

# **Høring**

## **om forslag til endringer i forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta m.m.**

7. mai 2020

Frist for høringsuttalelser er 18. juni 2020

## Innhold

1	Innledning .....	3
2	Gjeldende rett og praksis .....	3
2.1	Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta 3	
2.2	Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften) .....	3
2.3	Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege 4	
3	Departementets vurderinger og forslag .....	4
3.1	Langtidsvirkende prevensjon til kvinner i fertil alder som har rett til helsehjelp i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) .....	4
3.2	Lavterskeltilbud for personer med risiko for å begå overgrep mot barn .....	6
4	Økonomiske og administrative konsekvenser .....	8
4.1	Langtidsvirkende prevensjon til kvinner i fertil alder som har fått rett til helsehjelp i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) .....	8
4.2	Lavterskeltilbud for personer med risiko for å begå overgrep mot barn .....	9
5	Forslag til forskriftsendringer .....	9

# 1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette på høring forslag til endringer i tre forskrifter: *forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta*, *forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften)* og *forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege*.

Departementet foreslår i dette høringsnotatet at kvinner i fertil alder som har fått rett til helsehjelp i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) skal kunne motta veiledning om, få satt inn eller ev. fjernet langtidsvirkende prevensjon uten å betale egenandel eller annen pasientbetaling.

Det skal etableres lavterskeltilbud i spesialisthelsetjenesten for personer med risiko for å begå seksuelle overgrep mot barn, der det legges til grunn at pasientene ikke behøver å være henvist fra fastlege. Behandlingstilbudet skal inkluderes i aktivitetsbasert finansiering. Departementet foreslår derfor endringer som vil gi sykehusene anledning til å kreve både refusjon og egenandel for behandlingen.

## 2 Gjeldende rett og praksis

### 2.1 Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta

Spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 første ledd nr. 1 gir departementet anledning til å pålegge pasientene å betale for poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten. I henhold til *forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta* § 4 første ledd, kan det bare kreves egenandel fra pasienter som er henvist til spesialisthelsetjenesten av visse grupper personell. Av bestemmelsens andre ledd fremgår det videre at den polikliniske helsehjelpen skal være utført av særskilte grupper helsepersonell. I § 5 i forskriften er det gitt bestemmelser om at poliklinikken likevel ikke skal kreve egenandel av pasienten når tjenesten er av en nærmere angitt type, eller tjenesten er rettet mot en bestemt pasientgruppe. I disse tilfellene blir egenandelen dekket av staten.

I § 8 reguleres adgangen til å kreve betaling fra pasienter for bandasjemateriell og bedøvelsesmiddel brukt forbindelse med helsehjelpen. Dette kalles pasientbetaling, og kan bare kreves sammen med godkjent egenandel etter forskriftens § 4.

### 2.2 Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften)

For at virksomheter kan kreve godtgjøring (refusjon) etter poliklinikkforskriften, skal pasienten normalt være henvist fra «lege, kiropraktor, manuellterapeut, tannlege eller psykolog utenfor vedkommende sykehus» eller være henvist av «optiker til øyenlegespesialist/øyeavdeling utenfor vedkommende sykehus», jf. poliklinikkforskriften

§ 2 første ledd. Videre kan pasienter være henvist til «poliklinisk tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet fra kommunal helse- og omsorgstjeneste eller sosialtjeneste», jf. først ledd i samme bestemmelse.

Hovedregelen om at henvisning fra en av disse personellgruppene er et vilkår for godtgjøring, gjelder blant annet ikke når pasienten på egen hånd oppsøker sykehusets akuttfunksjon som øyeblikkelig hjelp og hvor denne avdeling/funksjon finner det nødvendig å undersøke/behandle vedkommende, jf. § 2 andre ledd. Unntak gjelder også der det ved undersøkelse foretatt ved poliklinikk i en hovedspesialitet viser seg at vedkommende har en sykdom av en helt annen art som krever full undersøkelse ved poliklinikk i en annen hovedspesialitet uten sammenheng med utredning eller behandling av den første sykdomstilstanden.

### **2.3 Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege**

Forskriften gjelder stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, d.v.s. fastleger og privatpraktiserende spesialister som har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak (avtalespesialister). I § 2 i *forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege* fremgår det bl.a. at egenandeler for å oppsøke lege er uttømmende regulert i forskriften. Det fremgår av § 3 i forskriften hvilke typer tjenester og pasientgrupper som legen kan få stønad etter honorartakstene for, dvs. i hvilke tilfeller egenandelen refunderes av folketrygden.

