100 %	0 %	0 %
Privat lab/radiologi	100 %	0 %	0 %
Pasientreiser	100 %	0 %	0 %
Apotek	100 %	0 %	0 %
Bandasjist	100 %	0 %	0 %

Det er et mål at aktørene i helsesektoren i større grad tar i bruk elektronisk kommunikasjon av data vedrørende egenbetaling, henvisninger og epikriser, sykemeldinger, legeerklæringer, utveksling av røntgenbilder m.m. Formålet er å oppnå bedre samhandling og mer effektive tjenester. Norsk Helsenett ble etablert for å bidra til å oppnå disse målsettinger. For å kunne benytte helsenettet må tjenesteyterne investere i nødvendig programvare og betale årlige lisenser. Aktører som knytter seg opp til helsenettet må signere en kundeavtale med Norsk Helsenett. Kundeavtalen har en standardisert utforming og skal blant annet sikre at de aktører som kommuniserer over helsenettet har tilstrekkelig informasjonssikkerhet. Helseforetakene har tatt i bruk Norsk Helsenett som

eneste infrastruktur for kommunikasjon av elektroniske tjenester. Behandlerens EPJ-systemer er alle tilrettelagt for å sende inn oppgjørskrav elektronisk. I forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten er det fastsatt egne krav til funksjonalitet ved elektronisk meldingsutveksling for effektiv bruk av elektroniske meldinger i helse- og omsorgstjenesten. Tjenester omfattet av egenandelstakene er omfattet av ovennevnte forskrift sitt virkeområde, og således omfattet av kravene i forskriften.

For å oppnå kostnadseffektivitet og gevinstrealisering er det nødvendig at aktørene investerer i felles infrastruktur som muliggjør elektronisk kommunikasjon, og at partene faktisk benytter de systemer og løsninger som er utviklet. Departementet mener tjenesteytere som tar del i et offentlig finansieringssystem må ta i bruk systemer som har stor effektiviseringsgevinst for det offentlige. Det er en kjensgjerning at elektronisk kommunikasjon i første omgang vil gi størst effektiviseringsgevinst for forvaltningen. Det offentlige kan ikke alene bære alle kostnadene for slike investeringer. Investering i ordinær infrastruktur og bruk av IT-teknologi må anses som en ordinær del av privat tjenestevirksomhet/utøving. Tilsvarende gjelder for offentlig virksomhet. I forhandlingene med fysioterapiforeningene 2014 ble det satt av midler til finansiering av oppkobling til Norsk Helsenett. Avsetningen gjelder frem til 1.7.2017. I årets forhandlinger er partene kommet til enighet om en delvis kompensasjon av fysioterapeutenes utgifter i tilknytning til bruk av Norsk helsenett.

Som det fremgår av kapittel 4.1.3 foreslår departementet å gjøre unntak for behandlere over en viss alder og for behandlere med en lav brutto omsetning i form av refusjoner fra Helfo.

Tabellene under illustrerer hvordan ulike nivåer på unntakene slår ut for fysioterapeuter (tall fra november 2015):

<b>Fysioterapeutens alder</b>	<b>Refusjon per måned</b>	<b>Andel som vil få plikt</b>
Født 1952 eller seinere	Over 10 000 kroner	86 %
Født 1952 eller seinere	Over 20 000 kroner	81 %
Født 1952 eller seinere	Over 30 000 kroner	74 %

Sett i lys av innføring av tilsvarende pålegg for andre behandlergrupper foreslår departementet å sette en grense for hvem pålegget gjelder ved 65 år. Det vil si at de som er 65 år eller eldre på tidspunktet for innføringen av kravet skal unntas dersom de ikke allerede sender opplysninger elektronisk. I tillegg foreslår departementet å unnta tjenesteytere og virksomheter med mindre enn 20 000 kroner i månedlig refusjon fra Helfo. Til sammen unntas om lag 20 pst. av fysioterapeutene fra kravet om elektronisk innsending av egenandelsopplysninger ved bruk av disse unntaksbestemmelsene.

