

HØYRING

**Framlegg til forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp
i spesialisthelsetenesta**

Høyringsfrist: 01.10.2016

1	Innleiing.....	4
2	Bakgrunn for forskriftframlegget	4
2.1	Historisk bakgrunn.....	4
2.2	Utfordringar med regelverket i dag.....	5
2.2.1	Komplisert og samansatt regelverk	5
2.2.2	Praksis i dag	5
2.2.3	Utenleg dobbeltregulering.....	6
3	Trongen for revisjon av poliklinikkforskrifta.....	6
3.1	Trongen for førehandsvise.....	6
3.2	Trongen for enklare språk	7
3.3	Trongen for ei enklare rettsleg regulering	7
3.4	Nokre avgrensingar	7
4	Berande omsyn attom reglane om betaling frå pasientar	8
5	Gjeldande rett og praksis	8
5.1	Innleiing	8
5.2	Grunnvilkår for godtgjersle og eigenbetaling	9
5.3	Betaling frå pasientane etter forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp	9
5.3.1	Innleiing	9
5.3.2	Eigendelar.....	9
5.3.3	Pasientbetaling	10
5.3.4	Helsehjelp det ikkje skal betalast for og kor stor betalinga skal vere	10
5.4	Fråværsgebyr.....	11
5.5	Godtgjersle for utgifter til poliklinisk helsehjelp (refusjon til behandlingsstaden) 11	
5.6	Godkjenningsordning for psykiatriske poliklinikkar og psykiatriske ungdomsteam 12	
6	Vurderingar og framlegg frå departementet	13
6.1	Oppdeling av regelverket.....	13
6.2	Språk og omgrepsbruk	13
6.3	Kva ytingar kan ein krevje betaling for?.....	14
6.3.1	Forskrifta er uttømande	14
6.3.2	Eigendel.....	14

6.3.3	Pasientbetaling	16
6.3.4	Samverknaden mellom reglane om eigendel og reglane om pasientbetaling	17
6.4	Gebyr når pasienten ikkje møter	18
6.5	Kva pasientar ein kan krevje betaling frå?	19
6.6	Kva for helsetenesteleverandørar kan krevje betaling etter forskrifta?	20
6.6.1	Verkeområdet for forskrifta set rammene for kven som kan krevje betaling	20
6.6.2	Avvikling av godkjenningsordninga i poliklinikkforskrifta.....	21
7	Endringar i poliklinikkforskrifta.....	23
7.1	Bruksområdet for forskrifta	23
7.2	Føresegner om betaling frå pasientar	24
7.3	Føresegn om ålmennfarlege smittsame sjukdomar	24
7.4	Føresegner om godkjenningsordning, herunder vilkåret om fagstilling	24
7.5	Andre føresegner.....	25
8	Endringar i andre forskrifter	25
8.1	Eigendelstak 1- forskrifta.....	25
8.2	Forskrift om pasientjournal og forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøking og behandling hos lege.....	25
9	Administrative og økonomiske følger	26
10	Framlegg til forskrift	27

1 Innleiing

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette på høyring eit framlegg om ny *forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta*. Bakgrunnen for framlegget frå departementet er fyrst og fremst at regelverket i dag er vanskeleg å forstå for pasientane. Det gjer det vanskeleg for pasientane å skjønne kva rettsleg stilling dei har – når skal pasienten betale og kor mykje skal pasienten betale. Dagens *forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak (forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp)* rettar seg til dels mot pasientar og til dels mot behandlingsstader (profesjonelle aktørar), dvs. forskrifta rettar seg mot fleire aktørar som har ulike føresetnader for å setje seg inn i og forstå reglane. På den bakgrunn har særleg omsynet til pasientane vore sentralt i utforminga av framlegget frå departementet.

Framlegget frå departementet til ny forskrift skal betre varetake det pasientane treng av førehandsvisse, samstundes som regelverket vert enklare og inneber ei avbyråkratisering. Flest alle framlegga som vert fremja i dette høyringsnotatet, er ei vidareføring av gjeldande rett og får dermed ikkje økonomiske følger. Ei avvikling av eksisterande godkjenningsordning for psykiatriske poliklinikkar og psykiatriske ungdomsteam gjev ei forenkling av regelverket og inneber på sikt nokre innsparingar for tenesta og forvaltninga.

Departementet gjer i dette høyringsnotatet framlegg om at alle føresegner om eigendel og pasientbetaling for poliklinisk helsehjelp som i dag er regulerte i *forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp* (heretter kalla *poliklinikkforskrifta*), vert fastsett i ei eiga ny forskrift. Reglane for godtgjersle for utgifter til poliklinisk helsehjelp (refusjon til den som har ytt poliklinisk helsehjelp) vert ståande att i poliklinikkforskrifta. Departementet gjer vidare framlegg om at det poliklinikkforskrifta regulerer om godkjenningsordning for psykiatriske poliklinikkar og psykiatriske ungdomsteam, vert avvikla. Dette framlegget må likevel vurderast saman med om godtgjersle av poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling kjem med i ISF-ordninga frå 1. januar 2017. Dessutan gjer departementet framlegg om ei endring i *forskrift om egenandelstak 1, forskrift om dekning av utgifter til lege og pasientjournalforskrifta*, slik at det vert betre samanheng i regelverket. Sist har departementet gjort framlegg om materielle endringar i føresegna om gebyr for pasientar som ikkje møter til avtala poliklinisk time.

2 Bakgrunn for forskriftframlegget

2.1 Historisk bakgrunn

Fram til 1986 vart honorartakstane for poliklinikkane ved sjukehusa fastsette etter tingingar mellom staten, Norske Kommuners Sentralforbund og Legeforeininga. Det vart nytta eit sams taksthefte for privatpraktiserande legar og for poliklinikkane ved sjukehusa. Staten fastsette refusjonstakstane i forskrifter med heimel i folketrygdlova § 2-5 nr. 1. Dei

eigendelane som det var sett føre at pasienten skulle betale, vart bestemte som differansen mellom avtala honorartakst og fastsett refusjonstakst.

I *St.prp. nr. 1 (1986–87)* gjorde departementet framlegg om at staten skulle fastsetje refusjonstakstane for poliklinikkane ved sjukehusa utan tingingar på førehand. For å skape heimel for fastsetjing av eigendelar gjorde departementet i *Ot.prp.nr.32 (1986–1987) Om lov om endring i lov av 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd og andre lover. (Om medisinske laboratorier og røntgeninstitut)* framlegg om ein ny siste led i sjukehuslova § 12 og i lov om psykisk helsevern § 16. Dei nye ledane i sjukehuslova § 12 og i lov om psykisk helsevern § 16 vart framlagde for at departementet i forskrift skulle kunne avgjere kva pasientane skulle betale for poliklinisk behandling ved institusjon som gjekk inn under sjukehuslova og lov om psykisk helsevern. På denne måten fekk departementet heimel for å fastsetje eigendelar.

Ved vedtakinga av spesialisthelsetenestelova vart føresegnene om forskriftheimel i sjukehuslova § 12 og lov om psykisk helsevern § 16 vidareførde i spesialisthelsetenestelova § 5-5.

2.2 Utfordringar med regelverket i dag

2.2.1 Komplisert og samansatt regelverk

Gjeldande forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp er samansett og inneheld både reglar om betaling frå pasientar og reglar om godtgjersle til helsetenesteleverandørane. Forskrifta har føresegner som gjeld både betaling frå pasientar og høvet tenestetilbydarane har til å krevje godtgjersle (refusjon) frå Helfo, og rettar seg derfor både til pasientar og profesjonelle aktørar. Reglane om betaling frå pasientar er vanskeleg tilgjengelege, og det kan ymse kva føresetnader aktørane har for å finne fram til relevante kjelder og forstå desse kjeldene. I tillegg til dette kjem det at setningsoppbygging og språkbruk er med og gjer meiningsinnhaldet i føresegnene uklårt.

For pasienten kan regelverket vere vanskeleg å forstå. Aktuelle spørsmål for pasientane er: Når ligg det føre betalingsplikt? Kor mykje skal eg betale? Kva for nokon av betalingane mine går inn i eigendelstaket?

2.2.2 Praksis i dag

Nokre av føresegnene i poliklinikkforskrifta burde vore oppheva før, i det føresegnene ikkje lenger er relevante. Dette gjeld til dømes poliklinikkforskrifta § 8 som i dag seier at somme klagesaker kan høyre inn under det saklege myndigheitsområdet til Trygderetten og dermed skal handsamast av lov om anke til Trygderetten (*trygderettslova*). I dag er det *Helfo kontroll* som gjer vedtak om tilbakekrevjing av godtgjersle (refusjon). Klage på desse vedtaka vert handsama av *Helfo klage* (klageorganet). Frå 1. januar 2017 skal eventuelle klager på tilbakekrevjing handsamast av *Helseklage* i Bergen.

Somme av dagens føresegner vert tilsynelatande ikkje praktiserte slik ei naturleg tolking av ordlyden i forskriftføresegnene skulle tilseie. Når det gjeld føresegnene i

poliklinikkforskrifta om godkjenning, utbetaler Helfo godtgjersle til psykiatriske poliklinikkar og psykiatriske ungdomsteam utan at det vert ført kontroll med om verksemda har offentleg godkjenning eller ikkje. Fylkesmennene rapporterer i svært varierende grad til Helfo om godkjende verksemdar, og Helfo har følgeleg heller inga fullstendig og oppdatert oversikt over alle godkjende verksemdar. Føresegnene i poliklinikkforskrifta om godkjenning har dermed i praksis ikkje noko å seie for om tenesta kan få godtgjersle etter forskrifta.

2.2.3 Utenleg dobbeltregulering

Eit døme på utenleg dobbeltregulering er at det i regelverket er fleire føresegner om betaling frå pasienten for utskrift frå pasientjournal. Føresegner om slik betaling finst til dømes i *forskrift om pasientjournal*, *poliklinikkforskrifta* og *forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege*. Føresegnene i *poliklinikkforskrifta* og *forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege* set opp ulike beløp som betaling for same tenesta.

Eit anna døme er korleis poliklinikkforskrifta og *forskrift om egenandelstak 1* er meinte å verke saman. I *forskrift om egenandeltak 1* § 2 fyrste leden bokstav f) går det fram at forskrifta gjeld for godkjende eigendelar for:

«polikliniske konsultasjonar utført av tannlege, jordmor, sykepleier eller audiograf ved helseinstitusjonar regulert av forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlege helseinstitusjonar, ved helseinstitusjonar som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak, av annet fagpersonell med rett til å kreve godkjent egenandel etter samme forskrift, og ved godkjente fritt behandlingsvalg-leverandørar.»

Eigendeltak 1-forskrifta § 2 bokstav f) speglar til dels innhaldet i føresegna om godkjend eigendel i poliklinikkforskrifta. Endring av denne personellkrinsen set føre endring i båd forskriftene. Det er dermed risiko for at det ved framtidige endringar kan oppstå utilsikta skilnader mellom dei to forskriftene. Dette tilseier at utforminga av føresegnene bør sjåast i samanheng.

3 Trongen for revisjon av poliklinikkforskrifta

3.1 Trongen for førehandsvisse

Klår og tydeleg utforming av regelverket skal vere med og gje førehandsvisse. Det går fram av spesialisthelsetenestelova § 5-5 at departementet i forskrift kan påleggje pasienten å betale for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta. Slik føresegna er utforma, er det nokre prinsipp som pasientane og tenesteytarane skal leggje til grunn. Eitt sentralt prinsipp er at forskrifta seier positivt og uttømande ifrå om når ein kan krevje pasientbetaling frå pasienten. At poliklinikkforskrifta er uttømande, inneber at pasienten berre kan krevjast for pasientbetaling for helsehjelp når dette er sagt i forskrifta.

Ny forskrift bør utformast på ein klår og tydeleg måte slik at det ikkje er tvil om at forskrifta uttømande seier kva ytingar ein kan krevje betaling frå pasienten for og kor mykje, når pasienten får poliklinisk helsehjelp.

3.2 Trongen for enklare språk

Det er ynskjeleg av omsynet til pasienten at regelverk som pålegg pasienten, eventuelt frittek pasienten frå, ei betalingsplikt, er klårt og forståeleg for pasienten. For pasienten er dei sentrale spørsmåla enkle: Når skal eg betale og kor mykje skal eg betale? Føresegnene bør kunne lesast og forståast utan at pasienten har førehandskunne om korleis helsetenesta er organisert og finansiert. Vidare bør føresegnene i større mon utformast utan unaudsynleg bruk av tekniske omgrep.