I forskriftens kapittel II del B punkt *Satser for forbruksmateriell*, reguleres pasientbetaling for ulike grupper av forbruksmateriell. Forskriften skiller mellom materiell som helt, delvis eller ikke skal dekkes av pasienten. Det fremgår av takst 10a og 10c at utstyr til mellom annet gynekologisk undersøkelse og mindre kirurgiske inngrep skal bekostes av pasienten etter nærmere angitt honorartakst. I tillegg skal pasienten dekke utgifter til materiell eller legemidler som ikke er dekket av disse honorartakstene, jmfør forskriftens merknad B5. Disse takstene blir ikke refundert av folketrygden, utenom tilfeller som går inn under folketrygdloven kapittel 15, og når pasientens tilstand er til hinder for innkreving av egenandel, jmfør forskriftens § 3 nr.4.

## **3 Departementets vurderinger og forslag**

### **3.1 Langtidsvirkende prevensjon til kvinner i fertil alder som har rett til helsehjelp i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)**

Departementet foreslår i dette høringsnotatet at det gis bestemmelser om egenbetalingsfritak både ved poliklinisk konsultasjon på sykehusene og ved konsultasjon hos fastlege og spesialister innen gynekologi/obstetrikk som har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak når kvinner i LAR mottar veiledning om, får satt inn eller eventuelt fjernet langtidsvirkende prevensjon.

I behandling av Prop. 15 S (2015–2016) – Opptrappingsplan for rusfeltet (2016–2020), jf. Innst. 240 S (2015–2016), ble det vedtatt følgende anmodningsvedtak (Vedtak nr. 627 og 628 (2015–2016), 28. april 2016):

Vedtak 627: «Stortinget ber regjeringen vurdere å gi alle kvinner med alvorlig rusmiddelavhengighet tilbud om gratis langtidsvirkende prevensjon.»

Vedtak 628: «*Stortinget ber regjeringen sørge for at det stilles krav til at helsetjenesten skal gi alle kvinner i reproduktiv alder som skal starte opp i LAR, grundig informasjon om LAR-behandling og graviditet. Kvinner i LAR som ønsker å få barn, må få tilbud om hjelp til nedtrapping av LAR-medikamenter, men det understrekes at det må gjøres individuelle vurderinger av konsekvensene av en eventuell nedtrapping.*»

Vedtakene ble fulgt opp ved at det i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2017 framgår at de regionale helseforetakene skal sikre at kvinner i LAR får informasjon om LAR-behandling og graviditet og tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter, og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR.

Kostnaden knyttet til selve prevensjonen er således allerede dekket for kvinnene. I forbindelse med Helsedirektoratets arbeidet med revidering av nasjonal retningslinje for *Gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)* fremkom det at kvinner i LAR i enkelte tilfeller likevel måtte betale egenandel i forbindelse med veiledning, innsetting og eventuelt fjerning av prevensjon. Den ovennevnte retningslinjen ble publisert 17. september 2019. For å følge opp at det blir helt kostnadsfritt for kvinner i LAR å få veiledning, satt inn og eventuelt fjernet langtidsvirkende prevensjon, er det nødvendig at det også gis fritak fra egenandel og annen pasientbetaling, og at dette må inngå i relevante forskrifter.

I kapittel 2 i revidert nasjonal retningslinje lyder anbefaling om prevensjon og familieplanlegging slik: "*Veiledning om bruk av prevensjon skal tilbys som del av helsetjenestens oppfølging av kvinner i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i fertil alder. Bruk av prevensjon anbefales frem til rusfrihet og stabil livssituasjon er oppnådd*".

Målet med den sterke anbefalingen om bruk av langtidsvirkende reversibel prevensjon er å redusere antallet svangerskap før rusfrihet og stabil livssituasjon er oppnådd. Med rusfrihet menes fravær av skadelig eller avhengighetspreget bruk av rusmidler. Substitusjonslegemidler brukt i LAR er ikke rusmidler. I begrepet «stabil livssituasjon» inngår rusfrihet og stabil bruk av substitusjonslegemiddel, samt å være i prosess med mål om somatisk og psykisk helse, rusfritt nettverk, mestring av egen livssituasjon, trygt bosted og forutsigbar økonomi.