### **5.2.3 Virkning for forvaltningen**

Omleggingen av systemet for behandling av egenandelskrav gjennom elektronisk innsending av data fra tjenesteyterne og automatisk utsendelse av frikort til pasient, gir



grunnlag for en effektivisering av ressursbruken i forvaltningen. Bortfall av personlig kontakt med brukerne og en reduksjon av manuelle operasjoner vil frigjøre ressurser i Helfo til utføring av andre oppgaver. Hvor raskt gevinstene kan realiseres i forvaltningen sett under ett, vil påvirkes av hvor raskt tjenesteyterne går over til elektronisk innsending av data til Helfo, hyppigheten i innsending og kvaliteten på dataene som sendes inn. Helfo vil få økte oppgaver blant annet til å håndtere hyppigere innrapportering fra tjenesteyterne, og fordi langt flere vil motta frikort i 2017 enn tidligere år.

For staten må det påregnes at utbetalingene knyttet til refusjon av egenbetaling for tak 2-ordningen vil øke, gitt uendrede egenandeler og uendret bruk av de aktuelle helse-tjenestene. Økningen vil skje der brukere i dag av ulike årsaker ikke sender et krav om å få frikort og/eller ikke ber om å refundert utgifter betalt utover egenandelstaket. Det antas at det for fysioterapi under dagens frikorttak 2-ordning er et underforbruk på om lag 20 pst. Underforbruket for tannbehandling innenfor tak 2-ordningen er trolig på samme nivå. Ved en automatisering vil dette underforbruket bli tilnærmet lik null. Samtidig vil staten få bedre oversikt både på utbetaling av refusjoner til tjenesteyterne og til brukere.

For at egenandelstilleren skal være løpende oppdatert forutsetter det en hyppigere innsending av data og at dataene er oppdaterte og knyttet til behandling som i hovedsak har funnet sted i de siste 14 dagene. I dag kan det være et betydelig avvik i tid mellom innsending og utførte tjenester. En omlegging av innsendingsrutinene vil i en overgangsperiode derfor kunne føre til en økning i statens utbetalinger knyttet både til eldre kvitteringer og hyppigere innsendingsfrekvens. Effekten antas å være midlertidig, og allerede i 2019 antas det at effekten på stønadsbudsjettet er tatt ut.

## **5.3 Oppheving av sykdomslisten**

### **5.3.1 Konsekvenser for stønadsbudsjettet, kommuner og for brukerne**

I 2015 fikk om lag 236 000 personer over 16 år behandling under sykdomslisten og hadde fritak for egenandeler for fysioterapi. Om lag 198 000 personer over 16 år betalte en eller flere egenandeler ved behandling hos fysioterapeut. Av folketrygdens totale utgiftene til fysikalsk behandling på 1,9 mrd. kroner (2015), utgjør utgiftene til å dekke egenandeler for medlemmer omfattet av sykdomslisten om lag 885 mill. kroner i 2014 (+ 8 mill. kroner til fritak for barn omfattet av sykdomslisten). En innføring av egenandeler for medlemmer over 16 år som tidligere var omfattet av sykdomslisten vil isolert sett gi folketrygden en besparelse på om lag 355 mill. kroner (2017-tall). Det er da tatt hensyn til at egenandelstak 2-ordningen vil skjerme brukere for egenandelsutgifter over 2670 kroner. Dette gjelder summen av egenandeler for alle tjenester under tak 2. I tillegg vil kommunene få om lag 175 mill. kroner (2017) i økte inntekter i form av økt egenbetaling. Økte inntekter for kommunen som følge av at flere pasienter må betale egenandeler for fysioterapi hos ansatte fysioterapeuter vil komme til fratrekk i overføringer til kommunene. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake i statsbudsjettet 2017 med forslag til håndtering av disse merinntektene, slik at kommunenes samlede inntekter ikke påvirkes.

