



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 5

(2004–2005)

Lov om endringer i lov 28. februar 1997
nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) m.m.

Innhold

1	Innledning og sammendrag	5	6.1.1	De regionale helseforetakenes styring av den offentlige finansieringen av private laboratorie- og radiologitjenester gjennom avtaler	11
2	Bakgrunnen for forslagene i proposisjonen	5	6.1.2	Volumbegrensinger i avtalene	12
2.1	NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten	5	6.1.3	Inngåelse av og informasjon om avtalene	13
2.2	St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten	6	6.2	De regionale helseforetakenes dobbeltrolle og konkurranse-situasjonen mellom virksomhetene	14
2.3	Innst.S.nr. 82 (2003–2004) Innstilling fra sosialkomiteen om inntektssystem for spesialisthelsetjenesten	6	6.3	Avtalepartene	15
2.4	Høring	6	6.4	Forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten	16
2.5	Syketransport	7	6.5	Ikrafttredelsestidspunkt og forslag til overgangsordning	17
3	Gjeldende rett	8	6.6	Retten til dekning av utgifter til syketransport	17
3.1	Ansaret for å sørge for laboratorie- og radiologitjenester	8	7	Økonomiske og administrative konsekvenser	18
3.2	Finansiering av laboratorie- og radiologitjenester	8	8	Særskilte merknader til de enkelte bestemmelsene	19
3.3	Godkjenning av virksomhetene	8	8.1	Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) § 5–5	19
4	Forslaget i høringsnotatet	9	8.2	Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter	19
5	Høringsinstansenes merknader	9		Forslag til lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) m.m.	20
6	Nærmere om lovforslaget. Departementets vurderinger	11			
6.1	Nærmere om kravet om avtale	11			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 5

(2004–2005)

Lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) m.m.

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 22. oktober 2004,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Bondevik II)*

1 Innledning og sammendrag

Regjeringen legger med dette fram forslag om å gjøre endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) § 5–5 om stønad fra trygden til dekning av utgifter til private laboratorie- og radiologitjenester, slik at det kun ytes stønad til dekning av utgifter til prøver, undersøkelser og behandling som er omfattet av avtale mellom tjenesteyter og regionalt helseforetak.

Forslaget er en oppfølging av Innst.S. nr. 82 (2003–2004), St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten og NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Formålet med de foreslåtte endringene i finansierungsordningen for private laboratorie- og radiologitjenester, er at de regionale helseforetakene skal få økt ansvar og bedre mulighet til å planlegge og prioritere det samlede tilbudet om laboratorie- og radiologitjenester innen egen helseregion. Laboratorie- og radiologitjenester er vesentlige for å sikre riktig diagnose, behandling og etterkontroll, og pasientene skal derfor fortsatt sikres god tilgang til slike tjenester. Samtidig er det nødvendig å innrette finansierungsordningene slik at disse tjenestene blir sett i sammenheng med øvrig behandling og diagnostikk. Det skjer ikke på en tilfredsstillende måte i dag.

I tillegg foreslår regjeringen en endring i pasientrettighetsloven § 2–6. Endringen foreslås for å rette opp en utilsiktet feil i forslaget til bestemmelsen i Ot.prp. nr. 66 (2002–2003) Om lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (Finansierungsansvar for syketransport og reiseutgifter for helsepersonell).

2 Bakgrunnen for forslagene i proposisjonen

2.1 NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten

I forbindelse med forslaget om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001), varslet Regjeringen at den ville foreta en bred gjennomgang av eksisterende finansierungsordninger for spesialisthelsetjenesten. For å sikre et beslutningsgrunnlag for utformingen av et fremtidig inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, ble det ved kongelig resolusjon av 1. februar 2002 satt ned et utredningsutvalg (Hagenutvalget).

Hagenutvalgets utredning er tatt inn i NOU 2003:1. Utvalget vurderte om det var hensiktsmessig å kanalisere alle refusjoner for laboratorie- og røntgenvirksomhet til regionale helseforetak. Flertallets syn var at utbetaling av refusjon direkte til

det tjenesteytende nivået ikke var i samsvar med styringsmodellen for de regionale helseforetakene. Hvis de regionale helseforetakene ble mottakere av refusjonene ville mulighetene bedres for en samlet planlegging av laboratorie- og røntgenvirksomheten, både offentlig og privat. Dette var, i følge utvalgets flertall, i samsvar med utvalgets ønske om å vri finansieringsordningene bort fra enkeltstående tjenester og over til finansiering av hele behandlingsforløpet. Utvalgets flertall konkluderte med at laboratorie- og røntgentjenester som rekvireres av spesialisthelsetjenesten bør utløse refusjon til de regionale helseforetakene, ikke direkte til den enkelte tjenesteyter.

2.2 St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten

I St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, som er en oppfølging av NOU 2003:1, foreslo departementet at trygdefinansieringen reduseres og at basisbevilgningene til de regionale helseforetakene økes slik at foretakene får økt ansvar og bedre muligheter for å planlegge og prioritere det totale tilbudet av laboratorie- og røntgentjenester. Videre foreslo departementet at det lovfestes et vilkår om at alle private laboratorie- og røntgenvirksomheter må ha avtale med regionalt helseforetak i pasientens bostedsregion for at de tjenestene de yter skal utløse trygderefusjon, uansett om virksomheten er etablert før eller etter 1. juni 1987. Departementet foreslo at refusjonen fra trygden fortsatt skal utbetales direkte til de private laboratorie- og røntgenvirksomhetene som har avtale om direkte oppgjør med trygden. Forslaget forutsetter en endring av folketrygdloven § 5–5.

Forslaget innbefattet at kravet etter § 5–5 annet ledd om at departementet må godkjenne trygdefinansieringen når tjenesten ytes av virksomheter som er godkjent etter 1. juni 1987, oppheves.

Departementet foreslo ikke å skille mellom tjenester som rekvireres av allmennlege og tjenester som rekvireres av spesialisthelsetjenesten.

2.3 Innst.S.nr. 82 (2003–2004) Innstilling fra sosialkomiteen om inntektssystem for spesialisthelsetjenesten

I innstilling til St.meld. nr. 5 støtter et flertall i komiteen forslaget om en finansieringsmodell for private laboratorie- og røntgentjenester basert på ramrefinansiering og stykkprisfinansiering der takstene reduseres og basisbevilgningene til de regionale helseforetakene økes. Flertallet understreker at

dette også innebærer at private laboratorier og røntgeninstitutter må ha avtale med de regionale helseforetakene for å oppnå trygderefusjon. Videre mener komiteens flertall at trygderefusjon fortsatt skal utbetales direkte til de private virksomhetene, ikke til de regionale helseforetakene.

Komiteen understreker at «det er rimelig at RHF sikrer tidligere leverandører av tjenester ei så romslig tidsmessig overgangsordning at de har muligheter til å foreta nødvendige omstillinger i drifta.» Komiteen kommenterer ikke spesielt forslaget om at trygderefusjon begrenses til de behandlingsformene som de private aktørene og de regionale helseforetakene avtaler.

2.4 Høring

Høringsbrev med forslag om endring av folketrygdloven § 5–5 om stønad til dekning av utgifter til private laboratorie- og røntgentjenester, ble sendt ut 14. mai 2004 med høringsfrist 14. juli 2004. Følgende har vært høringsinstanser:

A/S Telelab

Akvapatologisk laboratorium AS

Betanien Medisinske Laboratorium AS

Borgestadklinikken

Cerebral Parese-foreningen

Den norske kreftforeningen

Den norske Lægeforening

Den norske tannlegeforening

Departementene

EEG-Laboratoriet AS

Fellesorganisasjonen for små og sjeldne diagnosegrupper

Foreningen for Muskelsyke

Foreningen for kroniske smertepasienter

Foreningen for blødere i Norge

Foreningen for Hjerte-Lunge Transplanterte

Foreningen for hjertesyrke barn

Fürst Medisinske Laboratorium AS

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon

Fylkesrådet for funksjonshemmede

Gynlab AS

Handels- og servicenæringens Hovedorganisasjon

Kristiansund Røntgeninstitutt (EMCO-MED)