Klinisk erfaring, pasienterfaring og systematisert pasienterfaring tyder på at mange av kvinnene som starter i LAR ikke er klare for graviditet, at flertallet av graviditeter hos kvinner i LAR ikke er planlagte og at veiledning og tilbud om gratis prevensjon reduserer antall uplanlagte graviditeter.

En del kvinner i LAR i fertil alder har skadelig og/eller avhengighetspreget bruk av rusmidler, samt vanskeligheter på flere livsområder som gjør at de ikke har en stabil livssituasjon. Økonomi er ett av disse områdene. Kvinner med rusutfordringer har større

risiko for å oppleve vold og seksuelle overgrep, og dermed uønskede graviditeter. Samtidig oppsøker de i mindre grad spesialiserte hjelpetjenester, for eksempel krisesenter.

Kunnskap om fertilitet og mulighet for langtidsvirkende reversibel prevensjon eller annen hormonell prevensjon, kan styrke kvinnens opplevelse av kontroll over egen seksualitet og eventuell fremtidig graviditet. Grundig informasjon, dialog, trygge relasjoner mellom behandlere og kvinnen, samt kvinnens eierskap til beslutning er av vesentlig betydning for at man skal lykkes med å nå målet med anbefalingen. Etterlevelse av anbefalingen kan bidra til at graviditeter hos kvinner i LAR finner sted på et tidspunkt i kvinnens liv som er best egnet for både kvinnen og for fosteret/barnet.

De regionale helseforetakene har fått ansvaret for å «sikre at kvinner i LAR får tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR». Kvinnene er, som nevnt ovenfor, imidlertid ikke unntatt krav om egenandeler og pasientbetaling for veiledning om, forordning av, innsetting av og fjerning av prevensjon. Kvinnens økonomiske situasjon kan således være et hinder for etterlevelse av anbefalingen om prevensjon og familieplanlegging.

For å sikre god informasjon om anbefalte og tilgjengelige prevensjonsmidler, og trygg bruk av disse, er veiledning nødvendig. Innsetting og eventuell fjerning av prevensjon kan kreve en egen konsultasjon.

For å bidra til høy etterlevelse av anbefalingen om prevensjon og familieplanlegging foreslår Helse- og omsorgsdepartementet å gjøre endringer i *forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta § 5* og *forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege § 3*. Det skal fremgå av disse bestemmelsene at det ikke skal avkreves egenandel ved veiledning om, innsetting eller fjerning av langtidsvirkende prevensjon til kvinner i fertil alder som får behandling i Legemiddelasistert rehabilitering (LAR). Videre foreslår departementet å gjøre endringer i *forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege merknad B5*. Det skal fremgå av merknaden at det ikke skal avkreves pasientbetaling i forbindelse med innsetting eller fjerning av langtidsvirkende prevensjon for denne pasientgruppen. Det foreslås at disse kostnadene skal dekkes av folketrygden.

Ved disse tilleggene vil egenandeler og pasientbetaling for veiledning om, innsetting eller eventuell fjerning av langtidsvirkende prevensjon for kvinner i fertil alder som mottar behandling i LAR dekkes av staten/trygden. Det vil gjelde både hos fastleger, hos spesialister innen gynekologi/obstetikk som har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak og i poliklinikker i spesialisthelsetjenesten.

### **3.2 Lavterskeltilbud for personer med risiko for å begå overgrep mot barn**

Det skal etableres lavterskeltilbud i spesialisthelsetjenesten for personer med risiko for å begå seksuelle overgrep mot barn, der det legges til grunn at pasientene ikke behøver å være henvist fra fastlege. Behandlingstilbudet skal inkluderes i aktivitetsbasert

finansiering. Departementet foreslår derfor endringer som vil gi sykehusene anledning til å kreve både refusjon og egenandel for behandlingen.

I behandlingen av Dokument 8:140 S (2017–2018), jf. Innst. 316 S (2017–2018), ble det vedtatt følgende anmodningsvedtak (Vedtak nr. 797, 29. mai 2018):

*«Stortinget ber regjeringen sørge for at det utredes en helhetlig behandlings- og oppfølgingstjeneste til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn.»*

På denne bakgrunn fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utrede etablering av en helhetlig lavterskeltjeneste med behandlingstilbud til mennesker som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn. Helsedirektoratet leverte sin utredning i mai 2019. I utredningen anbefalte direktoratet bl.a. at det opprettes et lavterskeltilbud for kvinner og menn over 16 år som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn og unge.