Det legges opp til en dette tiltaket skal være om lag kostnadsnøytral for statsbudsjettet og kommunene. Dette innebærer at målgruppen for sykdomslisten skal tas hensyn til gjennom opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering som regjeringen tar sikte på å legge frem i 2016, samt at regjeringen vil redusere egenandelstak 2 til om lag 2000 kroner for å begrense merutgiftene til de som mister fritaket for egenandeler. Nivået på egenandelstakene fastsettes årlig av Stortinget ved behandling av budsjettet.

For den enkelte bruker kan imidlertid kostnadene til bruk av fysioterapi både bli høyere og lavere. Dagens sykdomslistepasienter vil få økte utgifter med mindre de allerede opptjener rett til frikort tak 2 på grunnlag av andre tjenester enn fysioterapi. Økte utgifter kan bidra til mulig underforbruk av fysioterapibehandling for pasienter med dårlig økonomi. Brukere som har betalt egenandel og oppnådd frikort egenandelstak 2, vil få reduserte utgifter til egenandeler fordi taket settes ned. Reduksjonen vil da tilsvare det beløpet som taket reduseres med. En avvikling av sykdomslisten vil også påvirke brukere som benytter seg av retten til å motta helsehjelp i utlandet i medhold av folketrygdloven § 5-24 a. I medhold av forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land § 8 betaler medlemmet egenandel tilsvarende det de ville gjort om hensettjenesten var ytt i Norge. Helfo vil ved behandling av refusjonskravet trekke egenandel og registrere nødvendige egenandelsopplysninger, jf. egenandelsregisterforskriften § 9. Kommunenes utgifter til helsehjelpen reduseres tilsvarende, jf over.

Nødvendige endringer i forskrifter vil bli gjort etter at Stortinget har ferdigbehandlet budsjettet for 2017.

### **5.3.2 Konsekvenser for forvaltningen og fysioterapeuter**

Forvaltningen vil oppleve at flere får rett til frikort og de vil motta mer data i tilknytning til betalte/utfakturerte egenandeler. Antallet frikort anslås til om lag 300 000. En betydelig økning fra dagens nivå på om lag 45 000. Helfo vil i stor grad kunne gjenbruke infrastruktur som benyttes for den automatiske egenandelstak 1-ordningen. Når ordningen med elektronisk innsending fullt ut er på plass og virksomheter og behandlere sender inn egenandelsopplysninger elektronisk over linje, vil den økte saksmengden kunne håndteres med eksisterende bemanning.

Helfo får en administrativ forenkling ved at sykdomslisten bortfaller. Det blir blant annet mindre behov for etterfølgende kontroll av fysioterapeutenes oppgjør på dette punktet. Samtidig må det etableres en oppgjørsordning mellom kommuner og Helfo for refusjon av egenandeler for brukere med frikort, som igjen vil øke saksinngangen.

Fysioterapeuter får i en overgangsperiode økt administrasjon i forbindelse med innkreving av egenandel fra dagens sykdomslistepasienter. Fysioterapeuter som tilbyr tjenester omfattet av Dette gjelder også for kommunene. Fysioterapeutenes journal-systemer vil måtte endres på grunn av bortfall av sykdomsliste og fritak for nye grupper. Fysioterapeuter som ikke er koplet til helsenett vil få økte utgifter ved innkjøp av utstyr, programvare m.m. og de vil få utgifter til å være tilkoblet Norsk Helsenett. Kostnadene vil variere avhengig av antall fysioterapeuter i praksisen, hvilket journalsystem vedkommende bruker og hvilken tilkobling til Norsk Helsenett som velges. Utgiftene vil

ligge i størrelsesorden 15-25 000 kroner per år per praksis og utgifter på om lag 20 000 kroner som en engangsutgift for oppkobling. Se også omtale under kapittel 5.2.2.

#### **5.4 Økonomiske konsekvenser av å frita barn under 16 år fra å betale egenandeler for tjenester omfattet av egenandelstak 2**

Et fritak for egenandel for barn opptil 16 år på egenandelstak 2 områdene vil isolert sett føre til økte utgifter for folketrygden. Dette tiltaket må imidlertid ses i sammenheng med øvrige forslag til endringer knyttet til automatisering av frikort tak 2-ordningen, oppheving av sykdomslisten og krav om elektronisk innsending av data.

