

Vedlegg 6 Finansiering av tilbud og egenandeler

Finansieringsansvaret følger sørge for-ansvaret både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. De kommunale helse- og omsorgstjenestene finansieres i hovedsak gjennom kommunesektorens frie inntekter. I tillegg finansieres tjenestene gjennom øremerkede tilskudd samt gjennom brukerbetaling, egenandeler og ved statlige overføringer i form av takstrefusjoner til blant annet lege- og fysioterapitjenester. Videre er det også en del særskilte midler gjennom tilskuddsordninger til kommunale helse- og omsorgstjenester.

Finansieringen i spesialisthelsetjenesten er dominert av statlige bevilgninger rettet mot de regionale helseforetakene (RHF) for å understøtte sørge for-ansvaret for helsetjenester. Den største aktivitetsbaserte finansieringsordningen er ISF (innsatsstyrt finansiering). Gjennom ISF gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling. I tillegg kommer øvrige ordninger regulert av staten som blant annet omfatter folketrygdbaserte ordninger rettet mot aktører i spesialisthelsetjenesten som takstrefusjoner, egenandeler og enkelte tilskuddsordninger. I tillegg finnes en kvalitetsbasert finansieringsordning der en mindre andel av RHF-enes inntekter gjøres avhengig av måloppnåelse på fastsatte prestasjonsmål. Den samlede finansieringen utgjør således en blandingsmodell der RHFene står for fordeling og finansiering av utøvende virksomheter innenfor de samlede rammene.

I ISF-ordningen er det refusjon for hørselsundersøkelser og hørselsforberedende tiltak. Denne aktiviteten grupperes til en egen DRG (803N) som gir grunnlag for ISF-refusjon og egenandel. I tillegg til lege kan også audiograf ha selvstendige konsultasjoner som gir grunnlag for ISF og egenandel. Avtalespesialistene er omfattet av egne fremforhandlede takster. Der er det flere takster innenfor området hørselsmålinger. Det er ikke egenandeler i spesialisttaksten (takstene 321 til 328a) for hørselsmålinger.

I kommunehelsetjenesten er det også et fremforhandlet takstsystem for fastleger og legevakt. Her er det også takster for hørselsmålinger.

Egenandeler og pasientbetaling

Et grunnleggende prinsipp i norsk rett er at staten ikke kan gjøre inngrep i borgernes rettsstilling uten at det er hjemmel i lov. Prinsippet kalles for legalitetsprinsippet og følger av grunnloven § 113 som sier at "Myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov".

Prinsippet har til formål å beskytte individene mot handlinger fra statsmakten som innskrenker borgernes rettsstilling, og et eksempel er at det offentlige må ha hjemmel i lovverket for å pålegge skatter, avgifter eller gebyrer.

Norsk offentlig helse- og omsorgstjeneste bygger derfor på et prinsipp om at pasientens egenbetaling skal reguleres uttømmende i lovverket. Dette gjelder for både statlige og kommunale tjenester, og vil også

gjelde for tjenesteytere som utfører tjenester på vegne av det offentlige, f.eks. fastleger og fysioterapeuter.

For at det offentlige, eller noen som opptrer på vegne av det offentlige, skal kreve betaling fra brukerne, må det som det fremgår av det overforstående være hjemmel i lov eller forskrift. Det skal være forutberegnelighet for brukerne hva de skal betale for, og hvor mye de skal betale.

Uhjemlet pasientbetaling er en utfordring i den offentlige helsetjenesten, og mange pasienter opplever at de må betale mer enn det som følger av regelverket. For å hindre at dette skjer er det viktig at i de tilfeller pasientbetaling er hjemlet kommer dette til uttrykk på en slik måte at det ikke er rom for tvil om hva som kan kreves av betaling fra pasienten.

Dersom den offentlige helsetjenesten skal avkreve pasienten betaling må dette være hjemlet i lov. Visse former for betaling omfattes av **egenandelsordningen**, ved at egenandelene regnes inn i et utgiftstak – egenandelstaket. For 2020 er dette egenandelstaket kroner 2460,- for egenandelstak 1, og kroner 2176,- for egenandelstak 2.

Reglene om egenandeler fremgår i dag av folketrygdloven § 5-3. Med hjemmel i denne bestemmelsen kan departementet fastsette hvilke utgifter som anses som egenandeler. Bestemmelsen fastsetter utgiftstaket for visse (helt konkrete) egenandeler for å skjerme storforbrukere fra for store utgifter til helsetjenester. Når pasienten har betalt egenandeler tilsvarende beløpsgrensene, slipper pasienten å betale mer i egenandel i det inneværende år, og folketrygden overtar da ansvaret for å dekke pasientens egenandeler. Når taket er nådd, utstedes det automatisk et frikort som dokumenterer at vedkommende ikke skal dekke egenandeler for helsetjenester som omfattes av ordningen for resten av kalenderåret.

Utgifter som faller inn under begrepet pasientbetaling er utgifter som ikke anses som egenandeler, og regnes derfor ikke med i opptjeningen til frikort. Dette er utgifter pasienten må dekke selv. Pasientbetaling som ikke er hjemlet i lov eller forskrift vil være ulovlig å kreve fra pasienten.

Kommunene har etter § 11-2 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. rett til å kreve vederlag for kommunens helse- og omsorgstjeneste, forutsatt at dette følger av lov eller forskrift.

Hva pasienten skal betale for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten fremgår av Forskrift om betaling fra pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet er kjent med at det over tid har etablert seg en praksis med at fastleger og avtalespesialister har sendt pasienter til audiografer i privat virksomhet. En slik praksis medfører at mange pasienter har endt opp med å betale deler av regningen selv, både i forbindelse med konsultasjoner og ved tilpassing av høreapparat. Dette er noe en pasient har rett til å få dekket, og det skal ikke betales mer enn vanlig egenandel.