I regelverksutforminga må ein ta omsyn til omgrepsapparatet som er nytta og innarbeidd i anna regelverk. Det er derfor relevant at ein i vurderinga av omgrepsbruken i den nye forskrifta ser på den omgrepsbruken som er nytta i heimelsføresegnene i forskrifta. Det kan òg vere relevant å sjå kva omgrepsapparat som er nytta i andre forskrifter som gjeld betaling frå pasientar. Dette for å leggje vinn på ein konsekvent omgrepsbruk i regelverket på helserettsområdet.

3.3 Trongen for ei enklare rettsleg regulering

Poliklinikkforskrifta har i praksis vore krevjande å administrere. Departementet er kjent med at forskrifta er vanskeleg å forstå og nytte for så vel pasientar som for offentlege og private helsetenesteytarar. Fordi forskrifta regulerer rett til å ta betalt og plikt til å betale, kan tolkingsvanskane ha mykje å seie økonomisk.

Det er fleire årsaker til at forskrifta er vanskeleg å bruke. Ho har ei teknisk vanskeleg oppbygging, med rett- og pliktreglar rette mot pasient, helseinstitusjon, staten, til dels særskilt detaljerte oppgjersregler mellom helseinstitusjonar og stat, og godkjenningsordningar. Det er ikkje tydeleg kven den einskilde føresegna rettar seg mot. Dette heng saman med at forskrifta ikkje skil mellom føresegner om betaling frå pasientar, og føresegner om godtgjersle. Føresegnene inneheld eigne omgrep som ikkje er nærmare definerte – korkje i forskrifta sjølv eller i heimelslovene. Forskrifta må førast i samsvar med vegleiaren om lov- og forskriftarbeid «Lovteknikk og lovforberedelse». I dag er det ein utbreidd bruk av merknader, til dels med materielt innhald som ikkje kjem klårt fram av føresegnene i forskrifta.

3.4 Nokre avgrensingar

Dette høyringsnotatet gjeld i hovudsak dei føresegner i gjeldande poliklinikkforskrift som rettar seg mot pasienten. Høyringsnotatet gjeld ikkje pasientar si betaling etter anna regelverk gjeve med same heimel. Framlegga i dette høyringsnotatet vil til dømes ikkje påverke høvet fastlegane, avtalespesialistane eller dei private laboratorie- og røntgenverksemdene har til å krevje betaling frå pasientar.

Vidare gjeld framlegga i dette høyringsnotatet fyrst og fremst føresegnene om betaling frå pasientar av godkjend eigendel og pasientbetaling. Fordi føresegnene i poliklinikkforskrifta om godtgjersle av utgifter til poliklinisk helsehjelp (refusjon) i dag er tett samanvovne med føresegnene om betaling frå pasientar, kan framlegga i dette høyringsnotatet påverke strukturen i føresegnene om godtgjersle til behandlingsstadene (refusjon). I hovudsak vil føresegnene om godtgjersle likevel stå uendra. I høyringsnotatet er det òg framlegg om avviking av det poliklinikkforskrifta seier om godkjenningssordning av poliklinikkar innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling mot rusmiddelavhengnad og psykiatriske ungdomsteam.

4 Berande omsyn attom reglane om betaling frå pasientar

Tradisjonelt er reglane om betaling frå pasientar for helsehjelp grunngeve i to hovudomsyn. I St.prp. nr. 1 (2006–2007) heiter det:

«Kostnadene ved helse- og omsorgstjenester dekkes i hovedsak av det offentlige. Hovedbegrunnelsen for egenbetaling innen sektoren har vært å redusere veksten i de offentlige utgiftene og frigjøre ressurser til en videre utbygging på særlig prioriterte områder. En annen begrunnelse er at egenbetaling vil bidra til å dempe etterspørselen fra personer med mindre problemer, slik at personer med større behov lettere kan få sine behov dekket.»

Betaling frå pasientar for helsehjelp er ei finansieringskjelde for spesialisthelsetenesta. Betalinga frå pasienten er då ei betaling for helsehjelp og vert kravd frå den som nyttar helsetenesta. Elles skjer borgarfinansieringa av offentlege helsetenester gjennom skattar og avgifter. Andre hovudgrunngevinga er at betaling frå pasientar styrer etterspurnaden frå pasientane.

Poliklinikkforskrifta gjer òg fleire unnatak frå plikta til å betale for poliklinisk helsehjelp eller avgrensingar i det beløpet pasienten skal betale. Desse føresegnene inneber at pasienten vert skjerma for utgifter. Den heilt sentrale skjermingsordninga er frikortordninga, jf. *forskrift om egenandelstak 1*.

5 Gjeldande rett og praksis

5.1 Innleiing

Spesialisthelsetenestelova § 5-5 fyrste leden nr. 1 gjev departementet høve til å påleggje pasientane å betale for poliklinisk behandling i spesialisthelsetenesta, og å fritta for betaling ved forseinka behandling. § 5-5 fyrste leden nr. 2 gjev departementet høve til å påleggje pasientar å betale for avtala poliklinisk time som ikkje vert nytta. Det er gjeve føresegner om slike betalingar i *forskrift 9. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak (forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp eller poliklinikkforskrifta)*.

Forskrifta inneheld òg føresegner om høvet behandlingsstaden har til å krevje godtgjersle frå Helfo av utgifter til helsehjelp (refusjon) som vert utført poliklinisk. Dette finansieringsregelverket er ikkje heimla i lov.

5.2 Grunnvilkår for godtgjersle og eigenbetaling

For at verksemda kan krevje godtgjersle frå Helfo og for at pasienten skal betale eigendel, skal pasienten normalt vere tilvist frå «lege, kiropraktor, manuellterapeut, tannlege eller psykolog utenfor vedkommende sykehus», «optiker til øyenlegespesialist/øyeavdeling utenfor vedkommende sykehus», jf. § 2 fyrste leden. Vidare kan pasientar vere tilviste til «poliklinisk tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet fra kommunal helse- og omsorgstjeneste eller sosialtjeneste», jf. same føresegna fyrste leden. Barnevernet eller kommunen i arbeids- og velferdsforvaltninga kan vise til psykisk helsevern for barn og unge, jf. Merknad P20.

Hovudregelen om at tilvising frå ei av desse personellgruppene er eit vilkår for godtgjersle og eigendel, gjeld mellom anna ikkje når pasienten på eiga hand har oppsøkt akuttfunksjonen ved sjukehuset for snarleg hjelp, og det er naudsynt å undersøkje eller behandle pasienten, jf. § 2 andre leden. Unntak gjeld òg der det ved undersøking gjord ved poliklinikk i éin hovudspesialitet ved verksemda, viser seg at pasienten har sjukdom av anna art som krev full undersøking ved poliklinikk i ein annan hovudspesialitet utan samanheng med utgreiing eller behandling for den opphavlege sjukdomstilstanden.

5.3 Betaling frå pasientane etter forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp

5.3.1 Innleiing

Forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp inneheld to slag føresegner om betaling frå pasient – «egenandeler» og «pasientbetaling», jf. kapittel 2.1. og 2.2 i forskrifta. Eigendel er betaling for helsehjelp, som går inn i grunnlaget for opptening av frikort.

Pasientbetaling er ei gruppenemning for anna type betaling, som ikkje går inn i frikortgrunnlaget. Saman utgjer desse betalingstypene den einaste betalinga pasientar kan krevjast for når dei får poliklinisk helsehjelp finansiert av staten.

5.3.2 Eigendelar

For at eigendel 201b skal kunne krevjast, lyt helsehjelpa utførast av nærare regulert personell, jamfør kapittel 2.1 takst 201b:

Takstnummer		Egenandel
201b	Undersøkelse, behandling eller kontroll utført av relevant legespesialist, psykologspesialist eller tannlegespesialist, eller som utføres av leger, psykologer og tannleger uten eller under spesialisering, spesialist i	kr 320

	allmenntmedisin, sykepleiere, jordmødre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer og audiografer, og personell i godkjent fagstilling i voksenpsykiatrisk poliklinikk og ruspoliklinikk.	
202	Radiologisk undersøkelse og ultralydundersøkelse ved billeddannende spesialavdeling, samt nukleærmedisinske billedundersøkelser.	kr 227

Betalingsplikta for pasienten fell bort dersom helsehjelpa er forseinka med meir enn éin time etter avtala tid, og pasienten ikkje har fått varsel om forseinkinga før oppmøte.

Pasient som har nådd eigendelstaket fastsett av Stortinget, er fritaken for betaling av eigendel ut kalenderåret. Dette er regulert i forskrift 18. april 1997 nr. 334 om egenandelstak 1.

Ved somme slag helsehjelp skal eigendelen dekkast av staten, jf. § 4. Dette gjeld til dømes ved psykiatrisk behandling av born og ungdom under 18 år, ved behandling av born under 16 år, og ved oppsøkjande behandling av rusmiddelavhengige, jamfør § 4 nr. 5, 6 og 8.

Helfo kan kontrollere om behandlinga er utført av behandlarar som innehar dei fagstillingane som kan utløyse krav om refusjon for behandlingsstaden. Slike kontrollar lyt utførast manuelt.

5.3.3 Pasientbetaling

Pasientbetaling vert regulert i poliklinikkforskrifta kapittel 2.2. Kapitlet om pasientbetaling omfattar gebyr ved vantande oppmøte (takst 201c), avgift ved utskrift av journal og kopi av røntgenbilete (takst 203), utgifter til bandasjemateriell og bedøvingsmiddel (takst 204a og 204b), og pasientbetaling ved særskilde behandlingstilbod, herunder sterilisering av menn, sterilisering av kvinner utan medisinsk indikasjon, per forsøk assistert befrukting (inntil tre forsøk), og kirurgisk innsetjing av implantat der marginal periodontitt er hovudårsak til tanntap (fyrste innsetjing og per tilleggsimplantat).

5.3.4 Helsehjelp det ikkje skal betalast for og kor stor betalinga skal vere

Med heimel i spesialisthelsetenestelova § 5-5 er det gjeve føresegner om kva slag poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta det *kan* krevjast betaling for. Spesialisthelsetenestelova § 5-5 fyrste leden nr. 1 gjev ikkje heimel til i forskrift å påleggje pasientar å betale for helsehjelp som vert gjeven ved innlegging. Dette er nærmare utdjupa i poliklinikkforskrifta kapittel 3. I forskriftene er det positivt opprekna kva slag helsehjelp det kan krevjast betaling for. Forskriftene nemner òg nokre slag helsehjelp som pasienten ikkje skal betale for (negativ avgrensing), jf. § 4.

Kor mykje pasienten skal betale, er fastsett i forskrifta. Pasienten skal betale beløpet som er gjeldande når pasienten får behandling, jf. poliklinikkforskrifta § 3 nr. 1 andre og tredje punktum.

5.4 Fråværsgebyr

Spesialisthelsetenestelova § 5-5 fyrste leden nr. 2 gjev departementet høve til å påleggje pasientar å betale for avtala poliklinisk time som ikkje vert nytta. Det er gjeve føresegner om slike betalningar i poliklinikkforskrifta.

Pasient som ikkje møter utan varsel eller som melder avbod seinare enn 24 timar før avtala tid, kan krevjast for 640 kr (per 1. januar 2016) i fråværsgebyr. Pasienten skal på førehand vere informert om at gebyret kan krevjast. Gebyret er ikkje godkjend eigendel, og kan krevjast av alle pasientar, òg av pasientar som er fritekne frå betaling av godkjend eigendel, jf. forskrift 18. april 1997 nr. 334 om egenandelstak 1 § 4.

Når pasientar ikkje møter til avtala time, får ikkje verksemdene utnytta ressursane sine på effektivt vis. Gebyr ved fråvær frå avtala time er eit påtrykk for at pasienten skal halde avtala si.

Med verknad frå 1. januar 2015 vart fråværsgebyret auka frå eit beløp tilsvarande eigendelstakst 201b (320 kroner) til det dobbelte av eigendelstaksten (640 kroner). I framlegg til statsbudsjett vart det varsla at ein skulle utvise skjøn mot pasientar med rus- og psykiske lidingar. Dette vart spesifisert i oppdragsdokumenta til dei regionale helseføretaka for 2015.