Laboratorium for Klinisk Mikrobiologi AS

Laboratorium for Patologi AS

Landets fylkesmenn

Landets pasientombud

Landets regionale helseforetak

Landsforeningen for fordøyelsessykdommer

Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke

Landsforeningen for Løsemiddelskadde

Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte

Landsforeningen for Slagrammede
Landsforeningen for Trafikkskadde
Multippel Sklerose Forbundet i Norge
Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og
legefordeling
Norges Fibromyalgi Forbund
Norges Handikapforbund Oslo
Norges ingeniørorganisasjon
Norges Parkinsonforbund
Norsk Forening for cystisk fibrose
Norsk forening for nevrofibromatose
Norsk forening for Osteogenesis Imperfecta
Norsk forening for Tuberøs Sklerose
Norsk fysioterapiforbund
Norsk Kiropraktikerforening
Norsk Pasientforening
Norsk Radiografforbund
Norlab Wille AS
Næringslivets Hovedorganisasjon NHO
Oppdal Helsesenter, røntgenavdeling
Osteoporose Laboratoriet AS
Prisy – Privatsykehusenes Fellesorganisasjon
Rikstrygdeverket
Røntgeninstituttens Fellesorganisasjon
Rådet for funksjonshemmede
Sandefjord klinisk kjemisk laboratorium
Sosial- og helsedirektoratet
Statens helsetilsyn
Statens råd for funksjonshemmede
Sunnmøre MR Klinik AS

Det har kommet inn 42 høringssvar. Tre meddeler at de ikke avgir uttalelse, ti instanser uttaler at de ikke har merknader til forslaget, mens 29 høringsinstanser har avgitt realitetsuttalelser. De høringsinstansene som har avgitt realitetsuttalelse er blant andre fire regionale helseforetak (RHF), Sosial- og helsedirektoratet, Finansdepartementet, Rikstrygdeverket, Arbeids- og administrasjonsdepartementet med uttalelse fra Konkurransetilsynet, flere foreninger/forbund samt fem private laboratorier, Røntgeninstituttens Fellesorganisasjon og Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon. Ingen pasientforeninger har uttalt seg.

Mange av høringsinstansene er negative til forslaget. De mener det kan få uheldige konsekvenser for pasienter, rekvirenter, tjenesteytere, det totale tilbud av laboratorietjenester og røntgentjenester og at samfunnsøkonomiske hensyn vil kunne lide. En del uttaler at de har forståelse for at staten ønsker sterkere kontroll med ressursene og prøver å styre bruken av midlene, men mener at den foreslåtte ordningen ikke er den rette måten å gjøre det på. De mener at visse sider av forslaget må modifiseres, at midler må øremerkes og/eller at departe-

mentet må forskriftsregulere eller instruere de regionale helseforetakene med hensyn til enkelte avtaleforhold. Flere mener at ikrafttredelsen bør utsettes og/eller at det er nødvendig med overgangsordninger.

Ingen høringsinstanser støtter forslaget uten forbehold. Enkelte ser positivt på den foreslåtte ordningen eller elementer ved den. Noen uttrykker verken direkte støtte eller motstand, men alle disse påpeker utfordringer og hensyn som må ivaretas.

Forhold som ofte berøres i høringsuttalelsene er kravet om avtale sett i sammenheng med de regionale helseforetakenes dobbeltrolle, konkurransesituasjon, volumgrenser, vilkåret om avtale med regionalt helseforetak i pasientens bostedsregion, pasientens rettigheter, avtaleutforming og kontrollmuligheter, forholdet mellom de regionale helseforetakene og allmennlegene samt om primærhelsetjenesten skal inkluderes i ordningen.

2.5 Syketransport

I NOU 2003:1 går flertallet i Hagenutvalget inn for å opprettholde rettighetene til syketransport og overføre ansvaret for tjenesten til de regionale helseforetakene slik at tjenesten ikke lenger finansieres av folketrygden.

I Ot.prp. nr. 66 (2002–2003) Om lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (Finansieringsansvar for syketransport og reiseutgifter for helsepersonell) ble det foreslått at ansvaret for å dekke reiseutgifter, herunder oppholdsutgifter og utgifter for nødvendig ledsager, for pasienter som reiser til behandling i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, skulle overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene.

I Innst.O. nr. 9 (2003–2004) går flertallet i sosialkomiteen inn for departementets forslag om overføring av finansieringsansvaret for syketransport til de regionale helseforetakene.

Ansvarsoverføringen ble vedtatt ved endringer i folketrygdloven kap. 5. Blant annet ble bestemmelsene om pasienters rett til dekning av reisutgifter flyttet fra folketrygdloven §§ 5–16 til og med 5–18 til pasientrettighetsloven § 2–6. Bestemmelsen i folketrygdloven § 5–16 fjerde ledd ble imidlertid ikke overført til pasientrettighetsloven § 2–6. Departementet mener at det ikke var tilsiktet at § 5–16 fjerde ledd ikke ble videreført i pasientrettighetsloven § 2–6, og at en ikke hadde til hensikt å endre gjeldende rett. Det foreslås derfor å foreta en endring i pasientrettighetsloven § 2–6 for å gjenopprette rettstilstanden. Endringen anses for å være av retts teknisk karakter og forslaget fremmes derfor uten at det har vært på alminnelig høring.

Forslaget er nærmere omtalt i punkt 6.6.

3 Gjeldende rett

3.1 Ansvar for å sørge for laboratorie- og radiologitjenester

Laboratorie- og radiologitjenester benyttes ved diagnostikk, behandlingskontroll og behandling. Etter lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1a første ledd nr. 2 skal de regionale helseforetakene sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester. De regionale helseforetakene kan yte slike tjenester ved sine egne helseforetak, eller de inngår avtale med private tjenesteytere, jf. § 2-1a fjerde ledd.

3.2 Finansiering av laboratorie- og radiologitjenester

Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) § 5-5 regulerer pasienters rett til stønad fra trygden til dekning av utgifter til prøver, undersøkelser eller behandling som foretas ved private medisinske laboratorie- og radiologivirksomheter. Etter bestemmelsen i første ledd gjelder rettigheten ubetinget dersom prøver og undersøkelser ved private medisinske laboratorier og radiologiske undersøkelser og behandling ved private røntgenvirksomheter skjer i virksomhet som er godkjent etter sykehusloven før 1. juni 1987. Etter bestemmelsen i annet ledd kan departementet bestemme at trygden skal dekke utgifter også til prøver, undersøkelser og behandling ved virksomheter godkjent etter 1. juni 1987. Etter 2002 har departementet stilt som vilkår for vedtak om rett til trygderefusjon etter annet ledd at de private laboratorie- og radiologivirksomhetene har kjøpsavtale med et regionalt helseforetak. Trygderefusjon har ikke vært begrenset til å gjelde for de typer prøver, undersøkelser eller behandlinger som er omfattet av avtalen.

Folketrygdloven § 5-5 tredje ledd stiller krav om rekvisisjon (henvisning). Det er et vilkår for rett til stønad for prøver og undersøkelser ved private medisinske laboratorier at prøvene og/eller undersøkelsene er rekvirert av lege eller tannlege. For at det skal foreligge rett til stønad for undersøkelse og behandling ved private røntgeninstitutter må det, etter den nevnte bestemmelsen, foreligge rekvisisjon (henvisning) fra lege, tannlege eller kiropraktor. Det følger videre av § 8 i forskrift av 6. juli 2001 nr. 804 om forsøksordning for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi, at det foreligger rett til stønad for undersøkelse og behandling ved private røntgeninstitutter også

når det foreligger rekvisisjon fra manuellterapeut som deltar i forsøksordningen. Forsøksordningen gjelder manuellterapeuter som utøver virksomhet i fylkene Hordaland, Nordland og Vestfold, som har avtale om direkte oppgjør med trygdekontoret og som oppfyller de øvrige vilkårene i den nevnte forskriften.

Etter folketrygdloven § 22-2 kan den som gir behandling eller yter tjenester som folketrygden skal yte stønad til, etter avtale få rett til direkte oppgjør med trygdekontoret. Som en følge av at tjenesteyter får direkte oppgjør, slipper pasienten å betale de påløpte utgiftene for deretter å måtte søke refusjon fra trygdekontoret. Pasienten betaler kun eventuell egenandel til virksomheten, mens virksomheten sender refusjonskrav til trygdekontoret. Det er i dag fastsatt en egenandel på 185 kroner for røntgentjenester til pasienter fra helseregioner der virksomheten har avtale med det regionale helseforetaket og en forhøyet egenandel på 215 kroner for andre pasienter. Alle private laboratorier og røntgeninstitutter som har rett til å utløse stønad fra trygden, har i dag avtaler om direkte oppgjør.