Helse Sør-Øst RHF skal i løpet av våren 2020 etablere en landsdekkende lavterskeltjeneste og et helhetlig behandlingstilbud. Helse Vest RHF skal etablere et behandlingstilbud til målgruppen høsten 2020. Behandlingstilbud i Helse Midt-Norge og Helse-Nord vil etableres senere. Selve behandlingstilbudet utarbeides i samarbeid med Helsedirektoratet, Nasjonalt kompetansesenternettverk for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER), Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS) og de øvrige regionale helseforetakene.

Lavterskeltilbudet vil rette seg mot personer som har selvidentifisert risiko, som gjør at de er hjelpesøkende. Dette er primærmålgruppen for tilbudet. Personer som er bekymret for at andre skal begå overgrep, samt helsepersonell som ønsker veiledning, skal også kunne benytte seg av tjenesten. Dette blir en sekundærmålgruppe for tjenesten.

Lavterskeltilbudet innebærer at den enkelte skal kunne oppsøke en veiledningstjeneste direkte for vurdering og ev. henvisning til behandling, uten å gå veien om fastlege eller annen henviser. Den enkelte kan også ta direkte kontakt med behandlingstjenesten, uten å gå veien om veiledningstjenesten. Det er godt kjent fra andre land at dette vil senke barrieren for å søke og motta psykologiske tjenester hos primærmålgruppen.

Personer som kun ønsker generell rådgivning og veiledning i veiledningstjenesten kan være anonyme. Denne rådgivningen og veiledningen kan ikke være av en slik art at den må anses som «helsehjelp» i lovens forstand. Det vises til helsepersonelloven § 3 tredje ledd der helsehjelp er definert som «enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell». Når den generelle rådgivningen og veiledningen ikke skal regnes som helsehjelp, foreligger det heller ikke noen dokumentasjonsplikt. Når det derimot ytes helsehjelp så foreligger det en dokumentasjonsplikt, og relevante og nødvendige opplysninger skal føres i pasientens journal / være en del av pasientens journal, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40.

Det skal hverken kunne kreves refusjon eller egenandel i tilknytning til at generell rådgivning og veiledning ytes. Dersom personen ønsker å motta helsehjelp, henvises vedkommende til behandlingstilbudet. En slik henvisning forutsetter at personen ikke er anonym.

Det er planlagt å legge denne veiledningstjenesten ett sted i landet, samlokalisert med en poliklinikk for fagområdet. Bruker skal selv ta kontakt med veiledningstjenesten i ønsket kanal (telefon, chat). Formålet er å veilede vedkommende og ev. bistå med timebestilling hos behandlingstjenesten. Dialogen med bruker vil følge et strukturert og faglig forsvarlig opplegg.

I veiledningstjenesten vil det også blir gjort en risikovurdering som gir grunnlag for å fastslå behandlingsbehov. Det legges opp til en enkel henvisningstjeneste med rask responstid. Helsehjelpen vil tilbys enten ved fysisk oppmøte hos behandler eller ved internettbasert behandling.

Helsehjelp som ytes skal inngå i aktivitetsbasert finansiering, dvs. at sykehusene skal kunne kreve ISF-refusjon for behandlingen og pasientene skal kunne kreves for egenandel. Fordi det er lagt opp til at pasientene på selvstendig grunnlag skal kunne ta kontakt med spesialisthelsetjenesten uten å være henvist fra allmennlege/fastlege, må det gjøres endring i § 2 i poliklinikkforskriften. Departementet foreslår at poliklinikk som yter råd, veiledning eller behandling til person, som etter egen mening står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, skal få godtgjøring etter forskriften selv om personen ikke er blitt henvist fra personell nevnt i § 2 første ledd. Videre må det gjøres endring i § 5 i forskrift om pasientbetaling for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta slik at personer som har oppsøkt spesialisthelsetjenesten fordi de etter egen mening står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn og som mottar behandling, skal kunne avkreves egenandel.

## **4 Økonomiske og administrative konsekvenser**

### **4.1 Langtidsvirkende prevensjon til kvinner i fertil alder som har fått rett til helsehjelp i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)**

Helsedirektoratet anslår en samlet kostnad tilsvarende 1 mill. kroner for å etablere fritak for egenbetaling for den aktuelle pasientgruppen.