5.5 Godtgjersle for utgifter til poliklinisk helsehjelp (refusjon til behandlingsstaden)

Reglar om godtgjersle for utgifter til poliklinisk helsehjelp (refusjon) finst i *poliklinikkforskrifta* – grovt sett i kapittel 3 (Generelle merknader) og 4 (Refusjonstakster) i gjeldande forskrift. Nokre føresegner i kapittel 3 og 4 inneheld likevel òg føresegner om pasientbetaling og eigendel. Merknad B23d og merknad P16 er døme på føresegner som òg har føresegner om eigendel, endå føresegnene er systematisk plasserte i kapittel 4 om refusjonstakstar. Det skal presiserast at føresegnene i poliklinikkforskrifta om godtgjersle av utgifter til behandling (refusjon) dreier seg om refusjon frå staten til dei regionale helseføretaka – ikkje refusjon av eigendelar til pasientane (m.a. frikortordninga).

Det går fram av fulltittelen på poliklinikkforskrifta at forskrifta gjeld godtgjersle av utgifter til helsehjelp som vert utført poliklinisk «ved statlige helseinstitusjoner» og «ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak». Desse helsetenesteleverandørane er subjekt som etter ordlyden i forskrifta kan krevje godtgjersle for behandling (refusjon). I praksis er det fleire verksemdar enn dei nemnde som fremjar krav om og som får godtgjersle (refusjon) etter forskrifta, herunder m.a. private helsetenesteleverandørar som leverer helsetenester etter avtale med regionalt helseføretak. Private helsetenesteleverandørar som yter poliklinisk helsehjelp til fullbetalande kundar eller pasientar i ein kommersiell marknad (dvs. helsehjelp som ikkje vert finansiert av

staten, regionale helseføretak eller helseføretak), kan derimot ikkje krevje godtgjersle etter forskrifta.

Poliklinikkforskrifta har føresegner som seier kor mykje ein kan krevje i godtgjersle for behandling. Det inneber at ein ikkje kan krevje meir enn det forskrifta seier. Tvist om utrekning av kor stor godtgjersla skal vere, vert handsama etter § 8 i poliklinikkforskrifta.

I praksis fremjar tenesteytarane krav om godtgjersle (refusjonskrav) til Helfo. Helfo vurderer krav og gjer utbetalingsvedtak. Utbetalingsvedtaket gjev informasjon om det er nokon av rekningane tenesteytar har sendt til Helfo, som er avvist på grunn av feil. Rekningar med feil må tenesteytaren rette og sende inn på nytt så raskt som råd er.

5.6 Godkjenningssordning for psykiatriske poliklinikkar og psykiatriske ungdomsteam

Det følger av spesialisthelsetenestelova § 4-1 at departementet i forskrift kan krevje godkjenning av helseinstitusjonar og helsetenester. Det går fram av kapittel 4 i poliklinikkforskrifta at for å krevje inn takstar etter forskrifta skal psykiatrisk poliklinikk og psykiatrisk ungdomsteam vere fagleg godkjende av fylkesmannen, jf. poliklinikkforskrifta merknadene P9 og P19. Helsedirektoratet er klageinstans i desse godkjenningssakene. «Egnede lokaler» og «tilfredsstillende bemanning» er vilkår for godkjenning. Grunnbemanninga i den vaksenpsykiatriske poliklinikken lyt «minst utgjøre 4 fagstillingar med bl.a. lege som er spesialist i psykiatri, psykolog og sykepleier». Grunnbemanninga i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk skal etter forskrifta vere minst 4 fagstillingar «med lege som er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, spesialist i klinisk psykologi med fordypningsområde klinisk barne- og ungdomspsykologi, sosionom med klinisk vidareutdanning i barne- og ungdomspsykiatri og klinisk pedagog med vidareutdanning i barne- og ungdomspsykiatri». For psykiatrisk ungdomsteam vert det kravt «en minimumsbemanning på 4 fagpersoner for at et ungdomsteam skal kunne godkjennes som selvstendig team, deriblant lege som er spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri, psykolog og sosionom».

Forskrifta stiller opp eit skilje mellom dagavdeling og psykiatrisk poliklinikk, og i praksis har det vist seg å vere vanskeleg å dra grensa mellom dagavdeling og psykiatrisk poliklinikk. Dette skilet har sitt å seie økonomisk. Psykiatriske dagavdelingar vert finansierte på same måten som psykiatriske døgnavdelingar – det vil seie over det generelle rammetilskotet til eigar. Psykiatriske poliklinikkar derimot får tilleggsfinansiering i form av refusjonsinntekter.

Fylkesmennene rapporterer i ulik grad oversikt over offentleg godkjende einingar til Helfo, og Helfo har inga fullstendig og oppdatert oversikt over desse einingane. I praksis har det ikkje vore avgjerande for utbetalinga av refusjonar om den psykiatriske poliklinikken eller det psykiatriske ungdomsteamet er godkjent av fylkesmannen. Det vert ikkje gjort automatiske kontrollar av om den tenesteleverandøren som har fremja krav om godtgjersle (refusjon), har vore godkjend av fylkesmannen eller ikkje. Helfo kan gjennomføre manuelle kontrollar.

6 Vurderingar og framlegg frå departementet

6.1 Oppdeling av regelverket

Departementet gjer framlegg om å skilje ut dei føresegnene som handlar om rettar og plikter for pasientane, og regulere dette i eiga forskrift. Departementet gjer med andre ord framlegg om ei ny forskrift for betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp.

Føresegnene om godtgjersle (refusjon) og oppgjer mellom helsetenesteytarar og stat vert ikkje overførde til den nye forskrifta.

Det ligg til grunn for denne vurderinga at den delen av regelverket som handlar om rettar og plikter for pasientane, bør vere meir tilgjengeleg og forståeleg for pasientane enn det gjeldande regelverket er. I tillegg til dette er det ein målsetnad å tydeleggjere regelverket, herunder å gjere språket enklare. Departementet meiner vidare at ei slik reindyrking dessutan vil gi ein betre forvaltning av denne delen av regelverket, både i helseforvaltninga og i den utøvande helsetenesta.

Nedanfor gjer departementet greie for kva føresegner det vert gjort framlegg om å flytte til ny forskrift og kva føresegner som vert verande i den gamle poliklinikkforskrifta. Vidare gjer departementet nedanfor greie for korleis ein gjer framlegg om at føresegna om rettar og plikter for pasienten skal systematiserast i ny forskrift.

Føresegnene om godtgjersle (refusjon) vert vidareførde i poliklinikkforskrifta. På sikt kan det vere aktuelt å regulere desse føresegnene på ein annan måte, men dette er spørsmål som vert handterte i eigne prosessar. Bakgrunnen for dette er at avgjerder om godtgjersle og takstar må handterast i arbeidet med statsbudsjettet.

6.2 Språk og omgrepsbruk

Departementet har i framlegget til føresegn freista lage ei meir brukarvenleg forskrift. Departementet har lagt vekt på at forskrifta skal kunne lesast og forståast av langt fleire pasientar enn det gjeldande forskrift legg til rette for. Målet er at endringane skal gjere det enklare å forstå kva pasienten skal betale når og kven som kan krevje betaling frå pasienten.

Departementet har vurdert om forskrifta skal ha ei eiga føresegn som definerer korleis omgrepa «pasientbetaling» og «godkjend eigendel» skal forståast i forskrifta. På den eine sida er det viktig å velje ord med klårt og avgrensa meiningsinnhald. Om det er vanskeleg å finne eit fullgodt klårt ord, er det råd å gje eit «presiserande tillegg» i form av ein definisjon. På den andre sida kan bruken av legaldefinisjonar ha negative verknader og komplisere lesinga av forskrifta unaudsynleg. På den bakgrunn bør det liggje føre eit særskilt behov for å klårgjere eller definere dei omgrepa som vert nytta i forskrifta, og at det fyrst og fremst berre er dei grunnleggjande omgrepa som bør få ei slik behandling.

Departementet meiner at «pasientbetaling» og «godkjend eigendel» er grunnleggjande omgrep i forskrifta. Det ligg føre eit særskilt behov for legaldefinisjonar i den nye forskrifta fordi fleire andre forskrifter i helselovgjevinga nyttar likelydande omgrep, men

at det kan ha vakse fram ein særskild praksis til tolkinga av desse omgrepa knytt til desse andre forskriftene. På den bakgrunn kan det vere viktig at det kjem klårt fram at omgrepa som vert nytta i regelverket, er knytte til denne eine forskrifta.

Departementet gjer framlegg om at omgrepa «pasientbetaling» og «godkjend eigendel» vert nytta i den nye forskrifta, jf. framlegg til § 3. Med omgrepet «godkjend eigendel» siktar ein til betaling frå pasient som går inn i eigendelstak 1-ordninga (frikortordninga). Omgrepet «pasientbetaling» er definert i framlegget til § 3 bokstav c. Pasientbetalinga kan til dømes gjelde betaling for særskilt poliklinisk helsehjelp (til dømes assistert befrukting), betaling for materiell og utstyr og betaling for avtala time som ikkje vert nytta, og utskrift av pasientjournal. Slik departementet vurderer det, rekk det at ein berre nyttar desse to omgrepa.

Dette inneber eit framlegg der omgrepa «eigenbetaling» og «honorar» ikkje lenger skal nyttast. Grunngevinga for dette er at det ikkje er naudsynt å halde på desse omgrepa for at ein fullnøyande kan slå fast når pasienten skal betale.

6.3 Kva ytingar kan ein krevje betaling for?

6.3.1 Forskrifta er uttømande

Departementet gjer framlegg om at det uttryklikeleg skal koma fram at forskrifta uttømande seier kva ytingar ein kan krevje at pasienten betaler for ved poliklinisk helsehjelp, jf. framlegg til forskrifta § 1. Dette inneber at den som yter poliklinisk helsehjelp etter forskrifta, ikkje kan krevje betaling – godkjend eigendel eller pasientbetaling – for andre ytingar enn det som går fram av forskrifta. Det er heller ikkje høve for helsetenesteytaren til å krevje meir i betaling frå pasientane enn det som følger av forskrift. Det forskrifta seier om kor stort beløpet kan vere, er bindande. Dette er ei vidareføring av gjeldande rett, jf. til dømes poliklinikkforskrifta merknad E7 tredje leden fjerde punktum. Forskrifta kørkje regulerer eller avgrensar verksemdene sitt høve til å yte tenester som ikkje er offentleg finansiert.

Departementet legg til grunn som eit allment akseptert rettsleg prinsipp at det er betalingsstorleiken som gjeld på behandlingstidspunktet som kan krevjast. Dette går òg fram av gjeldande poliklinikkforskrift § 3 nr. 1 tredje setninga. Departementet ser ikkje trongen for å eksplisitt regulere dette i forskrifta.

6.3.2 Eigendel

6.3.2.1 Poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta

Framlegget frå departementet til § 4 i dette høyringsnotatet er ei vidareføring av gjeldande rett i den forstand at ein kan krevje betaling for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta. Det følger av gjeldande poliklinikkforskrift takstnummer 201b at ein kan krevje takst for «undersøkelse, behandling eller kontroll» – dvs. for «helsehjelp». Omgrepet «poliklinisk helsehjelp» er avgrensa på to vis: Tenesta ein krev betalt for, lyt vere «helsehjelp» slik dette er definert i pasient- og brukerrettighetslova § 1-3 fyrste leden

bokstav c. Dette inneber at behandlingsstaden ikkje kan krevje eigendelar for tenester som ikkje er «helsehjelp». For det andre lyt helsehjelpa vere offentleg finansiert og omfatta av «sørge for»-ansvaret, jf. spesialisthelsetenestelova § 2-1 a. For andre tenester kan behandlingsstaden i utgangspunktet krevje marknadsprisar.

Departementet gjer framlegg om at personellkravet i gjeldande poliklinikkforskrift takstnummer 201b vert vidareført i ny forskrift, jf. framlegg til forskrift § 4.

Departementet vurderer at føresegna om godkjend eigendel bør gjerast noko enklare, og gjer framlegg om at opprekninga av personellgrupper ikkje vert gjord unaudsynleg detaljert. Det er ikkje tenleg at føresegna reknar opp ulike legestillingar når det materielle innhaldet i føresegna er at alle legar skal reknast å oppfylle personellkravet.