I hvilke tilfeller private laboratorier og røntgeninstitutter kan kreve utgifter dekket av de regionale helseforetakene er regulert i spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 femte ledd. I bestemmelsens første punktum presiseres at private laboratorier og røntgeninstitutter ikke kan kreve utgiftene dekket av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion med mindre kravet er hjemlet i avtale mellom tjenesteyter og det regionale helseforetaket. Bestemmelsen ble opprinnelig innført i sykehusloven i forbindelse med at den tidligere ordningen med at fylkeskommunene skulle dekke en andel av utgiftene til laboratorie- og radiologitjenester, ble avvirket. Etter bestemmelsen i § 5-2 fjerde ledd annet punktum plikter de regionale helseforetakene å gjøre kjent hvilke medisinske laboratorier og røntgeninstitutter de har avtale med.

3.3 Godkjenning av virksomhetene

Etter forskrift 1. desember 2000 nr. 1276 om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet (nå Helse- og omsorgsdepartementet) med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven, skal etablering av og endring i laboratorie- og røntgenvirksomhet godkjennes av Sosial- og helsedirektoratet. Departementet mener at den gjeldende godkjenningsordningen ikke er et effektivt virkemiddel for å fremme rettferdig fordeling av disse helsetjenestene, sørge for forsvarlige tjenester og ivareta hensynet til en hensiktsmessig nasjonal fordeling og utnyttelse av de tilgjengelige

ressursene. Departementet mener den foreslåtte finansieringsordningen vil ivareta de samfunnsmessige hensynene som godkjenningsordningen var tiltenkt. Departementet vurderer derfor å endre forskriften slik at godkjenningskravet faller bort. For å ivareta hensynet til faglig forsvarlige laboratorie- og radiologitjenester, vil departementet vurdere å forskriftsfeste kvalitetskrav for virksomhetene.

4 Forslaget i høringsnotatet

Forslaget i høringsnotatet innebærer at pasienten kun får rett til trygderefusjon for de undersøkelsene, prøvene og for det volumet som er omfattet av avtale mellom den private laboratorie- og radiologivirksomheten og det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion. Det innebærer at trygderefusjonen er begrenset til de typer av undersøkelser som er avtalt. Ytelser som utføres av private virksomheter som ikke har avtale med det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, omfattes etter forslaget ikke av offentlig finansiering. Utgiftene til slike ytelser må dekkes fullt ut av pasienten selv.

Forslaget i høringsnotatet innebærer også at bestemmelsen om at virksomheter godkjent før og etter 1. juni 1987 har ulik mulighet til å utløse trygderefusjon, oppheves. Likeledes faller ordningen med at departementet kan bestemme at virksomheter som er godkjent etter 1. juni 1987 skal utløse trygderefusjon, bort. Det foreslås at disse ordningene erstattes av en ordning med at avtaler med de regionale helseforetakene skal gi adgangen til å utløse trygderefusjon. Det vil si at laboratorie- og radiologivirksomhetene blir avhengige av avtaler med de regionale helseforetakene for at tjenestene de yter skal kunne finansieres av det offentlige.

Departementet påpekte i høringsnotatet at de regionale helseforetakene må sørge for at den samlede kapasiteten av laboratorie- og radiologitjenester blir tilstrekkelig. Det forutsetter at de skaffer seg bedre oversikt over feltet enn det som finnes i dag. Videre pekes det på at god kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og leger er viktig for å kunne legge til rette for mer effektiv bruk av ressursene. Departementet mente at det økonomiske ansvaret som forslaget legger på de regionale helseforetakene, vil være et insentiv til dette.

I høringsnotatet ble det forutsatt at de regionale helseforetakene gjennom avtalene sørger for at også pendlere, ferierende og andre som kan få behov for private røntgentjenester utenfor bostedsregionen, sikres ytelser som er offentlig finansiert. Vide-

re forutsatte en at de regionale helseforetakene sørger for at det innarbeides gode rutiner slik at helsepersonell som kan rekvirere prøver, undersøkelse eller behandling blir informert dersom volumet som er avtalt med en virksomhet nås.

I høringsnotatet tok departementet sikte på at lovendringen kunne tre i kraft 1. januar 2005, dersom den ble vedtatt av Stortinget høsten 2004.

5 Høringsinstansenes merknader

Ingen av høringsinstansene støtter forslaget uten forbehold. Enkelte uttaler at de ser positivt på den foreslåtte ordningen eller elementer ved denne, men alle disse påpeker utfordringer og hensyn som må ivaretas.

Helse Vest RHF er positiv til forslaget som et tiltak for å styre aktivitetsutviklingen, men peker blant annet på at videreføring av et like godt tilbud som før avhenger av bevilgningene, og uttaler at de vil innføre tak på avtalene fordi de regionale helseforetakene ikke kan styre allmennlegene.

Helse Sør RHF uttaler at det vil være umulig å få redusert økningen i antall rekvirerte prøver uten at man har en viss kontroll over de privatpraktiserende legene. Veksten på området må tas hensyn til i bevilgningene. Under henvisning til behovet for å sikre pasienter tilgang til tjenester utenfor bostedsregionen foreslår Helse Sør RHF at det inngås nasjonale avtaler innenfor området for private laboratorie- og røntgentjenester.

Helse Nord RHF uttaler at omleggingen vil medføre til dels store endringer i administrative oppgaver for de regionale helseforetakene, og er usikker på hva konsekvensene av å overta finansieringsansvaret for en rettighetsbasert ordning vil bli for foretakets økonomi. Helse Nord RHF ber om at fristen for iverksetting utsettes til 1. januar 2006 idet det er vanskelig å gjennomføre anbudsrunder med videre i tide før 1. januar 2005, særlig i og med at de økonomiske rammene ikke er klare.

Sosial- og helsedirektoratet understreker at det er viktig at de regionale helseforetakene med det styrkede ansvaret de får, sørger for at den samlede kapasiteten innen laboratorie- og radiologitjenester er tilstrekkelig til at pasientens rett til nødvendig helsehjelp oppfylles, og peker på en rekke utfordringer og problemstillinger, blant annet de regionale helseforetakenes dobbeltrolle, volumbegrensning og «gjestepasienter». Et annet spørsmål er forholdet til egenandelstak en og to når pasienten selv må betale full pris.

Rikstrykdeverket påpeker at det vil kunne bli et

stort nettverk av avtaler å holde styr på, og er opp tatt av at avtalene må være utformet slik at det er mulig å kontrollere om en undersøkelse eller behandling faller inn under en avtale. Rikstrygdeverket innmelder ressursbehov dersom det påløper store administrative kostnader og tidkrevende tilpasninger i IT-systemene som følge av endringene.

Sosialdepartementet viser til Rikstrygdeverkets merknader og fremhever at eventuelt økt ressursbehov må ivaretas.

Finansdepartementet uttaler at det er viktig at det i bestemmelsene klart fremgår at avtalene mellom de regionale helseforetakene og de private virksomhetene må være «reelle» både på volum og pris. *Buskerud kommune v/eldrerådet* tror ordningen kan gi bedre ressursutnyttelse, men fremhever at tilbudet til pasientene ikke må svekkes.

Norsk Radiografforbund uttrykker støtte til forslaget om at vilkåret for trygderefusjon endres fra godkjenning til avtale med regionalt helseforetak, men fremhever at den enkelte pasient ikke må påføres merkostnader eller merarbeid. Det understrekes at en eventuell reduksjon av laboratorie- og røntgentjenester må være medisinsk betinget, ikke økonomisk.

Legeforeningen uttaler:

«Konsekvensene av en drastisk omlegging av vilkårene for finansiering og drift av disse enhetene vil kunne få helt avgjørende konsekvenser for kapasitet, tilgjengelighet og kvalitet av det medisinske behandlingstilbudet som ytes innen den offentlig finansierte helsetjenesten. De forslagene som foreligger synes i alt for liten grad å vektlegge slike hensyn.»

Det vises blant annet til at kravet om avtale med regionalt helseforetak i pasientens bostedsregion og volumgrensene vil kunne ha uheldige følger både for pasienter og leger, samtidig som det innebærer en konkurransevidring i de private aktørenes disfavør, som vil kunne medføre sterk nedbygging av privat virksomhet. Legeforeningen mener også at det foreligger for lite kunnskap om hva som er nødvendig på dette tjenesteområdet. Det bør derfor forskes mer for å kunne fatte beslutninger på medisinsk grunnlag, slik at ikke dette viktige området blir en økonomisk salderingspost. Det pekes på den store betydningen røntgen- og laboratorietjenester har fått for medisinsk diagnostikk og behandling, og uttales:

«Kostnadene til rtg og laboratorietjenester er imidlertid av langt mindre omfang enn de merkostnader en vanskelig tilgang på og ineffektiv bruk av slike tjenester vil kunne medføre.»