I dag er barn under 12 år fritatt for betaling av egenandeler hos fysioterapeut. I 2015 var kostnaden for barn under 16 år omfattet av sykdomslisten på om lag 8 mill. kroner. I tillegg dekket folketrygden 300 000 kroner for barn mellom 12 og 15 år under frikortordningen. Barn i den samme aldersgruppen betalte selv 5,9 mill. kroner i egenandeler. En skjerming av barn under 16 år for egenandeler ved fysioterapi vil i sum gi en merutgift på om lag 14. mill. kroner. Av dette dekkes om lag 8 mill. kroner av folketrygden allerede. Merutgiften for stønadsbudsjettet blir om lag 6 mill. kroner.

Det er i dag varierende praksis på om barn under 16 år betaler egenandel for opphold på opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjon. Da egenandelene ikke rapporteres i dag er oversikten over omfanget av hvor mange som betaler, og hvor mye de betaler, svært mangelfull. NPR-data viser at 2335 barn under 16 år hadde rehabiliteringsopphold i 2014. Det ble innrapportert 8699 innleggingsdøgn, og i tillegg var det 1767 dagbehandlinger. Ved å gange antall innleggingsdøgn med egenandelen (128 kr (i 2014) \* 8699 døgnbehandlinger + 128 kr \* 1767 dagbehandlinger) gir det en samlet utgift på 1,3 mill. kroner. Det er imidlertid varierende praksis blant opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene i forhold til om de krever egenandel. 1,3 mill. kroner vil dermed være den maksimale merutgiften for de regionale helseforetakene (RHF) som dekker denne behandlingen i dag.

For behandlingsreiser i utlandet og tannbehandling utenom kjeveortopedi betaler ikke barn under 16 år egenandeler i dag. Forslaget gir ingen økte utgifter i tilknytning til disse tjenesteområdene.

Totalt vil forslaget koste 7,3 mill. kroner å gjennomføre.

Nødvendige endringer i forskrifter og fastsetting av satser vil bli gjort i forbindelse med vedtakelse og oppfølging av vedtak ved Stortingets behandling av budsjettet for 2017.

#### **5.5 Egenandeler ved forundersøkelse før oppstart av kjeveortopedisk behandling**

Egenandel betalt ved forundersøkelse for kjeveortopedisk behandling, innslagspunkt 8, er i dag en godkjent egenandel som kan telles med på egenandelstak 2. Dette er en egenandel som kun kan utløses en gang per person, og utgjør dermed en begrenset utgift for den enkelte. Ingen personer vil kunne få frikort egenandelstak 2 kun på bakgrunn av egenandeler betalt under innslagspunkt 8 ettersom dette er den eneste godkjente egenandelen innenfor dette området. Brukere som samtidig betaler egenandeler for annen

behandling omfattet av egenandelstak 2 vil imidlertid kunne bli få økte egenander som en konsekvens av forslaget.

Egenandelen for forundersøkelse kjeveortopedisk behandling er fastsatt til 405 kroner. I tillegg varierer egenandelen på røntgen fra 125-225 kroner. Dette innebærer at brukere vil kunne avkreves opptil 630 kroner i egenandel for forundersøkelsen. I 2015 var det 1538 personer som både betalte egenandel for forundersøkelse til kjeveortopedisk behandling og for fysioterapi (betalt selv + sykdomslisten). Av disse er 1328 brukere under 16 år. 255 brukere er over 16 år.