Departementet gjer framlegg om at ein i føresegna krev at helsehjelpa skal vere utført av «*legar, psykologar, tannlegar, sjukepleiarar, jordmødrer, fysioterapeutar, ergoterapeutar, kliniske ernæringsfysiologar og audiografar*». Vidare gjer departementet framlegg om at ved vaksenpsykiatrisk poliklinikk og ruspoliklinikk skal dessutan «*sosionomar, pedagogar, vernepleiarar og personell med annen relevant høgskule- og universitetsutdanning*» kunne yte tenester.

Det er ikkje personellkrav knytte til kven som skal yte helsehjelp ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Grunngevinga for at det ikkje er stilt noko personellkrav for å yte slike tenester, er at det ikkje vert kravd nokon eigendel frå denne pasientgruppa.

Departementet vil understreke at ei vidareføring av personellkravet i poliklinikkforskrifta takstnummer 201b ikkje veiker det generelle kravet til fagleg forsvarlegheit.

Departementet legg til grunn at kravet til fagleg forsvarlegheit vert avgjerande for kva personell som kan yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta. Det er fyrst og fremst forsvarlegheitskravet som seier noko om kor langt kompetansen rekk. Kva personell som har kompetanse til å yte helsehjelp, følger av helsepersonellova § 4. Det følger vidare av spesialisthelsetenestelova § 2-2 at helsetenester som vert tilbodne eller ytte i samsvar med spesialisthelsetenestelova, skal vere forsvarlege, og at spesialisthelsetenesta skal leggje tenestene sine til rette slik at personell som utfører tenestene, vert i stand til å overhalde dei lovpålagde pliktene sine. Av denne føresegna følger det at verksemdene skal organiserast i tråd med kravet til fagleg forsvarlegheit og at det dermed berre er personell som har fagleg kompetanse, som skal yte helsehjelp.

Departementet gjer framlegg om å vidareføre eigendel takst 202 i gjeldande poliklinikkforskrift.

6.3.2.2 Eigendel når pasienten har fleire konsultasjonar eller tek imot tiltak som varer over tid

Departementet gjer framlegg om at same pasienten kan krevjast for både eigendel for poliklinisk helsehjelp og eigendel for helsehjelp med radiologi og nukleærmedisin, jf. framlegg til forskrift § 4 fjerde leden andre punktum. Dette er ei vidareføring av gjeldande rett, jf. poliklinikkforskrifta merknad 2B andre punktum. Grunngevinga for at regelen er vorten slik, er at desse eigendelane tradisjonelt vert rekna som to slag eigendelar som kvar for seg og uavhengig av einannan skal kunne krevjast.

Departementet gjer framlegg om ei avgrensing i talet på eigendelar ein kan krevje av pasienten for same tilstand same dag, jf. framlegg til forskrifta § 4 fjerde leden fyrste punktum. Dette er i hovudsak ei vidareføring av føresegna i poliklinikkforskrifta kapittel 2, merknad 2B og kapittel 4 S. Vidare gjer departementet framlegg om at ein berre kan krevje eigendel éin gong for program/tiltak som går over fleire dagar, jf. framlegg til forskrifta § 4 femte leden. Denne føresegna er i hovudsak ei vidareføring av poliklinikkforskrifta merknad 2E.

6.3.2.3 Betalingsfritak ved forseinking

Departementet gjer framlegg om at pasienten ikkje kan krevjast for betaling dersom konsultasjonen vert forseinka med meir enn éin time etter avtala tid og pasienten ikkje har fått melding om dette før oppmøte, jf. framlegg til forskrifta § 6. Dette er ei vidareføring av føresegna i poliklinikkforskrifta merknad 2C.

6.3.3 Pasientbetaling

6.3.3.1 To slag betaling – betaling for materiell, utstyr og utskrift, og betaling for særskilt behandlingstilbod

Med pasientbetaling er meint betaling behandlingsstadane etter forskrifta kan krevje, men som ikkje er godkjend eigendel. Pasientbetalingsomgrepet rommar to hovudslag – betaling for materiell, utstyr og utskrift, og betaling for særskilt behandlingstilbod.

Departementet gjer i § 8 framlegg om at behandlingsstaden kan krevje betaling for oppgjeve materiell, utstyr og utskrift av journal. Dette er ei vidareføring av føresegnene i gjeldande poliklinikkforskrift kapittel 2.2. Departementet gjer framlegg om ei delvis vidareføring av føresegnene om at pasienten kan krevjast for betaling for bandasjemateriell og bedøvingsmiddel, jf. framlegg til § 8 fyrste leden. Framlegget frå departementet inneber ei vidareføring av takst 204b (pasientbetaling for bandasje og bedøvingsmateriell, 75 kroner), men ei borttaking av takst 204a (pasientbetaling for bandasje og bedøvingsmateriell, 25 kroner). Bakgrunnen for framlegget om å ta bort takst 204a er at denne pasientbetalinga (25 kroner) snautt vert kravd.

Vidare gjer departementet framlegg om at pasienten kan krevjast for betaling for utskrift eller kopi av pasientjournal, jf. framlegg til § 8 andre leden. Departementet gjer framlegg om at det bør nedfellast berre i pasientjournalforskrifta kor stor betalinga skal vere for slik kopiering eller utskrift, og at det i den nye forskrifta vert vist til pasientjournalforskrifta § 12. Grunngevinga for denne endringa er at det er uheldig å nedfelle beløpet i to forskrifter. Ei framtidig endring av beløpet kan dermed gjerast ved å endre berre éi føresegn. Dessutan er det rett at føresegna vert nedfelt i pasientjournalforskrifta, ettersom denne gjeld generelt for helsetenesta – både helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta.

Departementet gjer framlegg om at føresegnene om pasientbetaling for særskilt behandlingstilbod vert nedfelte i forskriftframlegget § 9. Dette er ei vidareføring av reglane i poliklinikkforskrifta kapittel 2.2, merknad 2I. På same måten som etter gjeldande poliklinikkforskrift kan ein ta pasientbetaling for fylgjande helsehjelp: Sterilisering av kvinner utan medisinsk indikasjon, sterilisering av menn, assistert befrukting, kirurgisk

innsetjing av implantat der marginal periodontitt er hovudårsak til tanntap. Det går fram av kapittel 4 i gjeldande forskrift kva for metodar (AIH/AID, IVF og IVF med eSET (elective single embryo transfer) og nedfrysing av embryo) som kan nyttast for slik særskilt helsehjelp. Departementet vil gjerne få synspunkta åt høyringsinstansane på, om det er føremålstenleg med ei slik detaljert skildring av metode, eller om det i det heile ikkje er naudsynt å omtala metodeval i forskifta.

6.3.3.2 Kombinasjon av ulike slag pasientbetalingar

Departementet gjer framlegg om at det i forskrifta uttrykkjeleg vert nedfelt at dei to hovudgruppene av pasientbetaling ikkje kan kombinerast. Ved pasientbetaling for sterilisering, assistert befrukting og ved kirurgisk innsetjing av implantat skal ein soleis ikkje kunne krevje pasientbetaling for bandasjemateriell og bedøvingsmiddel i tillegg, jf. framlegget til § 9 andre leden. Slik departementet vurderer det, skal betaling for bandasjemateriell og bedøvingsmiddel allereie vere inkludert i pasientbetalinga for sterilisering, assistert befrukting og ved kirurgisk innsetjing av implantat. Ei uttrykkjeleg føresegn om dette vil få bort eventuell tvil.

6.3.4 Samverknaden mellom reglane om eigendel og reglane om pasientbetaling

Utgangspunktet i gjeldande rett er at pasientbetaling kan krevjast frå alle pasientar, òg frå pasientar som er fritekne frå å betale eigendel, jf. poliklinikkforskrifta kapittel 2.2. Det er utover dette ikkje nedfelt noko generelle reglar om korleis dei ulike betalingsformene skal verke saman. I dag heng det derfor på ei konkret vurdering av den einskilde føresegna om ei viss behandling kan utløyse plikt til å betale eigendel, pasientbetalingar for materiell og utstyr og/eller pasientbetaling for helsehjelp.

Ein gjennomgang av føresegnene i gjeldande poliklinikkforskrift viser at det ikkje er noka einsarta utforming av føresegnene som seier noko om korleis reglane om eigendel og reglane om pasientbetaling skal verke saman. Etter poliklinikkforskrifta merknad 2I jf. merknad B10b (sterilisering av menn) kan behandlingstaden ikkje krevje eigendel, men pasientbetaling. Av poliklinikkforskrifta merknad 2H kan behandlingstaden berre krevje pasientbetaling for materiell når eigendel kan krevjast. Dette tyder at i dei tilfella behandlingstaden krev pasientbetaling for helsehjelp, kan behandlingstaden ikkje samstundes krevje pasientbetaling for materiell og utstyr. Føresegnene i poliklinikkforskrifta merknad 2I jf. merknad B50 (assistert befrukting) teier derimot om ein òg kan krevje eigendel og pasientbetaling for materiell og utstyr.

Departementet gjer framlegg om at det i forskrifta vert teke inn ei generell føresegn som seier at pasientar som vert kravde for pasientbetaling for helsehjelp, ikkje samstundes skal krevjast for godkjend eigendel eller pasientbetaling for materiell og utstyr, jf. framlegg til § 9 andre leden. Dette er ei vidareføring av gjeldande rett slik denne er formulert i poliklinikkforskrifta merknad 2I jf. merknad B10 til takstnummer. I den grad framlegget inneber noka endring for praktiseringa av andre føresegner, er denne endringa ei forenkling av ei utenleg komplisert regelverksutforming.

6.4 Gebyr når pasienten ikkje møter

Departementet gjer framlegg om ei ny føresegn om gebyr for fråvær, jf. framlegget til § 7. Etter gjeldande rett er føresegna om gebyr forankra i poliklinikkforskrifta kapittel 2.2, merknad 2F og takstnummer 201c. Framlegget til § 7 i ny forskrift er ikkje ei rein vidareføring av gjeldande rett.

Formålet med fråværsgebyret er å motivere pasientane til å halde avtalene sine med poliklinikken. Som verkemiddel er eit gebyr mest verknadsfullt – men samstundes mest tyngjande for pasientar med veikare økonomi.

For nokre pasientgrupper kan kombinasjonen av livssituasjon og ei behandlingkrevjande lidning føre til ei større utfordring med å halde polikliniske avtaler, enn for andre pasientgrupper. Ovanfor denne pasientgruppa kan gebyret vere eit mindre eigna verkemiddel, og kan i verste fall føre til at pasientane i etterkant ikkje oppsøker helsetenesta for å få naudsynleg poliklinisk helsehjelp/kontakt.

Ein hovudregel om fråværsgebyr er, slik departementet ser det, eit eigna og effektivt verkemiddel for å minske talet på pasientar som ikkje møter, og på denne måten redusere ventetid og unaudsynleg ressursbruk i poliklinikkane. For å gje skjerming til gruppene omtala ovanfor har departementet vurdert fleire alternativ for korleis ein slik regel best bør utformast. I vurderinga har departementet særskilt sett på desse to omsyna: kor godt regelen råkar, og dei administrative og økonomiske følgene av regelen. Eitt alternativt framlegg er at fråværsgebyret vert redusert med 50 % ved fråvær frå time til poliklinisk helsehjelp innan psykisk helsevern og rusbehandling, jf. framlegg til § 7:

«Om pasienten ikkje møter opp til avtala time, og let vera å melda frå tidlegare enn 24 timar føre timen, kan pasienten verta kravd for 640 kroner i fråværsgebyr.

Om den avtala timen gjeld poliklinisk helsehjelp innan vaksenpsykiatri eller rusbehandling, skal det ikkje krevjast høgare gebyr enn 320 kroner.»

Framlegget treffer heile skjermingsgruppa, men òg vidare enn føremålstenleg er. Skjerminga er ikkje total, sidan gebyret ikkje fell bort i sin heilskap. Avgjersle om gebyr er ikkje enkeltvedtak, og utløyser ingen klagerett etter forvaltingslova.