Legeforeningen mener at de foreslåtte tiltakene med økt vekt på rammefinansiering og kanalisering gjennom de regionale helseforetakene sammen med den kritiske finansieringssituasjonen i helseforetakssektoren og vil kunne medføre en nedprioritering av laboratorie- og røntgentjeneste, og at særlig tilbudet til primærhelsetjenesten vil kunne svekkes.

Konkurransetilsynet støttet av Arbeids- og administrasjonsdepartementet er skeptisk til forslaget på grunn av regionale helseforetaks dobbeltrolle og den effekt ordningen kan ha på konkurransesituasjonen.

Samtlige av de private virksomhetene er av lignende grunner meget negative til forslaget, og de fleste av de foreninger og forbund som uttaler seg, er også skeptiske. Mange mener forslaget går ensidig i de private aktørenes disfavør og vil dessuten ha uheldige følger for pasienter og leger. En del uttaler at de har forståelse for at staten ønsker sterkere kontroll med ressursene/utgiftsøkningen og prøver å styre bruken av midlene, men mener at den foreslåtte ordningen ikke er den rette måten å gjøre det på, at visse sider ved forslaget må modifiseres, at midler må øremerkes og/eller at departementet må forskriftsfeste eller instruere de regionale helseforetakene med henhold til en del ting omkring avtaleforholdene.

Røntgeninstituttene Fellesorganisasjon foreslår at forslaget legges til side og at departementet fremmer et nytt forslag med

«felles finansieringssystem for et felles marked for all poliklinisk radiologi. Samtidig bør det iverksettes mer systematisk informasjon og opplæring av henvisende leger samt oppfølging av disse for å motvirke unødvendige rekvisjoner.»

Organisasjonen påpeker at røntgenkøene er blitt sterkt redusert, og man må unngå ordninger som kan føre til økte ventetider igjen idet ventetider utover dagens nivå vil ha store samfunnsmessige kostnader i form av økte sykepengeutbetalinger, redusert produktivitet foruten lidelse og velferdstap. Organisasjonen uttaler også at det allerede er tatt ut en effektivitetsgevinst gjennom de gradvis reduserte trygdetakstene innen radiologi, og at ytterligere gevinst ikke kan tas ut uten at det skjer

«i samarbeid med de private røntgeninstituttene, først og fremst ved å gi stabile rammevilkår i en fair konkurranse med de offentlige leverandører av de samme tjenestene. — Forslagets hovedhensikt, statsfinansiell kontroll vil ikke oppnås når de offentlige aktørene ikke er omfattet

av begrensingene. De offentlige poliklinikkene kan ved hjelp av forslaget øke kapasiteten og ta markedsandeler fra de private.»

Mens ovennevnte virksomheter og foreninger/forbund er bekymret for de private aktørenes situasjon, er *Den norske patologiforening* redd for en svekkelse av særlig den offentlige laboratorievirksomheten. Foreningen tviler på om forslaget vil gi ønsket gevinst i form av bedre kontroll med utgiftsøkningen i samsvar med medisinske behov og prioriteringer. Med de regionale helseforetakenes utilfredsstillende økonomiske situasjon er det fare for at de regionale helseforetakene vil spare utgifter til laboratoriene for å styrke andre sider av spesialisthelsetjenesten. Det uttales at de fleste av de regionale helseforetakene besitter meget beskjedne kvalifikasjoner innen laboratoriemedisin, slik at faglig basert forvaltning av prøvevolum og analysetyper sannsynligvis vil lide, og styring vil skje etter økonomiske i stedet for faglige kriterier. Ved at takstene reduseres med 50 prosent, vil insentivet til de offentlige laboratoriene bli svekket. Foreningen mener at forslaget favoriserer de private aktørene i og med at de regionale helseforetakene vil ha en indirekte plikt til å inngå avtale med private laboratorier som yter tjenester til beboere i den aktuelle regionen, og de private vil få både refusjon og et «garantert aktivitetstilskudd». Det uttales også at patologi er mer sårbart for endringer i finansierungsordninger enn andre laboratoriefag i og med at faget er mindre automatisert og mer person- og kompetanseavhengig. Mindre bruk av tilleggs- og spesialundersøkelser vil kunne bli resultatet av svekket driftsgrunnlag, hvilket vil svekke faget og ha uheldige konsekvenser for pasientene, særlig innen kreftdiagnostikk.

6 Nærmere om lovforslaget. Departementets vurderinger

6.1 Nærmere om kravet om avtale

6.1.1 De regionale helseforetakenes styring av den offentlige finansieringen av private laboratorie- og radiologitjenester gjennom avtaler

Som omtalt foran i punkt 3 om gjeldende rett, er det de regionale helseforetakene som har ansvaret for å sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester. Pasientene har imidlertid ikke rett til å kreve at foreta-

kene refunderer utgiftene til disse tjenestene når de ytes av private virksomheter. Den retten har pasienten overfor folketrygden. Når det gjelder tjenester som ytes av virksomheter som er godkjent før 1. juni 1987, har pasienten uten videre rett til trygderefusjon. Når det gjelder virksomheter godkjent etter 1. juni 1987, er det departementet som bestemmer om trygden skal refundere utgiftene. Foretakene har ingen mulighet til å styre statens finansiering av de private tjenestene. Foretakenes eget finansierungsansvar er derimot avhengig av at de har inngått avtale om dette med den enkelte private laboratorie- eller radiologivirksomheten.

Gjeldende rett medfører at ansvaret for å styre tilgangen til disse helsetjenestene innen helseregionen og ansvaret for å styre ressursbruken innenfor sektoren, ikke er samlet på en hånd. Disse elementene bør imidlertid ses mer under ett i forbindelse med planlegging. Departementet mener derfor at dagens ansvarsdeling ikke ivaretar hensynet til en hensiktsmessig fordeling og en god utnyttelse av de tilgjengelige ressursene. Ansvarsdelingen medfører at foretakene ikke har hatt tilstrekkelig motivasjon til å legge vekt på ressursbruken i forbindelse med planleggingen av de samlede laboratorie- og radiologitjenestene. Stor avstand mellom den som skal dimensjonere en tjeneste og den som bidrar vesentlig til finansieringen, medfører en risiko for uønskede virkninger, for eksempel at bruken av tjenesten blir større enn medisinske behov tilsier. Vilkåret om at de private laboratorie- eller radiologivirksomhetene må ha avtale med de regionale helseforetakene for å utløse trygderefusjon for pasienten, sett i sammenheng med halvering av trygderefusjonene, vil gi foretakene bedre mulighet til å styre de samlede laboratorie- eller radiologitjenestene.

Laboratorie- og radiologitjenester er vesentlige for å sikre riktig diagnose, behandling og etterkontroll, og pasientene skal derfor fortsatt sikres god tilgang til slike tjenester. Samtidig er det nødvendig å innrette finansierungsordningene slik at disse tjenestene blir sett i sammenheng med øvrig behandling og diagnostikk. Dette skjer ikke på en tilfredsstillende måte i dag. Det vises her blant annet til at de samlede refusjonsutbetalingene for offentlige og private laboratorie- og radiologitjenester har økt kraftig over en årrekke. Fra 2001 til 2003 er utbetalingene for private laboratorie- og radiologitjenester samlet økt nominelt med 44,9 prosent, mens økningen for de offentlige tjenestene har vært 42,4 prosent. Veksten for private radiologitjenester har vært høyere enn for private laboratorietjenester. I det offentlige har laboratorietjenestene økt mer enn radiologitjenestene.

I dag har de fleste firma som driver laboratorier eller radiologisk virksomhet og som mottar trygderefusjon, avtaler. De fleste er inngått med de regionale helseforetakene, mens noen få er inngått med helseforetak. En del av de eksisterende avtalene har volumbegrensninger eller redusert stykkpris over et visst aktivitetsnivå. Helse- og omsorgsdepartementet anslår at 60 – 65 prosent av trygderefusjonene som ble utbetalt til private laboratorie- og radiologivirksomheter, er omfattet av avtalene som gjaldt per mars 2004. Det indikerer at om lag 250 mill. kroner av den budsjetterte refusjonen i 2004 ikke er omfattet av avtaler. Departementets forslag vil føre til at det totale omfanget av trygderefusjon som utbetales til private laboratorie- og radiologivirksomheter, blir omfattet av avtaler. Departementets forslag til lovendring er for det første en lovfesting av dagens avtalesituasjon. I tillegg foreslås en utvidelse ved at kun private laboratorie- og radiologivirksomheter som inngår avtaler med de regionale helseforetakene får adgang til å utløse trygderefusjon, uavhengig av om virksomheten er etablert før eller etter 1. juni 1987. Trygderefusjonen er videre begrenset til de typer av undersøkelser som er avtalt.