Av dette utgjør 0,9 mill. kroner kostnaden for å etablere et egenandelsfritak. Anslaget er et øvre anslag. Eksisterende skjermingsordninger, særlig egenandelstak 1, anslås å dekke om lag halvparten av dagens egenandelsbetaling. Kostnaden for å fritta gruppen for materiellkostnader hos de privatpraktiserende legene er anslått å utgjøre 0,1 mill. kroner.

Dette innebærer at kostnaden for staten/trygden for å etablere et egenandelsfritak for pasientgruppen tilsvarer om lag 0,6 mill. kroner (årsvirkning). Forslaget innebærer lavere kostnader tilsvarende de økte statlige utgifter for den aktuelle pasientgruppen.

Forslaget har ingen økonomiske konsekvenser for kommuner eller fylkeskommuner, ei heller for de regionale helseforetakene.



## **4.2 Lavterskeltilbud for personer med risiko for å begå overgrep mot barn**

Helsedirektoratet anslår at 100 pasienter vil benytte behandlingstilbudet hvert år når behandlingstilbudet er etablert i alle helseregioner. Direktoratet legger til grunn at hver pasient vil ha 24 konsultasjoner. Samlet innebærer dette at ordningen med innsatsstyrt finansiering (statsbudsjettets kap. 732, post 76) vil få økte utbetalinger tilsvarende knapt 1,2 mill. kroner (helårsvirkning).

Egenandelene vil inngå i egenandelstak 1. Det antas at 30 pst. av pasientenes utgifter for å nå taket vil skyldes egenandeler betalt i forbindelse med andre helsetjenester enn det behandlingstilbud som er tema her. Helsedirektoratet anslår at pasientene vil betale knapt om lag 170 000 kroner (helårsvirkning) i egenandeler og at egenandelstak 1 (statsbudsjettets kap. 2752, post 70) vil refundere om lag 670 000 kroner (helårsvirkning).

De regionale helseforetakene vil få knapt 1,2 mill. kroner i øke ISF-inntekter og om lag 840 000 kroner i økte egenandelsinntekter.

Helsedirektoratet er tildelt et tilskudd (kap. 765, post 21) til formålet for 2020 og skal fordele midler til de regionale helseforetakene. Deler av disse tilskuddsmidlene vil flyttes til kap. 732, post 76 og kap. 2752, post 70.

Forslaget har ingen økonomiske konsekvenser for kommuner eller fylkeskommuner.

## **5 Forslag til forskriftsendringer**

### **I**

I forskrift 20. desember 2016 nr. 1848 om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta gjøres følgende endring:

Ny § 5 første ledd bokstav k) skal lyde:

k) ved rettleiing om, innsetting eller fjerning av langtidsverkande prevensjon til kvinner i fertil alder som får behandling i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Ny § 5 første ledd bokstav l) skal lyde:

l) ved rådgiving og rettleiing til personar som har oppsøkt spesialisthelsetenesta fordi dei etter eigen meining står i fare for å gjere seksuelle overgrep mot barn.

### **II**

I forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften) gjøres følgende endring:

Ny § 2 andre ledd tredje punktum skal lyde:

Poliklinikk som yter råd, veiledning eller behandling til person, som etter egen mening står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, får godtgjøring etter denne forskriften selv om personen ikke er blitt henvist fra personell nevnt i første ledd.

I forskrift 27. juni 2019 nr. 923 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege

Ny § 3 nr. 10 skal lyde:

10. Ved veiledning om, innsetting eller fjerning av langtidsvirkende prevensjon til kvinner i fertil alder som får behandling i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Ny Merknad B5 skal lyde:

*Beløpene kan repeteres/kombineres hvis det er gjort flere inngrep/flere prosedyrer.*

*Pasienten må i tillegg dekke utgifter til materiell eller legemidler som ikke er dekket av de ovenstående fastsatte honorar som for eksempel gips, spiral, kateter, vaksiner, legemidler, ortoser, etc., etter legens kostnad. Dette gjelder likevel ikke for pasienter omfattet av denne forskrifts § 3 nr. 10.*

*Engangsutstyr som f.eks. sprøyter kan det ikke beregnes ekstra for, da disse utgifter inngår i taksten.*

*Takstene 10a til 10d refunderes ikke av folketrygden. Folketrygden dekker slike utgifter kun ved tilfeller som går inn under folketrygdens kapittel 13, og denne forskrifts § 3 nr. 4 og nr. 10.*

Endringene gjelder fra 1. juli 2020.