Eit anna alternativ er at vedtak om gebyr for pasientar innan psykisk helsevern og rusbehandling vert gjort på bakgrunn av ei konkret vurdering i den einskilde saka. Dette alternativet inneber at ein lyt fastsetje kriteria for skjønnsutøving. Kriteria bør utformast slik at dei råkar målgruppa (pasientar med rus- og psykiske lidingar) godt. Dei bør vere klare og eintydige, for å tryggje likebehandling og rettvis. Ei slik konkret vurdering vil vere enkeltvedtak etter forvaltingslova. Forvaltingslova sine føresegner om enkeltvedtak og klage vil derfor gjelda. Departementet vurderer det slik at Nasjonalt klageorgan for helsetenesta (Helseklage) kan vere klageorgan. Framlegget er slikt:

«Pasient som ikkje møter til avtala time, og let vera å melde frå tidlegare enn 24 timer føre timen, skal betale 640 kroner i fråværsgebyr.

Pasient ved poliklinikk for vaksenpsykiatri og rus kan likevel sleppa å betale gebyr, om fråværet skuldast tilhøve ved pasienten sin helsetilstand som gjer det urimeleg å lasta pasienten for fråværet.

Alle avgjerder om fráværsgjelding for pasientar ved poliklinikk for vaksenpsykiatri og rus er enkeltvedtak, og kan klagast inn for Helseklage.»

Det alternative framlegget vil på den eine sida innebere ein regel som gir skjerming på individnivå. Dette vil kunne gi ein meir treffsikker beskyttelse av pasientar innanfor psykisk helsevern og rus. På den andre sida vil ein regel som krev slik skjønnsutøving i den einaskilde sak kunne innebere uønskt variasjon i rettsutøvinga. Det oppstår dermed ein risiko for vilkårlegheit i sakshandsaminga og at like saker ikkje vert vurdert likt. Det er òg vanskeleg å finne kriterier som let seg prøve av ein klageinstans. Eit sentralt spørjemål er i kva grad det er mogleg for klageinstansen å vurdere «om fráværet skuldast tilhøve ved pasienten sin helsetilstand». Dette kriteriet inneber eit krav om årsakssamanheng mellom sjukdom/liding og fráværet. Det kan i mange tilfelle vere vanskelig og i noen tilfelle umogleg å sannsynleggjere ein slik årsakssamanheng. I tillegg til dette vil reglane om enkeltvedtak og klagerett, og skjønnsmomentet ved kriteria sjølve, leggje beslag på både administrative og økonomiske ressursar, både hjå behandlingsstad og klageinstans.

Departementet bed om å få høyre korleis høyringsinstansane ser på dei to alternative framlegga.

6.5 Kva pasientar ein kan krevje betaling frå?

Departementet gjer i dette høyringsnotatet framlegg om ei vidareføring av gjeldande rett, slik at dei som etter gjeldande poliklinikkforskrift kan krevjast for betaling, er same personkrinsen som kan krevjast for betaling etter den nye forskrifta. Utgangspunktet er og vert at spesialisthelsetenestelova § 5-5 seier at betaling etter føresegna berre kan krevjast frå pasientar. Dette er den ytre ramma av kva for personar som etter regelverket kan krevjast for betaling for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta. Kva pasientar ein ikkje skal kunne krevje betaling frå, er nærmare utpensla i gjeldande poliklinikkforskrift.

Departementet gjer framlegg om at føresegna i no gjeldande poliklinikkforskrift § 2 vert vidareført, jamfør framlegg til § 4 fyrste ledd. Poliklinikkforskrifta inneber at behandlingsstaden kan krevja godtgjersle (refusjon) og eigendel i dei høva pasienten er tilvist av tilvisar omfatta av § 2. Om pasienten har rett til helsehjelpa, har dei regionale helseføretaka i alle høve plikt til å yta den.

Departementet gjer framlegg om at same pasientgruppene som er skjerma etter regelverket i dag, òg i framtida skal sleppe å betale eigendel. Av framlegget til § 4 andre og fjerde ledd i ny forskrift kan ein krevje eigendel frå pasientar som får poliklinisk helsehjelp. Dette er ei vidareføring av poliklinikkforskrifta kapittel 2.1, takstnummer 201b og 202. Vidare følger det av framlegget til § 5 at somme pasientgrupper likevel ikkje skal betale godkjend eigendel. Dette er ei vidareføring av poliklinikkforskrifta § 4. Ein skal til dømes framleis ikkje krevje betaling for pasientar som er under 16 år, pasientar som er under 18 år og aktuell oppfylgning gjeld psykiatrisk behandling, og personar som er innsette i kriminalomsorganstaltar dersom helsehjelpa vert gjeven ved anna personell enn det som er knytt til helsetenester til innsette. Dette er ei vidareføring av gjeldande rett, jf. poliklinikkforskrifta § 4 nr. 3.

Framlegget frå departementet til § 9 er ei vidareføring av føresegnene i poliklinikkforskrifta om pasientbetaling. Føresegnene om pasientbetaling er i dag nedfelte i poliklinikkforskrifta kapittel 2.2 der det går fram at slikt krav som hovudregel kan krevjast av «alle pasienter».

6.6 Kva for helsetenesteleverandørar kan krevje betaling etter forskrifta?

6.6.1 Verkeområdet for forskrifta set rammene for kven som kan krevje betaling

Departementet vidarefører at helsetenesteleverandørar som yter offentleg finansiert poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta, kan krevje betaling frå pasientar, jf. framlegg til § 2. Det går fram av denne føresegna at forskrifta gjeld for verksemder som yter poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta, når tenesta er finansiert av staten. Dette inneber at fylgjande verksemder skal vere omfatta av forskrifta og kan krevje betaling frå pasientar:

- verksemd i spesialisthelsetenesta der helsehjelpa vert finansiert av staten, regionale helseføretak eller helseføretak
- dei private ideelle sjukehusa: Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Hospitalet Betanien i Bergen, Jæren DPS, Solli sykehus, Olaviken og Bjørkeli Voss
- privat verksemd som vert finansiert gjennom avtale med staten, regionale helseføretak eller helseføretak
- privat verksemd som er godkjend til å yte helsehjelp mot betaling frå staten, jf. spesialisthelsetenestelova § 4-3 fyrste leden.

Verksemd som yter tenester som ikkje er spesialisthelseteneste, er ikkje omfatta av forskrifta. Fastlegar og anna helsepersonell som yter primærhelsetenester, kan altså ikkje krevje betaling frå pasientar etter denne forskrifta. Privatpraktiserande lege- og psykologspesialistar som har driftsavtale med regionalt helseføretak, kan heller ikkje krevje betaling frå pasientane etter denne forskrifta, jf. framlegg til § 2 andre leden. Det vert i den samanheng vist til *forskrift 26. juni 2015 nr. 796 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege* som regulerer når privatpraktiserande legar med driftsavtale kan krevje betaling frå pasientane, og *forskrift 26. juni 2015 nr. 794 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos psykolog*. Det er heller ikkje høve til å krevje eigendel for undersøking og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenverksemder og som er regulert i *forskrift 27. juni 2003 nr. 959 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter*, jf. framlegg til § 2 andre leden.

6.6.2 Avvikling av godkjenningsordninga i poliklinikkforskrifta

6.6.2.1 Innleiing

Gjeldande poliklinikkforskrift har føreseger om godkjenning av psykiatriske poliklinikkar og psykiatriske ungdomsteam. Etter poliklinikkforskrifta er det berre verksemdar som har slik offentleg godkjenning, som kan krevje godtgjersle frå Helfo for ytt poliklinisk helsehjelp innanfor dette fagområdet. Utgangspunktet er at godkjenningsordninga avgrensar kva for helsetenesteleverandørar som kan krevje betaling etter forskrifta. Departementet gjer framlegg om at ordningane med godkjenning av psykiatriske poliklinikkar og psykiatriske ungdomsteam vert avvikla. Avviklinga vert gjennomført ved at føresegnene om godkjenningsordning i kapittel 4, merknad P9 og merknad P19 i *forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp* ikkje vert vidareførde i anna regelverk. Hovudtanken med framlegget er å få til ei regulering av helsetenesta som er så tenleg som råd er. Ein kan òg sjå framlegget i samanheng med avbyråkratiserings- og effektiviseringsreforma frå regjeringa.¹

Framlegget omfattar berre godkjenningsordninga for psykiatriske poliklinikkar og psykiatriske ungdomsteam. Framlegget rører altså ikkje ved andre godkjenningsordningar innanfor spesialisthelsetenesta, herunder andre godkjenningsordningar som er fastsette i medhald av spesialisthelsetenestelova § 4-1 og § 4-3 og psykisk helsevernlov § 3-5 fjerde leden, jf. § 3-10 og psykisk helsevernlova § 2.

Framlegget om avvikling av godkjenningsordninga vil, alt anna likt, røre ved både reglane om eigendel og reglane om godtgjersle (refusjon). Det siste inneber endringar i reglane, særleg knytte opp mot omgrepet «godkjend fagstilling».

Helse- og omsorgsdepartementet tek sikte på å inkludere godtgjersle av poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling i ISF-ordninga frå 1. januar 2017.² Regjeringa vil ta stilling til saka når utgreiinga er gjennomført, og ev. endringsframlegg vert fremja gjennom framlegget til statsbudsjett for 2017. Dersom dette vert gjennomført, vert føresegnene i poliklinikkforskrifta for godtgjersle av poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling oppheva.

6.6.2.2 Vurdering av trongen for ei godkjenningsordning i dag

Trongen for den eksisterande godkjenningsordninga må sjåast i samanheng med samfunnstilhøva den gong ordninga vart innført, og at desse samfunnstilhøva i dag er monaleg endra. Då fylkeskommunane åtte sjukehusa og poliklinikkane deira, vart det vurdert som tenleg at staten gjennom ei nasjonal godkjenningsordning varetok omsynet til forsvarligheit. Etter at eigarskapen til dei fylkeskommunale sjukehusa vart overført til staten ved dei regionale helseføretaka frå 1. januar 2002, samstundes som dei regionale

¹ Prop. 1 S (2015–2016) Helse- og omsorgsdepartementet. Punkt 2.19, side 18.

² Helsedirektoratet (2016): Mulig omlegging av den aktivitetsbaserte finansieringsordningen for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB fra 2017. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/horinger/mulig-omlegging-av-den-aktivitetsbaserte-finansieringsordningen-for-polikliniske-tjenester-innen-psykisk-helsevern-og-tsb-fra-2017>

helseføretaka fekk ansvaret for å syte for spesialisthelsetenester, synest det ikkje lenger tenleg at statlege styremakter skal halde oppe ei godkjenningsordning for å kontrollere forsvarlegheit gjennom konkrete krav til «egne lokaler og tilfredsstillende bemanning» ved dei psykiatriske poliklinikkane eller «egne lokaler» ved psykiatriske ungdomsteam.

Departementet meiner at det i dag ligg føre andre metodar og ordningar som er betre eigna til å varetake forsvarlegheit i helsetenesta. Alle tenesteytarar – både private og offentlege – har ansvar for å rette seg etter desse krava til kvar ei tid. Same om dei treng godkjenning eller ikkje, skal alle helsetenester som vert tilbodne og ytte, vere forsvarlege, jf.

spesialisthelsetenestelova § 2-2 og helsepersonellova § 4. Forsvarlegheitsomgrepet etter spesialisthelsetenestelova § 2-2 og helsepersonellova § 4 er ein rettsleg standard. Med rettsleg standard meinast at innhaldet av forsvarlegheitskravet ikkje står fast ein gong for alle. Innhaldet til forsvarlegheitskravet vert utvikla i takt med kunnskapen innanfor helse- og omsorgsfaga, og kan òg variere mellom fagområda. Det er derfor korkje mogeleg eller ynskjeleg for departementet i lov eller forskrift å gje ein detaljert og uttømande liste, til dømes knytt til bemanning, av kva som vil vere innanfor eller utanfor kravet til forsvarlegheit. Det konkrete innhaldet i forsvarlegheitskravet kan berre fastsetjast i det einskilde tilfellet vurdert på bakgrunn av dei føreliggjande forholda, til dømes gjennom Helsedirektorat si normering gjennom utarbeiding av faglege retningslinjer, tilsynet sitt arbeid eller avgjerder i domstolane. Psykiatriske poliklinikkar og psykiatriske ungdomsteam skal, som andre som yter helsetenester, sjølve kontrollere at verksemda er i samsvar med krav frå styremaktene (internkontroll), jf. lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynslova) og forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Kvalitetsbetring og pasienttryggleik skal vere ein del av internkontrollen i verksemdene. Det vert ført tilsyn med om plikta til internkontroll vert etterlevd. Fylkesmennene og Statens helsetilsyn fører tilsyn med all helseteneste og alt helsepersonell i landet – både i offentlig og privat sektor.