Forslaget om endring av folketrygdloven § 5–5 vil føre til at de regionale helseforetakenes styring av den offentlige finansieringen av private spesialisthelsetjenester blir mer enhetlig. Etter folketrygdloven § 5–4 er det en forutsetning for at folketrygden skal gi stønad til planlagte tjenester som ytes av legespesialist, at legen har avtale med regionalt helseforetak. Forslaget til endring av § 5–5 medfører at de regionale helseforetakene får bedre mulighet til å styre den offentlige finansieringen av private laboratorie- og radiologitjenester gjennom avtaler. Dette gir en bedre samordning av reglene om styring av offentlig finansiering av private spesialisthelsetjenester.

Den foreslåtte omleggingen som Stortinget sluttet seg til ved behandlingen av St.meld. nr. 5 (2003–2004), og som her følges opp med lovforslag, vil legge til rette for at de regionale helseforetakene på en bedre måte kan planlegge og styre omfanget av laboratorie- og radiologitjenester innenfor sitt samlede ansvar for å sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen.

Departementet foreslår derfor at folketrygdloven § 5–5 endres slik at det bare ytes stønad fra folketrygden til laboratorie- og radiologitjenester som omfattes av avtaler mellom private laboratorie- og radiologivirksomheter og de regionale helseforetakene.

6.1.2 Volumbegrensninger i avtalene

Formålet med forslaget om å endre folketrygdloven § 5–5, er at de regionale helseforetakene skal få bedre mulighet til å planlegge og prioritere det samlede tilbudet av laboratorie- og radiologitjenester i regionen. Videre er det nødvendig å innrette finansieringsordningen slik at de regionale helseforetakene kan se disse tjenestene i sammenheng med øvrig behandling og diagnostikk.

På bakgrunn av høringsuttalelsene har departementet vurdert om dette formålet krever at de regionale helseforetakene får adgang til å inngå avtaler med volumbegrensninger som medfører at retten til stønad fra trygden faller bort når volumgrensen er nådd. En slik konsekvens av volumbegrensede avtaler vil potensielt være krevende å håndtere både for de regionale helseforetakene, virksomhetene, de henvisende legene og Rikstrygdeverket. Risikoen for at slike vilkår i avtalen ville medføre rettighetstap for pasienten, ville også være til stede.

Departementet har kommet til at det styringsbehov som ligger til grunn for forslaget til lovendring, ikke tilsier at volumgrenser som avtales mellom regionale helseforetak og private virksomheter også skal ha virkning for trygderefusjonen. Dette innebærer at private laboratorie- og radiologivirksomheter som inngår avtaler med regionale helseforetak, vil motta refusjon fra trygden uavhengig av om volumgrensene i avtalene overskrides. Selv om volumgrensene i avtalene overskrides, betaler pasienten ordinær egenandel. Det vil hindre at pasienten vil måtte betale ulik egenandel, avhengig av om behandlingen skjer før eller etter at en eventuell volumgrense er nådd.

Selv om eventuelle volumgrenser i avtalene ikke skal omfatte trygderefusjonen, må partene kunne avtale at medfinansieringen fra de regionale helseforetakene skal opphøre når et visst volum av tjenester er nådd. De regionale helseforetakene kan for øvrig fritt inngå avtaler om i hvilken form det skal ytes medfinansiering og om det skal ytes medfinansiering. De regionale helseforetakene er altså ikke forhindret fra å inngå avtaler om finansiering utelukkende fra trygden. Medfinansieringen fra de regionale helseforetakene vil dermed, i tillegg til kravet om avtaler, utgjøre et viktig styringselement for de regionale helseforetakene. Dette forutsetter at medfinansieringen fra de regionale helseforetakene utgjør en vesentlig del av samlet finansiering av laboratorie- og radiologiske tjenester. Dersom det likevel skulle vise seg at det inngås avtaler som innebærer at det for store volum kun ytes trygderefusjon, vil departementet vurdere å justere refusjonstakstene fra folketrygden.

På denne bakgrunnen foreslår departementet at adgangen til å utløse trygderefusjon fortsatt skal gjelde uavhengig av volumbegrensinger i avtalene.

6.1.3 Inngåelse av og informasjon om avtalene

Lovforslaget innebærer at retten til trygderefusjon vil bli begrenset til de typer tjenester som er omfattet av avtalen mellom den enkelte private laboratorie- eller radiologivirksomheten og regionalt helseforetak. Dette skal bidra til at regionale helseforetak får bedre kontroll med de samlede ressursene på området.

Rikstrygdeverket uttaler:

«Rikstrygdeverket forutsetter at avtalene som inngås er av en slik art at det er mulig for Rikstrygdeverket å kontrollere hvorvidt den aktuelle prøven, behandlingen eller undersøkelsen det kreves refusjon for er omfattet av avtale med RHF.»

Røntgeninstituttene *Fellesorganisasjon* uttrykker at de private aktørene må holdes skadesløse ved feilhenvisninger. Det vises til at de regionale helseforetakene har ansvaret for å informere om avtaleforholdene og at de da følgelig må ha ansvaret for feilhenvisninger.

De regionale helseforetakene må sørge for at samlet kapasitet innen laboratorie- og radiologitjenester er tilstrekkelig til at pasientenes behov for nødvendige tjenester dekkes. De må derfor inngå avtaler med tilstrekkelig antall tjenesteytere med tilstrekkelig kapasitet til at behovet kan dekkes. De regionale helseforetakene må kartlegge behovet for og tilbudet om laboratorie- og radiologitjenestene bedre fordi man foreløpig ikke har god nok oversikt. De må også vurdere om den samlede kapasiteten som finansieres av det offentlige må opprettholdes av hensyn til innbyggerne i regionen.

De regionale helseforetakene må sørge for at det fremstår klart hvilke typer undersøkelser, behandling eller prøver de enkelte avtalene omfatter, slik at det ikke oppstår uklarheter med hensyn til hvilke ytelser som dekkes av finansieringsordningen. Foretakene må sikre en god dialog med leger og annet helsepersonell under forberedelsene og prosessen med inngåelsen av avtaler. Dette vil gi helseforetakene grunnlag for å dekke det nødvendige behovet for prøver, undersøkelser og behandling gjennom avtalene. Tilretteleggingen for bedre styring av de offentlige ressursene skal ikke føre til utilstrekkelig tilbud til pasientene.

De regionale helseforetakene plikter, i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 5–2 fjerde ledd annet punktum, å gjøre kjent hvilke private laborato-

rie- og radiologivirksomheter de har avtaler med. De regionale helseforetakene må sørge for at informasjon om avtalene gjøres tilgjengelig, blant annet for helsepersonell som rekvirerer laboratorie- og radiologitjenester og for Rikstrygdeverket, slik at man unngår at det rekvireres tjenester fra virksomheter som ikke har avtale med foretaket. Det er viktig at avtalene som inngås er klare, slik at det er mulig for Rikstrygdeverket å kontrollere om den aktuelle prøven, behandlingen eller undersøkelsen det kreves refusjon for, er omfattet av avtalen med det regionale helseforetaket.

Kommunikasjon om selve avtalene og innholdet av disse vil være av stor betydning. Private laboratorie- og radiologivirksomheter som har avtale med regionale helseforetak, vil uavhengig av eventuelle volumgrenser i avtalene, motta refusjon fra trygden. Det at volumgrenser i avtalene kan ha virkning for medfinansieringen fra de regionale helseforetakene, vil imidlertid gi de private virksomhetene et incitament til å holde kontroll på egne avtaler. Dette fordi de enkelte private virksomhetene da må vurdere om de vil yte tjenester utelukkende basert på trygdefinansiering og egenandeler fra pasientene.