Det er foreslått å fritta barn under 16 år for egenandeler under egenandelstak 2, jf. kapittel 4.2. Barn under 16 år vil da ikke betale egenandeler for andre tjenester under egenandelstak 2, og ettersom 630 kroner ikke er nok til å nå taket vil det ikke bety noe for disse at denne egenandelen ikke inngår i taket. Av de 255 brukerne over 16 år betalte 62 stk. egenandeler over egenandelstak 2. For denne gruppen vil dette tiltaket isolert sett gi økte utgiftene sammenlignet med tidligere. Utgifter til forundersøkelsen dekkes imidlertid kun en gang, så de samme personene vil ikke erfare denne økningen mer enn en gang i livet. Videre må også dette tiltaket ses i sammenheng med de øvrige foreslåtte endringer, herunder endringer i nivået på egenandelstak 2. Avhengig av hvor mye taket justeres ned, vil også denne gruppen kunne få enten lavere utgifter eller en mer beskjeden økning i utgiftene. Forslaget må derfor ses på som en teknisk endring i regelverket for ikke å gi utvidede rettigheter som følge av innføringen av en automatisk frikortordning.

## 6 Forslag til forskriftsbestemmelser

Det foreslås å fastsette følgende endringsforskrifter:

### I

**Forskrift om endring av forskrift om behandling av helseopplysninger i Egenandelsregisteret (egenandelsregisterforskriften), fastsatt med hjemmel i pasientjournalloven § 11 tredje ledd og § 14 andre ledd og i helsepersonelloven § 37 (endring i kursiv):**

§ 4 annet ledd skal lyde:

Helsedirektoratet kan inngå avtale med en databehandler om behandling av opplysningene, jf. *personopplysningsloven § 15*.

§ 7 første ledd skal lyde:

Apotek, behandlere, helseforetak og andre tjenesteytere og virksomheter som kan innkreve egenandeler som inngår i egenandelstak 1 og egenandelstak 2, skal, uten hinder av taushetsplikt, sende inn opplysninger som nevnt i § 5 første ledd til Helsedirektoratet. *Opplysningene skal sendes elektronisk over linje i det format Helsedirektoratet fastsetter.* Merknad om at en egenandel er en utestående fordring kan bare sendes inn dersom innsender har etablert et system for innsending av ny melding når egenandelen er betalt.

§7 tredje ledd skal lyde:

Dersom den registrerte har reservert seg i medhold av § 6 skal det ikke skje noen automatisk registrering av opplysninger om betalte egenandeler etter innrapportering av opplysninger etter første og andre ledd.

Ny § 7a skal lyde:

*§7a Unntak fra kravet om elektronisk innsending av*

*Det gjøres unntak fra kravet om elektronisk innsending over linje, jf. § 7 første ledd for:*

- 1. Fysioterapeuter født før 1. januar 1952.*
- 2. Psykologer født før 1. juli 1950 som, etter søknad til regionalt til helseforetak, har fått fritak fra kravet om å være tilknyttet Norsk Helsenett.*
- 3. Psykologer med driftsavtale, der avtalen er mindre enn 50 prosent.*
- 4. Leger omfattet av unntakene i forskrift om unntak fra om innsending av krav om direkte økonomisk oppgjør elektronisk over linje § 1.*
- 5. Behandlere og tjenesteytere som fremsetter refusjonskrav som samlet ikke overstiger 20 000 kroner i gjennomsnitt per måned.*

*Unntaket i første ledd nr. 1-3 og 5 gjelder ikke for behandlere og tjenesteytere som allerede sender opplysninger elektronisk over linje i det forskriften trer i kraft.*

*I de tilfeller hvor behandleren eller tjenesteyteren sin praksis endres slik at vedkommende likevel omfattes av kravet til elektronisk innsending over linje, skal behandler og tjenesteytere på eget initiativ innrette seg etter pålegget i § 7 første ledd.*

§ 10 annet ledd skal lyde:

Dersom innsendingen av opplysningene er mangelfull, jf. § 7 eller fristen etter § 8 overskrides, skal avsenderen varsles, *jf. pasientjournalloven § 14 tredje ledd.*

§ 11 Utlevering av opplysninger fra Egenandelsregisteret skal lyde:

Helsedirektoratet kan med mindre den registrerte har reservert seg, jf. § 6, uten hinder av taushetsplikten utlevere opplysninger om en bruker skal betale egenandel. Opplysningene kan utleveres til andre som gir helsehjelp eller andre tjenester til pasienten som folketrygden er stønadspliktig for. Videre kan opplysningene utleveres til Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS og helseforetakene i forbindelse med oppgjør for syketransport og i forbindelse med oppgjør for behandlingsreiser til utlandet. *Opplysninger kan også leveres ut til rehabiliteringsinstitusjoner og opptreningsinstitusjoner som utløser egenandeler omfattet av egenandelstak 2.*

*Opplysninger etter første ledd kan kun utleveres til behandlere og tjenesteytere som tilbyr tjenester omfattet av det aktuelle egenandelstaket.*

§ 12 Taushetsplikt skal lyde:

Enhver som behandler helseopplysninger etter denne forskriften, har taushetsplikt etter *pasientjournalloven § 15.*

§ 13 førsteledd skal lyde:

Helsedirektoratet skal gjennom planlagte og systematiske tiltak sørge for god informasjonssikkerhet med hensyn til konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet ved behandling av helseopplysninger etter forskriften, *jf. pasientjournalloven § 22.*

§ 14 første ledd skal lyde:

Helsedirektoratet skal etablere internkontroll i samsvar med *pasientjournalloven § 23.* De systematiske tiltakene skal tilpasses virksomhetens art, aktiviteter og størrelse i det omfang det er nødvendig for å etterleve kravene i og i medhold av helseregisterloven. Det skal legges særlig vekt på kravene i *pasientjournalloven § 22.*

§ 15 første ledd nr. 3 og 4 skal lyde:

3. oversikt over de krav i og i medhold av *pasientjournalloven* som gjelder for virksomheten,
4. rutiner virksomheten følger for å sikre overholdelse av kravene, herunder rutiner for:
  - oppfyllelse av krav om at personidentifiserbare opplysninger bare behandles når dette er nødvendig for å fremme formålet med registeret, og er i tråd med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt

- oppfyllelse av begjæring om informasjon og innsyn, jf. *pasientjournalloven § 18*
- hvordan virksomheten oppfyller bestemmelsen om utlevering av opplysninger fra registeret, jf. § 11.

§ 16 Lagring og sletting av opplysninger skal lyde:

Opplysninger i registeret skal ikke lagres lenger enn det som er nødvendig for å gjennomføre formålet med behandlingen av opplysningene. Hvis ikke opplysningene deretter må oppbevares i henhold til arkivloven, folketrygdloven eller annen lovgivning, skal de slettes, jf. *pasientjournalloven § 25*.

§ 17 første ledd skal lyde:

Den som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer *pasientjournalloven § 16 om forbud mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger*, straffes med bøter eller fengsel inntil tre måneder.

**Forskrift om endring av forskrift om utlevering av frikort og refusjon av betalte egenandeler uten at det er satt fram krav (endring i kursiv).**

§ 1 første ledd skal lyde:

Forskriften regulerer automatisk utlevering av frikort til personer som har nådd egenandelstak 1, *egenandelstak 2* og refusjon av betalte egenandeler, uten at rettighetshaver har satt fram krav, jf. folketrygdloven § 22-13 første ledd og egenandelsregisterforskriften.

§ 2 skal lyde:

**Utlevering av frikort - egenandelstak 1 og egenandelstak 2**

Helsedirektoratet, eller det organ Helsedirektoratet bestemmer, kan fatte vedtak om utstedelse av frikort til personer som har nådd egenandelstak 1 og *egenandelstak 2*, som fastsettes av Stortinget. Vedtak kan fattes, og frikort kan utstedes automatisk, uten at rettighetshaver har satt fram krav om det.

§ 3 skal lyde:

**Refusjon av betalte egenandeler ut over egenandelstakene**

Helsedirektoratet, eller det organ Helsedirektoratet bestemmer, kan fatte vedtak om å refundere betalte egenandeler utover egenandelstaket. Vedtak kan fattes, og aktuelt beløp kan refunderes, uten at rettighetshaver har satt fram krav om det.

Forskriftene trer i kraft 1. januar 2017