For pasientane er det ein føremon at tenesteytarane vert vurderte på grunnlag av oppdaterte opplysningar om kvalitet og ikkje på grunnlag av opplysningar om verksemda på eit tidlegare tidspunkt då verksemda vart funnen å oppfylle dågjeldande krav til godkjenning. Ei verksemd som vart godkjend som psykiatrisk poliklinikk og psykiatrisk ungdomsteam med heimel i forskrift om poliklinikkar, oppfyller til dømes ikkje naudsynleg vilkåra for godkjenning i dag. Dette er i seg sjølv ein viktig grunn til å avvikle godkjenningsordninga.

I tillegg til dette kjem det at kravet til godkjenning i praksis ikkje synest ha noko å seie for korleis forvaltninga handsamar krav om godtgjersle (refusjon). Når det gjeld føresegnene om godkjenning i poliklinikken, så skjer det faktisk utbetaling til psykiatriske poliklinikkar og psykiatriske ungdomsteam utan at det vert ført kontroll med om verksemda har ei offentlig godkjenning eller ikkje. Fylkesmennene rapporterer i svært ulik grad til Helfo om godkjende verksemdar, og Helfo har følgeleg heller inga fullstendig og oppdatert oversikt over alle godkjende verksemdar. Føresegnene om godkjenning i poliklinikken har i praksis ikkje noko å seie for om tenesta kan få godtgjersle etter

forskrifta. Dette tilhøvet støtter den vurderinga at det ikkje er naudsynt å halde på dagens godkjenningsordning.

Oppsummerande meiner departementet at den gjeldande godkjenningsordninga ikkje lenger er eit eigna styringsmiddel for å oppnå føremålet med forskriftføresegnene. På denne bakgrunn gjer departementet framlegg om å avvikle forskriftsfeste føresegner om ordninga med godkjenning av psykiatriske poliklinikkar og psykiatriske ungdomsteam.

6.6.2.3 Særleg om bemanningskravet – «godkjent fagstilling»

I vurderinga av følgene av ei mogeleg avvikling av godkjenningsordninga har departementet særskilt vurdert kva følger ei eventuell avvikling av godkjenningsordninga får for forståinga av eigendelsføresegna 201b. I denne føresegna går det fram at eigendel kan krevjast når undersøking, behandling eller kontroll er utført av nærmare opprekna personellgrupper. Når helsetenesta vert ytt ved «voksenpsykiatrisk poliklinikk og ruspoliklinikk», kan ein i tillegg krevje eigendel for helsehjelp som vert ytt av «personell i godkjent fagstilling» og tilsvarande stillingar i ruspoliklinikk. Av merknad 2A går det fram at godkjend fagstilling skal forståast som i merknad P11. Etter merknad P11 er dei aktuelle fagstillingane: «leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer, pedagoger og vernepleiere samt annen relevant høyskole- og universitetsutdanning». Rett til å krevje eigendel gjeld for helsepersonell som nemnde eksplisitt i eigendelsføresegna 201b, uavhengig om dei er tilsette i godkjend fagstilling. Dei supplerande personellgruppene er «sosionomer, pedagoger og vernepleiere samt annen relevant høyskole- og universitetsutdanning». Den nærare konkretiseringa av denne personellgruppa avheng av kva den einskilde institusjonen/behandlingseininga treng. Departementet gjer framlegg om at ny forskrift § 4 positivt og uttømde skildrar kven som kan yte og krevje godkjend eigendel for poliklinisk helsehjelp. Om dette vert uttømmande regulert her, er vert det ikkje naudsynt å vidareføre omgrepet «godkjent fagstilling».

7 Endringar i poliklinikkforskrifta

7.1 Bruksområdet for forskrifta

Departementet gjer framlegg om at «*forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak*» endrar namn til «*forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten*».

Ved endring av tittel på forskrifta kjem det, på same måten som siste endringa i spesialisthelsetenestelova § 5-5, klårt fram at forskrifta gjeld fleire slag verksemder som yter poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta.³ Ikkje berre «statlige helseinstitusjoner» og «helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak». Framlegget frå departementet til endring av tittel på forskrifta er ei språkleg

³ Prop. 61 L (2015–2016) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (utvidelse av retten til fritt behandlingsvalg til å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner m.m.)

klårgjering og forenkling av føresegna. Endringa inneber inga materiell endring av gjeldande rett.

7.2 Føresegner om betaling frå pasientar

Departementet gjer framlegg om at alle føresegner som gjeld betaling frå pasientar – eigendel og pasientbetaling – vert oppheva i poliklinikkforskrifta. Dei materielle føresegnene om betaling frå pasientar skal frå same tida vere uttømande regulerte i ny forskrift om pasienters betaling for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Desse endringane inneber at heile § 4 og heile kapittel 2 skal opphevast i poliklinikkforskrifta. Vidare lyt det gjerast endringar i § 3, kapittel 3, kapittel 4 (merknadene B10, B23d, B23i, B50, E7, P16, P31, P19, R3b og S Radiologi) ved at den delen av føresegna som gjeld betaling frå pasientar, vert strøken.

7.3 Føresegn om ålmenntfarlege smittsame sjukdomar

Departementet gjer framlegg om at føresegna som gjeld «godtgjørelse» i poliklinikkforskrifta § 4 nr. 7 bokstav d) tredje leden, vert vidareført i poliklinikkforskrifta, men at føresegna vert flytt til kapittel 3 med eiga underoverskrift «Smittevern». Føresegna gjeld ikkje betaling frå pasientar og kan dermed ikkje overførast med resten av føresegna til ny forskrift.

Slik departementet vurderer det, bør ein gjere føresegna enklare utan at dette skal føre til nokon materielle endringar. Dette kan gjerast ved at ein ikkje gjev ein katalog over alle sjukdomar som skal reknast som «allmenntfarlege smittsame sykdommer» i den nye forskrifta, men at ein i den nye forskrifta viser til *forskrift av 1. januar 1995 nr. 100 om allmenntfarlege smittsame sykdommer*.

Departementet gjer vidare framlegg om at det i føresegna om fritak for godkjend eigendel i § 5 bokstav g) vert nedfelt ei føresegn om fritak for godkjend eigendel ved ålmenntfarlege smittsame sjukdomar når pasienten oppheld seg i riket, men pasienten ikkje er medlem av folketrygda. Dette er ei presisering av gjeldande rett.

7.4 Føresegner om godkjenningssordning, herunder vilkåret om fagstilling

Departementet gjer framlegg om at føresegnene i poliklinikkforskrifta om offentleg godkjenning av leverandørar innanfor psykisk helsevern vert oppheva. Ei nærmare drøfting av avvikling av godkjenningssordninga i poliklinikkforskrifta er innteken under punkt 6.6.2.

Dersom godkjenningssordninga i poliklinikkforskrifta vert avvikla, lyt det gjerast endringar i alle føresegner som gjeld godkjenningssordninga.

7.5 Andre føresegner

Departementet gjer framlegg om at poliklinikkforskrifta § 8 vert oppheva. Poliklinikkforskrifta § 8 seier i dag at somme klagesaker kan høyre inn under det saklege myndighetsområdet til Trygderetten og dermed skal handsamast av lov om anke til Trygderetten (trygderettslova). I dag er det Helfo kontroll som gjer vedtak om tilbakekrevjing av godtgjersle (refusjon). Klage på desse vedtaka vert handsama av Helfo klage (klageorganet). Frå 1. januar 2017 vert eventuelle klager på tilbakekrevjing handsama av Helseklage i Bergen.

8 Endringar i andre forskrifter

8.1 Eigendelstak 1- forskrifta

Departementet gjer framlegg om ei teknisk endring i *forskrift 18. april 1997 nr. 334 om eigendelstak 1* (eigendelstak 1-forskrifta). I forskrifta § 2 fyrste leden bokstav f) går det fram at forskrifta gjeld for godkjende eigendelar for:

«polikliniske konsultasjonar utført av tannlege, jordmor, sykepleier eller audiograf ved helseinstitusjonar regulert av forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlege helseinstitusjonar, ved helseinstitusjonar som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak, av annet fagpersonell med rett til å kreve godkjent egenandel etter samme forskrift, og ved godkjente fritt behandlingsvalg-leverandører».

Bokstav f) speglar til dels innhaldet i føresegna om godkjend eigendel i poliklinikkforskrifta. Endring av denne personellkrinsen set føre endring i båe forskriftene.

Endringa går ut på å late bokstav f) i staden spegle forskriftheimelen i folketrygdlova § 5-3 fyrste leden bokstav g), om at Stortinget fastset eit eigendelstak 1 for «helsehjelp som utføres poliklinisk».

Dette framlegget verkar forenklande og avbyråkratiserande. Ved å regulere personellkrinsen med rett til å ta eigendel ved poliklinisk behandling i den eine forskrifta, krev framtidig utviding eller innskjerping av krinsen berre endring i éi forskrift.

Som følge av framlegget om at føresegnene om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp vert regulert på nytt i eiga forskrift, lyt eigendelstak 1-forskrifta § 3 nr. 3 endrast tilsvarande. Endringa er ein naudsynleg føresetnad for at eigendelar kravde etter den nye forskrifta skal verte omfatta av eigendelstak 1.

8.2 Forskrift om pasientjournal og forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøking og behandling hos lege

Departementet gjer framlegg om at det i § 12 i *forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal* vert sagt kor mykje ein kan krevje betalt av pasienten for kopi eller utskrift av pasientjournal. Vidare gjer departementet framlegg om at det i *ny forskrift om betaling*

frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta § 8 andre leden og i forskrift 26. juni 2015 nr. 796 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege merknad B3 vert innteke ei tilvising til pasientjournalforskrifta § 12. Samstundes vert takstnummer 5 i same forskrifta oppheva.

Det følger av pasient- og brukarrettslova § 5-1 fyrste leden fyrste punktum at pasienten og brukaren «har rett til innsyn i journalen sin med bilag og har etter særskilt forespørsel rett til kopi». Det følger av sjetten leden i same føresegna at departementet «kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om retten til innsyn i journal, herunder bestemmelser om betaling for kopier». Sjetten leden er ein forskriftheimel som gjeld høvet helsetenesteytaren har til å krevje betaling frå pasientar for utskrift eller kopi av pasientjournalen. I forskrift om pasientjournalar er det gjeve ei føresegn om betaling for kopi eller utskrift av pasientjournal. Når det gjeld kor stor betalinga skal vere, er det vist til *forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege*. Samstundes er det slik at merknad 2G i poliklinikkforskrifta seier at behandlingsstaden «kan kreve betaling av pasienten for utskrift av journal eller for kopi av røntgenbilder». Vidare følger det av gjeldande poliklinikkforskrift at pasientbetalinga i dag er på kr 70. I *forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege* går det fram at ein kan krevje eigendel for «utskrift/kopiering av pasientjournal til pasient eller person som opptre på vegne av pasient, jf. pasientrettighetsloven § 5-1», jf. takst 5. Etter denne føresegna kan pasienten krevjast for kr 85.

Departementet vurderer det som uheldig at regelverket ikkje er samstemt slik at det kjem klårt og eintydig fram kor mykje ein kan krevje at pasienten betalar for utskrift/kopi av pasientjournal. Departementet meiner vidare at føresegnene om kor mykje pasienten skal betale for utskrift/kopi bør nedfellast i eitt regelverk. Det aktuelle regelverket er pasientjournalforskrifta. Dermed unngår ein for framtida at det oppstår usemje mellom ulikelydande føresegner forankra i ulike forskrifter.

Departementet gjer framlegg om at betaling og kor mykje som skal betalast for utskrift/kopi, vert fastsett i *forskrift om pasientjournal*, men at det i ny *forskrift om betaling frå pasientar* og eksisterande *forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege* vert teke inn tilvising til aktuell føresegn i pasientjournalforskrifta.

9 Administrative og økonomiske følger

Langt dei fleste av framlegga her, er vidareføring av gjeldande rett. Desse fører såleis korkje økonomiske eller administrative følger med seg.