Det er viktig at henvisende helsepersonell ikke rekvirerer prøver, undersøkelser eller behandling som ikke er omfattet av avtaler med regionalt helseforetak uten at dette skjer i forståelse med pasienten. Helsepersonell skal sørge for at helsehjelp som gis ikke påfører pasienter unødvendig utgift, jf. lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. § 6. Det bør kun rekvireres slike prøver, undersøkelser eller behandling dersom pasienten, etter å ha vært informert om regelverket, gir klart uttrykk for at han eller hun ønsker at tjenesten utføres av den bestemte virksomheten og er villig til selv å dekke kostnadene. Departementet vil sende ut informasjon om dette til de aktuelle helsepersonellorganisasjonene. Dersom slik henvisning skjer i kort tid etter omleggingen, kan det være naturlig at det regionale helseforetaket dekker kostnadene for disse tjenestene fram til en har forsikret seg om at henvisende helsepersonell har fått tilstrekkelig informasjon. Dersom henvisningen skjer senere, vil det ikke være naturlig at det regionale helseforetaket eller pasienten, dekker kostnaden.

Det kan også skje at pasienter henvises til en privat aktør som har avtale, men hvor volumgrensen er overskredet. Selv om dette ikke påvirker trygderefusjonen, vil det kunne få betydning for medfinansieringen fra de regionale helseforetakene. Den foreslåtte overgangsordningen vil imidlertid sikre at volumet av tjenester som utføres hos private vil være på minst samme nivå som i 2003. Se

nærmere om overgangsordningen i punkt 6.5. Private aktører kan også selv bidra til at aktiviteten fordeles jevnt gjennom avtaleperioden og dermed unngå at volumgrensen overskrides.

Laboratorie- og radiologivirksomhetene plikter å melde fra til trygden om forhold av betydning for deres rett til å utløse trygderefusjon, jf. folketrygdloven §§ 25–6 og 25–12. Virksomhetene vil etter dette ha plikt til å melde om endringer i eller oppsigelser av avtaler med regionale helseforetak. Unnlatelse av å oppfylle denne plikten kan medføre tap av retten til å utløse trygderefusjon og/eller straff. Det vises også til at bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 5–2 fjerde ledd annet punktum innebærer at de regionale helseforetakene må sørge for å melde fra til trygden om endringer i eller opphør av avtaler med private medisinske laboratorie- og radiologivirksomheter.

6.2 De regionale helseforetakenes dobbeltrolle og konkurransesituasjonen mellom virksomhetene

Flere av høringsinstansene påpeker at de regionale helseforetakene har en dobbeltrolle siden de både kjøper helsetjenester og er eiere av helseforetak som yter helsetjenester. Mange ser en risiko for at de regionale helseforetakene vil favorisere sine egne helseforetak på bekostning av de private tjenesteyterne og er bekymret for at de private tjenesteyterne skal tape markedsandeler dersom de regionale helseforetakene får bedre mulighet til å styre ressursene, og dermed gir helseforetakene anledning til å utvide laboratorie- og radiologivirksomheten.

Konkurransetilsynet uttaler:

«Problemet er at de regionale helseforetakene har en dobbeltrolle som både etterspørre og tilbyder (som eier av helseforetakene) av medisinske laboratorie- og røntgentjenester. Hvis det blir slik at de regionale helseforetakene foretrekker å benytte egne helseforetak fremfor private medisinske laboratorier og røntgeninstitutter, selv om disse kan tilby tilsvarende tjenester til en lavere kostnad, vil dette kunne medføre et samfunnsøkonomisk tap ved at man allokterer ressurser til de tjenesteyterne som genererer tjenestene på en relativt sett mindre effektiv måte.»

Konkurransetilsynet uttrykker skepsis til den nye finansierungsordningen hvis en ikke finner en praktisk måte å løse rollekonflikten på.

Konkurransetilsynet uttaler videre:

«En mulig måte å løse dette på er å la alle oppdrag være åpne for konkurranse, slik at de offentlige laboratoriene og røntgenavdelingene

må konkurrere om oppdrag på lik linje med de private aktørene. En annen måte er å organisere de regionale helseforetakene slik at man skiller etterspørre- og tilbyderrollen i to separate enheter.»

Mange av høringsinstansene mener at lovforslaget har en konkurransehemmende effekt i de private disfavør.

Legeforeningen uttaler:

«Generelt bortfall av refusjon uten avtale med de regionale helseforetak, bortfall av refusjon når avtalt volumgrense passerer, alternativt full egenbetaling fra pasientene er tiltak som kan vri tilbudet mot offentlige laboratorie- og røntgenvirksomheter. Offentlige laboratorier er en integrert del av sitt helseforetak, det er heller ikke foreslått volumgrenser for offentlige laboratorier, og egenbetaling fra pasientene er bare aktuell problemstilling for private.»

Lovforslaget legger ingen føringer på de regionale helseforetakene om at en større del av laboratorie- og radiologitjenestene skal utføres i offentlig sektor. Det er en lang tradisjon i Norge for at spesialisthelsetjenester med helt eller delvis offentlig finansiering ytes av private tjenesteytere samtidig som det offentlige yter samme helsetjenester i egen regi. De private tjenestene er ikke bare nødvendige for å sikre tilstrekkelig kapasitet, men de er også et viktig og nødvendig korrektiv til den offentlige tjenesten. Departementet har, som eier av de regionale helseforetakene, særskilt presisert i det årlige styringsdokumentet at det skal inngås avtale med private aktører når dette understøtter foretakenes ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i helseregionen. At antallet opphold som dekkes av kjøpsavtaler mellom regionale helseforetak og private sykehus har blitt mer enn doblet fra 2001 til 2003, indikerer også at de regionale helseforetakene ønsker å bruke tilbudet som private aktører representerer, aktivt.

Dette står ikke i strid med at det er nødvendig å legge til rette for at de offentlige ressursene utnyttes effektivt, både med hensyn til omfang og kvalitet, til beste for pasientene. Hensikten med lovforslaget og reduksjonen av takstene, er at de regionale helseforetakene skal få bedre kontroll med ressursene. Dette vil etter departementets mening sikres best gjennom avtaler. Som omtalt tidligere, fører forslaget til at lovreguleringen på laboratorie- og radiologiområdet blir mer i samsvar med de øvrige bestemmelsene i folketrygdloven kapittel 5.

Målsettingen med forslaget er at de regionale helseforetakene skal få bedre muligheter til å sørge

for laboratorie- og radiologitjenester som mest mulig effektivt ivaretar pasientenes behov. Forslaget om endring av folketrygdloven § 5–5 må ses i sammenheng med forslaget om å redusere takstene for refusjon fra folketrygden og øke basisbevilgningene til de regionale helseforetakene fra 2005. Regjeringen har i St.prp. nr. 1 (2004–2005) foreslått å øke basisbevilgningene til de regionale helseforetakene tilsvarende reduksjonen i takstene. Dersom forslaget vedtas, innebærer det at en flytter 216 mill. kroner fra kapittel 2711 post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt og 443 mill. kroner fra kapittel 732 post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv. til de regionale helseforetakenes basisbevilgning i 2005. Foretakene vil dermed bli satt økonomisk i stand til, gjennom avtalestyring, å sikre at pasientenes tilgang til laboratorie- og radiologitjenester blir minst like god som før 2005.

Etter departementets vurdering, kan man vanskelig oppnå fullt ut likestilt konkurranse mellom offentlige og private laboratorie- og radiologivirksomheter i dag, heller ikke i forhold til de private tjenestene som i stor grad finansieres av det offentlige. Dette skyldes blant annet at laboratorie- og radiologivirksomheter som er knyttet til offentlige institusjoner, har oppgaver som de private virksomhetene ikke har.

Den norske patologiforening uttrykker at forslaget favoriserer private aktører i og med at de regionale helseforetakene vil ha en indirekte plikt til å inngå avtale med private laboratorier som yter tjenester til beboere i den aktuelle regionen. Det pekes for øvrig på at offentlige laboratorier, i motsetning til private, må bære omkostninger til en rekke andre forpliktelser enn ren diagnostikk, så som undervisning, metodeutvikling, informasjonsarbeid, veiledningstjeneste, pasientrelatert møtevirksomhet m.v.

Enkelte av høringsinstansene påpeker at den integrerte modellen som er valgt for den offentlige spesialisthelsetjenesten, stiller oss overfor noen særskilte utfordringer. Et fokusert område for departementet har derfor vært videreutvikling og forbedring av måten de regionale helseforetakene håndterer sin kombinerte rolle som forvalter av det lovpålagte ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjeneste og det lovpålagte eieransvaret for helseforetakene. Departementet legger i St.prp. nr. 1 (2004–2005) opp til at de regionale helseforetakene skal framstå med en tydeligere organisatorisk og systemmessig markering mellom de to rollene. Med det vil man både kunne tilrettelegge bedre for å ivareta det helhetlige ansvaret som er tillagt de regionale helseforetakene, og fremstå med større ryddighet i forhold til omverdenen. Dette innebæ-

rer blant annet at man i økt grad må sørge for profesjonell gjennomføring både overfor egne eide virksomheter og private virksomheter. Det må gjennomføres god styring av egne virksomheter og gjøres god bruk av konkurranseteknikker overfor private tilbydere.

Departementet legger vekt på at lovforslaget legger til rette for at det skapes konkurranse mellom private tjenesteytere om pasienter og om offentlig finansiering. Den gjeldende bestemmelsen om vilkår for stønad fra trygden åpner ikke for å kreve at virksomhetene konkurrerer om å få utløse trygderefusjon. I og med at lovforslaget gjør trygderefusjonen avhengig av avtale med de regionale helseforetakene, legger det til rette for at de private virksomhetene indirekte også må konkurrere om å få utløse trygderefusjon. Departementet forutsetter at de regionale helseforetakene inngår avtaler med de private laboratorie- og radiologivirksomhetene som omfattes av reglene om offentlige anskaffelser.

Dersom lovendringen blir vedtatt, må private aktører også konkurrere om avtaler for det volumet av tjenester som ikke omfattes av de avtalene som gjelder i dag. Anslag tyder på at det dreier seg om 35 – 40 prosent av tjenestene som de private virksomhetene yter. Dette medfører at det blir mer konkurranse mellom private aktører enn det vil være ved dagens ordning. Om den økte konkurransen vil medføre at det blir flere eller færre private aktører i markedet er usikkert. Dersom en privat virksomhet ikke har avtale om salg til regionalt helseforetak, vil den etter forslaget måtte basere sin virksomhet på full egenbetaling fra pasienten.

6.3 Avtalepartene

I høringsnotatet foreslår departementet at pasienten kun skal få trygderefusjon når laboratorie- eller radiologivirksomheten har avtale med det regionale helseforetaket i pasientens egen bostedsregion. Pendlere, ferierende og andre kan få behov for laboratorie- og radiologitjenester utenfor egen bostedsregion. Av hensyn til disse pasientene forutsetter departementet i høringsnotatet at de regionale helseforetakene vil inngå avtaler med tjenesteytere utenfor egen helseregion eller etablere administrative rutiner for å sikre tilbudet til disse pasientene.

Mange av høringsinstansene uttrykker skepsis til vilkåret om at det må være inngått avtale med regionalt helseforetak i pasientens bostedsregion. Det vises til at det vil bli et komplisert system som vil medføre merarbeid, siden leger og andre må holde seg orientert om hvilke private aktører de ulike regionale helseforetak har avtale med.

Sosial- og helsedirektoratet legger til grunn at sosialkomiteen har sluttet seg til forslaget som innebærer at trygderefusjon kun skal utløses når den private virksomheten har avtale med regionalt helseforetak i pasientens bostedsregion, men påpeker at det er uklart hvordan man skal ivareta hensynet til gjestepasientene.

Rikstrygdeverket uttaler:

«Det fremgår av høringsforslaget at det enkelte RHF vil få ansvar for å inngå avtaler, eller etablere administrative rutiner, for å sikre pendlere, ferierende og andre som oppholder seg utenfor egen bostedsregion tilgang til laboratorie- og røntgentjenester. Et RHF vil dermed kunne se det som hensiktsmessig å etablere avtaler med private virksomheter i flere regioner for å gi tilbud til disse pasientgruppene. Det kan således oppstå et komplisert nettverk av avtaler med volumgrenser som Rikstrygdeverket må holde kontrollen over for å kunne avgjøre om refusjonskravet er i henhold til regelverket.»

Helse Sør RHF og *Helse Øst RHF* påpeker muligheten for at de regionale helseforetakene kan inngå nasjonale avtaler for å ivareta behovet for tjenester til pendlere, ferierende og andre som oppholder seg utenfor egen bostedsregion.

Helse Vest RHF mener det vil være lite hensiktsmessig å dekke opp avtaler overalt for pasienter som trenger tjenester utenfor egen region, og at dette bør løses ved administrative ordninger mellom de regionale helseforetak.

Norsk Radiografforbund mener de regionale helseforetakene må pålegges å inngå administrative rutiner som garanterer trygdedekning når det er behov for tjenester utenfor pasientens bostedsregion.

På bakgrunn av høringsuttalelsene, samt et ønske om å skape større fleksibilitet i forhold til avtalene, har departementet kommet til at det ikke bør stilles et krav om at avtalen må være inngått med det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion. Det kan være aktuelt at de regionale helseforetakene blir enige om at pasienter skal kunne få laboratorie- og radiologitjenester fra virksomheter som har avtale med regionale helseforetak i andre helseregioner og at de regionale helseforetakene foretar et etteroppgjør seg i mellom, som et gjestepasientoppgjør. Dersom de regionale helseforetakene inngår slike avtaler seg i mellom, ville imidlertid vilkåret om at avtalen må være inngått med det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, være til hinder for at det utbetales trygderefusjon. Dette fordi retten til refusjon fra trygden ville vært betinget av at den private laboratorie- eller ra-

diologivirksomheten har avtale direkte med det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion.

Når det ikke stilles et krav om at det er inngått avtale med det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, vil det åpnes for mer fleksible avtaleløsninger for pasienter som oppholder seg utenfor egen bostedsregion. Departementet understreker imidlertid at det fremdeles vil være det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion som vil ha ansvaret for å sørge for laboratorie- og radiologitjenester til pasienten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a.

Departementet foreslår at det ikke skal stilles som vilkår for rett til trygderefusjon at de private laboratorie- og radiologivirksomheter har avtale med det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion.

6.4 Forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

Forslaget i høringsnotatet innebærer at en ikke skiller mellom tjenester som er rekvirert av allmennleger og av spesialisthelsetjenesten. For at pasienter skal få rett til trygderefusjon, må allmennlegene henvise til virksomheter som har inngått avtale med regionalt helseforetak.

Enkelte av høringsinstansene har synspunkter på om den foreslåtte ordningen bør gjelde alle pasienter eller om pasienter henvist fra primærhelsetjenesten bør holdes utenfor ordningen. De vises også til at allmennlegene ikke har økonomiske incitamenter til å begrense unødvendige prøver og røntgenundersøkelser.

Norsk Radiografforbund savner en drøftelse av om og hvordan henvisninger fra primærhelsetjenesten vil omfattes av forslaget, og stiller seg spørrende til hvilke konsekvenser dette vil få for pasientene og de private aktører.

Sosial- og helsedirektoratet uttaler:

«Det savnes derfor en drøfting i høringsnotatet av hvilke konsekvenser forslaget vil ha når det gjelder forholdet mellom allmennlegene og RHFene. Vi foreslår for eksempel komme i konflikt med allmennlegens frie valg av den beste behandling for pasienten? Hvordan skal RHF kunne styre rekvirering av laboratorie- og radiologiske tjenester generert av allmennlegene? Hvordan skal en allmennlege forholde seg dersom hun mottar informasjon om at det avtalte volum er nådd?»

Nordland fylkeskommune v/råd for funksjonshemmede uttaler at det vil være en fordel med enhetlig ansvar for røntgen- og laboratorietjenester

og at primærhelsetjenesten bør inngå i samme avtale.

Innenfor offentlige og private polikliniske laboratorie- og radiologitjenester, står allmennlegene for 60 – 80 prosent av rekvisisjonene. Etter departementets vurdering, har imidlertid spesialisthelsetjenesten i dag ikke vesentlig innflytelse på allmennlegenes rekvirering av tjenester. Det gjelder både for diagnostiske tjenester og for behandling.

Omleggingen av folketrygdefinansieringen vil føre til at regionale helseforetak vil vurdere bruken av både private og offentlige tjenesteytere mer kritisk mot andre prioriterte områder. Med sin fagkompetanse, vil spesialisthelsetjenesten kunne samarbeide med allmennlegene med sikte på å unngå unødige bilde- og prøvetaking.

Etter lovforslaget vil det være av stor betydning for mange pasienter at allmennlegene henviser pasientene eller rekvirerer tjenester fra de virksomhetene som har avtaler med regionalt helseforetak. Dette vil være nødvendig for å unngå at pasientene må dekke utgiftene fullt ut selv. Henvisende lege vil først og fremst ha et medisinsk fokus ved undersøkelse og behandling av pasienten. Departementet har imidlertid tillit til at henvisende lege vil ha et helhetlig syn på pasientens beste og derfor søke å unngå å henvise til en virksomhet som ikke har nødvendig avtale med regionalt helseforetak. At allmennlegene bør vurderer de alternativer som er mest gunstig økonomisk for pasienten står ikke, etter departementets vurdering, i et motsetningsforhold til allmennlegenes valg av beste behandling for pasienten.