Framlegget om at betaling og kostnad for utskrift/kopi av pasientjournal skal fastsetjast i forskrift om pasientjournal, og harmoniseringa som er naudsynt fordi ulike føresegner har ulike kostnad for dette i dag, vil føre til ei auke i pasientbetaling. Auka svarar til 15 kroner per journal. Det ligg ikkje føre oversikt over omfanget av slike utskrifter, så det er ikkje mogleg å gjere overslag om denne meirutgifta for pasientane i heilskap. Meirutgifta vil utgjere ei meirinntekt for helsetenesteaktørane.

Framlegget til å avvikle godkjenningsordninga for psykiatriske poliklinikkar og psykiatriske ungdomsteam, vil føre til noko innsparing i Helsedirektoratet og hjå fylkesmennene. Dette som følge av at dei ikkje lenger treng kapasitet knytt til saksbehandling av godkjenningssøknadar. Framlegget inneber òg ein administrativ lette for verksemdar som tilbyr helsehjelp ved vaksenpsykiatriske poliklinikkar og helsehjelp frå ungdomspsykiatriske ungdomsteam.

Departementet har gjort framlegg om to alternative endringar i gebyrordninga for pasientar som ikkje møter til avtala poliklinisk time. Det er omlag 6-7 pst. av pasientane innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av rusavhengnad som ikkje møter til avtala poliklinisk time. Departementet har diverre ikkje taloppgåver over kor mange pasientar som etter gjeldane rett slepp gebyr som følge av skjønnsvurderinga som skal gjerast for den aktuelle pasientgruppa. Departementet reknar med at det gjeld for ein relativt stor del av pasientgruppa.

Framlegget om lågare gebyr utan høve til skjønnsvurdering, vil innebera lågare utgifter for pasientane og tilsvarende lågare inntekter for helsetenesteaktørane. Om halvparten av pasientane etter gjeldane ordning betalar fullt gebyr og andre halvdelen får fråfall for heile gebyret, gjev framlegget ingen økonomiske konsekvensar for pasientgruppa i heilskap, men får verknadar for fordelinga av kostandane i gruppa. Inntektssituasjonen for helsetenesteaktørane vil vere uendra. Etter framlegget skal det ikkje lenger gjerast noko skjønnsutøving, og dei administrative kostnadane for helsetenesteytarane vert lågare som følge av dette.

Framlegget om fastsetjing av kriteria for skjønnsvurdering, reknar departementet med ikkje gjev nemneverdige endra kostand for pasientane eller inntekt for helsetenesteaktørane gjennom sjølve gebyrordninga. Det vil vere naudsynt for helsetenesteaktørane å gå gjennom saksbehandlingsrutinane, og å etablere klageordning for gebyravgjersler. Sistnemnde vil føre med seg auka utgift for forvaltinga.

Ingen av framlegga i høyringsnotatet får økonomiske eller administrative følger for kommunar eller fylkeskommunar. Utover den ovanfor omtala innsparinga for fylkesmenna i samband med framlegg til oppheving av godkjenningsordningane, får det ingen økonomiske eller administrative følger for fylkesmenna.

10 Framlegg til forskrift

I

Forskrift dd.mm. 2016 nr. x om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta

Heimel: Fastsett av Helse- og omsorgsdepartementet dd.mm 2016 med heimel i spesialisthelsetenestelova § 5-5 fyrste leden nr. 1 og nr. 2.

§ 1 Føremål

Føremålet med denne forskrifta er å gje ei uttømande framstilling av betaling pasienten kan verta kravd for i poliklinikkar omfatta av § 2.

§ 2 Verkeområde

Denne forskrifta gjeld når verksemdar yter poliklinisk helsehjelp finansiert av staten.

Forskrifta gjeld òg poliklinisk helsehjelp som vert ytt av personell frå verksemda, men utanfor dei fysiske lokala i verksemda.

Forskrifta gjeld ikkje for privatpraktiserande lege- og psykologspesialistar som har driftsavtale med regionalt helseføretak, private radiologiske verksemdar eller medisinske laboratorium.

§ 3 Definisjonar

I denne forskrifta meiner ein med:

- a) ålmennfarlege smittsame sjukdomar; sjukdomar som er rekna opp i forskrifta av 1. januar 1995 nr. 100 om allmennfarlege smittsomme sykdommer
- b) godkjend eigendel: beløpet pasienten betalar for poliklinisk helsehjelp, og som går inn i grunnlaget for frikort etter forskrift 18. april 1997 nr 334 om egenandelstak 1 § 2 fyrste leden bokstav b) og f), jamfør § 3 nr. 2 og 3;
- c) pasientbetaling: betaling frå pasienten som nemnd i § 7, 8 og 9, og som ikkje går inn i grunnlaget for frikort etter forskrift 18. april 1997 nr 334 om egenandelstak 1 § 2 fyrste leden bokstav b) og f), jamfør § 3 nr. 2 og 3.

§ 4 Godkjend eigendel

Det kan berre krevjast betaling frå pasient som er blitt vist til spesialisthelsetenesta av personell som nemnd i § 2 i forskrift 19. desember 2007 nr. 1761.

Som betaling for poliklinisk helsehjelp som vert ytt av legar, psykologar, tannlegar, sjukepleiarar, jordmødrer, fysioterapeutar, ergoterapeutar, kliniske ernæringsfysiologar og audiografar, kan pasienten krevjast for 320 kroner. Ved vaksenpsykiatrisk poliklinikk og ruspoliklinikk omfattar dette poliklinisk helsehjelp ytt av sosionomar, pedagogar, vernepleiarar og personell med anna relevant høgskule- og universitetsutdanning.

Som betaling for helsehjelp med radiologi og nukleærmedisin, kan pasienten krevjast for 227 kroner.

Pasient som får poliklinisk helsehjelp for same tilstanden frå ulike behandlingsstadar på same dagen, kan ikkje krevjast for meir enn éin av kvar eigendel etter andre og tredje leden.

Ved grupperetta pasientopplæring, poliklinisk rehabilitering og behandlingstiltak i gruppe over fleire dagar kan eigendel etter andre og tredje leden krevjast berre éin gong for heile tiltaket.

Pasienten skal ikkje betale eigendel for nettbasert behandlingsprogram.

§ 5 *Når pasienten likevel ikkje skal betale godkjend eigendel*

Godkjend eigendel som nemnd i § 4 vert i fylgjande høve dekt av staten:

- a) ved kontrollundersøkingar under svangerskap, fødsel, behandling for sjukdom i samband med svangerskap og fødsel, svangerskapsavbrot, og éi undersøking etter fødsel eller svangerskapsavbrot.
- b) ved behandling for skade og sjukdom som går inn under kapittel 13, jf. § 5-25 i folketrygdlova og under lov om krigspensjonering for militærpersoner og lov om krigspensjonering for hjemmestyrkepersonell og sivilpersoner. Helsehjelpa kan ikkje gjevast av militært helsepersonell.
- c) ved behandling av personar som er innsette i anstaltane til kriminalomsorga dersom helsehjelpa vert gjeven av anna personell enn det som er knytt til helsetenester til innsette.
- d) ved behandling der tilstanden til pasienten er til hinder for å krevje eigendelen, til dømes ved alvorlege sinnsledingar, behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, større akutt skade, medvitsløyse og daude.
- e) ved behandling av born under 16 år.
- f) ved psykiatrisk behandling av born og ungdom under 18 år.
- g) ved oppsøkjande behandling av rusmiddelavhengige.
- h) ålmenntfarlege smittsame sjukdomar er sjukdomar som er rekna opp i forskrift av 1. januar 1995 nr. 100 om allmenntfarlege smittsomme sykdommer. Ved behandling som nemnd i bokstav h skal helsepersonellet grunngje i pasienten sin journal at eitt eller fleire av vilkåra for dekkjing av eigendel er oppfylt. Staten dekkjer eigendel for helsehjelp etter bokstav h for pasientar som oppheld seg i riket sjølv om pasienten ikkje er medlem av folketrygda.

§ 6 *Betalingsfritak ved forseinking*

Om den polikliniske behandlinga vert forseinka med meir enn éin time etter avtala tid, og pasienten ikkje har fått fråsegn om dette føre oppmøtet, skal ikkje pasienten betale godkjend eigendel etter § 4.

§ 7 *Gebyr når pasienten ikkje møter*

Om pasienten ikkje møter opp til avtala time, og let vera å melda frå tidlegare enn 24 timar føre timen, kan pasienten verta kravd for 640 kroner i fråværsgebyr..

Om den avtala timen gjeld poliklinisk helsehjelp innan vaksenpsykiatri eller rusbehandling, skal det ikkje krevjast høgare gebyr enn 320 kroner.

§ 8 *Pasientbetaling for materiell, utstyr og utskrift*

Pasienten kan verta kravd for 75 kroner som betaling for bandasjemateriell og bedøvingsmiddel, men berre i lag med eigendel etter § 4.

Betaling for kopi eller utskrift av pasientjournal er regulert i forskrift om pasientjournalar § 12.

I høve godkjend yrkesskade etter lov 28. februar 1997 om folketrygd kapittel 13, og godkjend krigsskade etter lov 13. desember 1946 nr. 21 om krigspensjonering for militærpersonell og lov 13. desember 1946 nr. 22 om krigspensjonering for hjemmestyrkepersonell og sivilpersoner, vert kostnader etter fyrste leden dekte av staten.

§ 9 *Pasientbetaling for særskilt helsehjelp*

Som betaling for særskilt poliklinisk helsehjelp som nemnd i denne føresegna, kan pasienten verta kravd for:

- a) sterilisering av kvinner utan medisinsk indikasjon: 6 079 kroner;
- b) sterilisering av kvinner med medisinsk indikasjon: 75 kroner;
- c) sterilisering av menn: 1 268 kroner;
- d) assistert befrukting, for kvar einskild av totalt tre freistnader med metodane AIH/AID, IVF eller IV med eSET og nedfrysing av embryo: 1 500 kroner;
- e) fyrste kirurgiske innsetjing av implantat, om marginal periodontitt er hovudgrunnen for tanntapet: 6 500 kroner;
- f) kvar påfylgjande kirurgiske innsetjing av implantat, om marginal periodontitt er hovudgrunnen for tanntapet: 2 550 kroner.

Pasienten skal ikkje betale eigendel etter § 4, eller for materiell etter § 8 fyrste leden.

§ 10 *Ikraftsetjing*

Forskrifta tek til å gjelde 1. januar 2017.

§ 11 *Endringar i andre forskrifter*

Frå tida forskrifta tek til å gjelde blir det gjort fylgjande endringar i andre forskrifter:

1. I forskrift 18. april 1997 nr. 334 om egenandelstak 1 vert fylgjande endringar gjorde:

§ 2 første ledd bokstav f skal lyde:

f) helsehjelp som utføres poliklinisk av personell som er nevnt i § 4 i forskrift om pasienters betaling for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

§ 3 nr. 3 skal lyde:

Som egenandel for *helsehjelp som utføres poliklinisk* i spesialisthelsetjenesten godtas et beløp som er fastsatt i forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta.

2. I forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal skal § 12 lyde:

Når innsynsretten gjøres gjeldende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1, kan det ved utlevering av kopi eller utskrift av journal kreves betaling. *Betalingen skal ikke overstige 85 kroner.*

3. I forskrift 26. juni 2015 nr. 796 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege:

Merknad B3 skal lyde:

For at legespesialisten skal kunne innkreve takster utover 3a og 3c og egenbetalingstakstene 5, 8 og 10a–d, må pasienten ha henvisning fra lege, kiropraktor, manuellterapeut, tannlege eller psykolog. Dette gjelder også ved psykoterapi. Øyelegespesialist kan i tillegg innkreve takster utover 3a og 3c dersom pasienten har henvisning fra optiker. Det kreves ikke henvisning ved øyeblikkelig hjelp og nødvendig oppfølging av denne tilstanden. Med øyeblikkelig hjelp menes arbeid innenfor spesialiteten som ikke kan utsettes til neste dag. En henvisning gjelder til behandlingen for den aktuelle sykdomstilstanden er avsluttet. Henvisningen skal følge første regningskort for behandlingen. Der henvisningsopplysningene går frem av regningen, slipper legen å sende henvisningene til Helfo. Kravene til henvisning gjelder ikke for pasienter hos leger som omfattes av overgangsordningen etter § 2 punkt 1 i forskrift om rett til trygderefusjon (dvs. leger som hadde refusjonsrett per 1. juli 1998 og er over 70 år per 1. juli 2006) eller for pasient som hadde et fast etablert pasientforhold til spesialist i gynekologi før 1. juni 2001. Spesialist i pediatri og barne- og ungdomspsykiatri kan kun utløse takst for behandling av pasienter under 18 år. I særlige tilfeller kan konsultasjonstaksten likevel benyttes ved behandling av pasienter over 18 år i en overgangsperiode. Grunnlaget for en slik behandling må i så fall fremgå av diagnose og journalnotat. *Betaling for kopi eller utskrift av pasientjournal er regulert i forskrift om pasientjournaler § 12.*

Takstnummer 5 vert oppheva.

4. I forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak

Forskriftsnavnet endrast til «Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten».

§ 2 fyrste leden skal lyde:

Pasienten skal normalt være henvist fra lege, kiropraktor, manuellterapeut, tannlege eller psykolog utenfor vedkommende sykehus for at godtgjørelse som ytes etter denne

forskriften skal kunne kreves. Pasienten kan også være henvist fra optiker til øyenlegespesialist/øyeavdeling utenfor vedkommende sykehus. Videre kan pasienter være henvist til poliklinisk tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet fra kommunal helse- og omsorgstjeneste eller sosialtjeneste.

§ 3 nr. 1 skal lyde:

Godtgjørelse fra staten ytes etter regler og takster som er fastsatt i denne forskriften. Godtgjørelse ytes etter de takster som gjelder på behandlingstiden.

§ 4 vert oppheva.

§ 8 vert oppheva.

Kapittel 2 vert oppheva.

Kapittel 3, undertittel *Polikliniske pasienter versus innlagte pasienter* andre og tredje avsnitt skal lyde:

Dersom pasienten blir innlagt ved sykehuset samme dag som den polikliniske konsultasjonen har funnet sted, skal pasienten registreres i det pasientadministrative systemet for innlagte. Sykehusoppholdet omfattes da ikke av den tilskuddsordning som er fastsatt i denne forskriften og poliklinisk refusjon etter denne forskriften skal ikke kreves. Dette gjelder uavhengig om det er sammenheng mellom den polikliniske konsultasjonen og årsaken til innleggelsen. Helsedirektoratet kan gi nærmere retningslinjer om skillet mellom polikliniske og innlagte pasienter.

Så lenge en pasient er innlagt ved et sykehus er det ikke anledning til å kreve refusjon etter denne forskriften. Dette gjelder enten pasienten behandles ved en av sykehusets egne poliklinikker eller ved en poliklinikk utenfor sykehuset.

Kapittel 3 ny undertittel skal lyde:

Smittevern

Det ytes godtgjørelse for undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer når pasienten oppholder seg i Norge, selv om pasienten ikke er medlem av folketrygden, jf. forskrift av 1. januar 1995 nr. 100 om allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Kapittel 4 Tabell *Takstkoder knyttet til særskilte behandlingstilbud med pasientbetaling* skal lyde:

	<i>Urologi</i>	<i>Refusjon</i>	<i>Merknad</i>
B10b	Sterilisering av menn	0	B10
	Gynekologi/obstetrikk		
B23d	Sterilisering ved laparotomi/-skopi uten medisinsk indikasjon	0	B23d
B23i	Sterilisering ved <i>laparotomi</i> /-skopi etter medisinsk indikasjon	0	B23i
B50	AIH/AID	0	B50
B51	IVF	0	B50
B52	IVF med <i>eSET</i> og nedfrysing av embryo	0	B50
E07	Kirurgisk innsetting av implantat hvor marginal <i>periodontitt</i> er hovedårsak til tanntap – første innsetting av implantat	0	E7
E08	Kirurgisk innsetting av implantat hvor marginal <i>periodontitt</i> er hovedårsak til tanntap – pr. implantat i tillegg	0	E7

Merknad B10 skal lyde:

Takst B10b skal rapporteres til Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer.

Merknad B23d skal lyde:

Takst B23d skal rapporteres til Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer.

Merknad B23i vert oppheva.

Merknad B50 skal lyde:

Staten yter refusjon for inntil tre forsøk med assistert befruktning per pasient.

Merknad E7 skal lyde:

Rehabilitering av tannsett med implantatforankret protetisk behandling som følge av tap av tenner av marginal periodontitt.

Takst E07 kan kreves ved innsetting av første implantat. Takst E08 kan kreves pr. innsatte implantat utover det første.

Takst E07 og E08 skal rapporteres til Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer.

Merknad P16 skal lyde:

Ved gruppe-/familiebehandling kan takst P16 kreves i tillegg til takst P12. Det benyttes kun en hovedtakst og en tilleggstakst per gruppe-/familiesesjon, slik at antall personer til stede i gruppen påvirker ikke antall takster.

Merknad P31 skal lyde:

Taksten kan kreves når en pasient har gjennomført et helhetlig nettbasert behandlingsprogram. Det kan kreves én takst for hvert gjennomførte behandlingsprogram.

Det legges til grunn at behandling for samme sykdom eller problemstilling er del av samme behandlingsprogram, selv om dette strekker seg over lengre tid.

Forutsetninger knyttet til det nettbaserte behandlingsprogrammet for at takstrefusjon skal kunne kreves:

- Det nettbaserte behandlingsprogrammet er en integrert del av et poliklinisk utrednings- og behandlingsforløp.
- Det nettbaserte behandlingsprogrammet kommer til erstatning for noen av de polikliniske konsultasjonene som ellers ville funnet sted i behandlingen av pasienten.
- Det er minst én utredningssamtale på poliklinikken før pasienten skal i gang med den nettbaserte behandlingen og det er avslutningssamtale etter gjennomføring av programmet.
- Behandlingen finner sted gjennom et sikkert system som tilfredsstillende krav til informasjonssikkerhet.

Merknad P19 skal lyde:

For å kreve inn takster skal barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker være faglig godkjent av fylkesmannen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 4-1 annet ledd. For å bli faglig godkjent må poliklinikken ha egnede lokaler og tilfredsstillende bemanning. Grunnbemanningen i poliklinikk må minst utgjøre 4 fagstillinger med lege som er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, spesialist i klinisk psykologi med fordypningsområde klinisk barne- og ungdomspsykologi, sosionom med klinisk

videreutdanning i barne- og ungdomspsykiatri og klinisk pedagog med videreutdanning i barne- og ungdomspsykiatri.

Godkjenning av poliklinikken forutsetter at en vesentlig del av disse fagstillingene er besatt. Andre refusjonsutløsende stillinger kan være stillinger for høyskoleutdannet personell med videreutdanning i miljøterapi eller annen klinisk videreutdanning rettet mot poliklinisk arbeid med barn, ungdom og deres familier, samt utdanningsstillinger for lege, psykolog, sosionom, pedagog og miljøterapeut.

Også psykiatriske ungdomsteam må være godkjent av fylkesmannen for å kreve inn takster. For å bli faglig godkjent må ungdomsteamet ha egnede lokaler. Det kreves en minimumsbemanning på 4 fagpersoner for at et ungdomsteam skal kunne godkjennes som selvstendig team, deriblant lege som er spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri, psykolog og sosionom.

Stillinger ved team som ikke har tilstrekkelig bemanning til å godkjennes som selvstendig team kan legges under voksenpsykiatrisk eller barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og regnes med i dennes refusjonsgrunnlag. I slike tilfeller nyttes takstene under «Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og psykiatrisk ungdomsteam» for de ungdomspsykiatriske stillingene selv om de er knyttet til voksenpsykiatrisk poliklinikk. Ved henvisning til psykiatriske ungdomsteam til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk utløses takst bare dersom regionalt helseforetak har utpekt disse til å ta imot slike henvisninger.

Fylkesmannens vedtak etter første og tredje avsnitt kan påklages til Nasjonalt klageorgan.

Nødvendige laboratorie- og røntgenundersøkelser er inkludert de respektive takstene.

Merknad R3b skal lyde:

Takst 701j kan ikke benyttes ved screening-undersøkelser. Taksten kan kun kreves av spesialister innen endokrinologi, nukleærmedisin, radiologi, revmatologi eller andre med dokumentert spesialkunnskap innen fagområdet metabolske beinsykdommer. Taksten kan kun kreves én gang per år per pasient.

S Radiologi skal lyde:

1 Radiologi

Hovedregelen er at det til enhver poliklinisk radiologisk prosedyre er knyttet én og bare én unik refusjonssats (kronebeløp). I «Regelverk for finansiering av poliklinisk radiologi ved statlige helseinstitusjoner i 2016» fremgår det hvilken refusjonskategori den enkelte prosedyre er plassert i.

Det kan kreves refusjon for de radiologiske prosedyrene som inngår i kodeverket «Norsk klassifisering av radiologiske prosedyrer» (NCRP).

Se kodeveiledning og regelverk for finansiering av poliklinisk radiologi ved statlige helseinstitusjoner for detaljer, jf. merknad S1.

Et gyldig refusjonskrav må minst inneholde en kode for enten en diagnostisk undersøkelse eller en bildeveiledet intervensjon, samt det refusjonsbeløp som kreves, jf. merknad S1.

Tabell S1: Refusjonskategorier og satser radiologi

Modalitet	Refusjonskategori	Kroner	Merknad
Røntgen	RG1	28	S1
Røntgen	RG2	53	S1
Røntgen	RG3	157	S1
Røntgen	RG4	309	S1
Røntgen	RG5	515	S1
Computer Tomografi	CT1	181	S1
Computer Tomografi	CT2	293	S1
Computer Tomografi	CT3	506	S1
MR	MR1	422	S1
MR	MR2	479	S1
MR	MR3	1 040	S1
Ultralyd	UL1	29	S1
Ultralyd	UL2	55	S1
Ultralyd	UL3	100	S1
Ultralyd	UL4	342	S1
Intervensjon	Int1	109	S1
Intervensjon	Int2	149	S1
Intervensjon	Int3	769	S1
Intervensjon	Int4	2 030	S1

2 Nukleærmedisin

Hovedregelen er at det til enhver poliklinisk nukleærmedisinsk prosedyre er knyttet én og bare én unik refusjonssats (kronebeløp). De prosedyrene det kan kreves refusjon for inngår i «Regelverk for finansiering av poliklinisk radiologi ved statlige helseinstitusjoner

i 2016». Et gyldig refusjonskrav må i tillegg til en prosedyrekode alltid inneholde en tilleggskode for det radiofarmakum som benyttes. Se kodeveiledning og regelverket for finansiering av poliklinisk radiologi ved statlige helseinstitusjoner for detaljer, jf. merknad S1. I regelverkene for finansiering av poliklinisk radiologi fremgår også hvilken refusjonskategori den enkelte prosedyre er plassert i.

Tabell S2: Refusjonskategorier og satser for nukleærmedisin inkludert PET

<i>Refusjonskategori</i>	<i>Refusjon</i>	<i>Merknad</i>
NM 1	899	S1
NM 2	1 134	S1
NM 3	1 906	S1
NM 4	3 579	S1
NM 5	6 473	S1
NM 6	10 066	S1
NM 7	18 506	S1
PET 1	4 255	S1
PET2	5 161	S1
PET3	5 735	S1
PET 4	8 983	S1

Merknad S1:

Se følgende dokumenter på Helsedirektoratet hjemmesider

- Kodeverket «Norsk klassifisering av radiologiske prosedyrer (NCRP)» er samordnet med andre prosedyrekodeverk og inngår nå i kodeverket for medisinske, kirurgiske og radiologiske prosedyrer (NCMP, NCSP og NCRP),

jf. <https://helsedirektoratet.no/helsefaglige-kodeverk>

- «Norsk klassifisering av radiologiske prosedyrer (NCRP), kodeveiledning for 2016» inngår nå i Kodeveiledningen for ICD 10, NCMP, NCSP og NCRP,

jf. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/regelverk-og-veiledning-for-kliniske-kodeverk-i-spesialisthelsetjenesten>

Se følgende dokumentet på HELFOs nettsider (www.helfo.no):

- «Regelverk for finansiering av poliklinisk radiologi ved statlige helseinstitusjoner i 2016».

En samlet oppstilling av kodene i NCRP 2016 og de tilhørende refusjonskategorier fremgår av vedlegg A i regelverket.