Det er også mulig å skaffe bedre informasjon om legenes rekvireringspraksis. Det vil kunne utløse spørsmål, både fra allmennlegene selv og fra spesialisthelsetjenesten, om hvorfor noen leger rekvirerer mer eller mindre diagnostiske tjenester enn andre. Departementet vil også vurdere å engasjere Sosial- og helsedirektoratet i et arbeid for å utvikle bedre veiledere til henvisende helsepersonell. En kan også legge til rette for bedre kommunikasjon mellom nivåene i helsetjenesten, slik at en i tvilstilfeller kan forsikre seg om at rekvisisjonen er riktig. Dette er et utviklingsarbeid som vil ta tid, men det vil være nødvendig for å få en bedre helse-tjeneste og bedre styring med ressursbruken.

6.5 Ikrafttredelsestidspunkt og forslag til overgangsordning

I høringsnotatet tok departementet, under forutsetning av Stortingets vedtak av forslaget, sikte på at lovendringen skulle tre i kraft 1. januar 2005. Departementet la til grunn at aktørene benyttet tiden

frem mot 2005 til å inngå avtaler og foreta nødvendige omstillinger i driften. Departementet ga også uttrykk for at det ville vurderes en overgangsordning i forbindelse med statsbudsjettet for 2005.

Flere av høringsinstansene, blant andre *Helse Nord RHF* og *Helse Øst RHF*, mener at ikrafttredelsestidspunktet for forslaget bør utsettes. Det vises blant annet til uavklarte forhold rundt de økonomiske rammebetingelser og avtaleutformingen.

Enkelte av høringsinstansene mener omleggingen bør utsettes til det kan finne sted reell konkurranse mellom private og offentlige tilbydere. Flere av høringsinstansene foreslår at det lages overgangsordninger inntil reell konkurranse kan finne sted.

Departementet ser at anskaffelsesprosessen vil ta noe tid, og tar sikte på at endringen i folketrygdloven trer i kraft fra 1. mai 2005. Departementet mener det vil gi tilstrekkelig tid for de regionale helseforetakene til å gjennomføre anskaffelsesprosesser i tråd med regelverket for offentlige anskaffelser. Departementet tar sikte på at halveringen av takstene, opphevingen av godkjenningsordningen og eventuelle kvalitetskrav trer i kraft fra samme dato.

Det fremgikk av høringsnotatet at departementet ville vurdere en overgangsordning i forbindelse med statsbudsjettet for 2005 (St.prp. nr. 1 (2004–2005)). Departementet vil, for en overgangsperiode på to år, kreve at volumet av tjenester som planlegges utført av private laboratorie- og radiologivirksomheter, sett under ett, minst opprettholdes på om lag samme nivå som i 2003 for hvert enkelt regionalt helseforetak. Dette inkluderer også tjenestene som er utført utenom avtalene. Ordningen medfører at ressurser kan allokere mellom private laboratorie- og radiologivirksomheter. Dette legger til rette for at regionale helseforetak kan prioritere tjenestene i forhold til hverandre. Fordi avtalene skal inngås på grunnlag av konkurranse, vil overgangsordningen ikke innebære noen garanti om at eksisterende private aktører skal yte samme volum av tjenester som i 2003. Departementet vil presisere ordningen i de regionale helseforetakenes styringsdokumenter for 2005.

6.6 Retten til dekning av utgifter til syketransport

I Ot.prp. nr. 66 (2002–2003) Om lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (Finansieringsansvar for syketransport og reiseutgifter for helsepersonell) ble det foreslått at ansvaret for å dekke reiseutgifter, herunder oppholdsutgifter og utgifter for nødvendig ledsager, for pasienter som reiser til behandling i spesialisthelsetjenesten og kommune-

helsetjenesten, skulle overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene.

Da lovforslaget ble fremmet, var pasienters rett til å få dekket reiseutgiftene regulert i folketrygdloven § 5–16. I bestemmelsens første ledd fremgikk pasienters rett til å få stønad fra trygden til dekning av nødvendig reiseutgifter ved reise til behandling i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I bestemmelsens fjerde ledd fremgikk at det ikke ytes stønad etter første ledd dersom det tilbys transport med transportør som trygden hadde avtale med. Det vil si at pasienter som får tilbud fra trygdeetatens kjørekontor om transport med en transportør, for eksempel en drosjesjåfør som trygden har avtale med om transport, ikke kan velge å ordne transporten selv og deretter kreve dekning av utgiftene. Pasienten må akseptere tilbud om naturalytelse i stedet for stønad i form av penger. Denne bestemmelsen er en viktig forutsetning for gjennomføringen av trygdeetatens arbeid med å redusere transportutgiftene gjennom effektiv samordning av sykefrakt med drosje og gjennom å inngå egne prisavtaler med transportørene.

I odelstingsproposisjonen ble folketrygdloven § 5–16 foreslått opphevet, mens pasienters rettigheter til dekning av reiseutgifter ble foreslått overført til ny § 2–6 i pasientrettighetsloven. Unntaket i folketrygdlovens § 5–16 fjerde ledd ble imidlertid ikke videreført i pasientrettighetsloven § 2–6 eller i andre bestemmelser. At bestemmelsen ikke ble videreført, er ikke kommentert i proposisjonen. Departementet kan heller ikke se at sosialkomiteen har vært oppmerksom på at denne bestemmelsen ikke ble overført.

I odelstingsproposisjonen legger departementet til grunn at ansvarsoverføringen ikke skulle medføre noen endring av gjeldende rett. Dette fremgår blant annet av merknaden til § 2–6. I departementets vurderinger av lovforslaget legges det til grunn at forslaget medfører en teknisk overføring og at dagjeldende tolkning og retningslinjer for folketrygdloven § 5–16 videreføres. Det nevnes også uttrykkelig at overføringen av finansieringsansvaret ikke medfører at pasientene skal få utvidet sine rettigheter. Det foreslås i odelstingsproposisjonen at de ansatte på kjørekontorene og transportkonsulentene overføres fra trygdeetaten til de regionale helseforetakene fordi kjørekontorenes arbeid vil være et viktig økonomistyringsverktøy for de regionale helseforetakene. For at denne økonomistyringen skal fungere etter forutsetningene, er det også etter overføringen av finansieringsansvaret til de regionale helseforetakene nødvendig å begrense pasientens adgang til direkte utgiftsdekning i de tilfellene det gis et tilbud om transport med transportør som trygden hadde avtale med.

På denne bakgrunn er det ikke grunnlag for å anta at bestemmelsen i folketrygdloven § 5–16 fjerde ledd ble unnlatt overført til pasientrettighetsloven § 2–6 med hensikt. Departementet foreslår derfor at en tilsvarende bestemmelse som den som tidligere fremgikk av folketrygdloven § 5–16 fjerde ledd, tas inn i pasientrettighetsloven § 2–6. Departementet tar sikte på at denne endringen i pasientrettighetsloven trer i kraft så snart lovendringen er vedtatt. Det foreslås derfor delt ikrafttreden.

7 Økonomiske og administrative konsekvenser

Endringene i folketrygdloven § 5–5 vil ha økonomiske og administrative konsekvenser for pasientene, private laboratorier og røntgeninstitutter, regionale helseforetak og staten.

For pasientene vil lovendringen innebære at dersom pasienten velger å benytte en tjenesteyter som ikke har avtale med regionalt helseforetak, må pasienten selv dekke kostnadene.

Anskaffelsesprosessene vil innebære noe administrativt merarbeid for de private virksomhetene og de regionale helseforetakene. Departementet mener imidlertid at dette må regnes som en del av det ordinære arbeidet knyttet til styringen av offentlige og private virksomheter.

Lovendringen skal ikke medføre noe endring i statens utgifter til spesialisthelsetjenesten i 2005 i forhold til 2004.

De regionale helseforetakene får noe arbeid med å sørge for at de som henviser til private laboratorier og røntgeninstitutter er informert om avtalene.

Rikstrygdeverket vil måtte tilpasse sine systemer slik at en kan kontrollere at refusjonene som faktisk utbetales omfattes av avtalene.

Å oppheve bestemmelsen i § 5–5 annet ledd om at departementet skal beslutte om det skal ytes trygderefusjon dersom virksomheten er godkjent etter 1. juni 1987, vil innebære en administrativ forenkling for staten og de private virksomhetene. Det samme gjelder dersom departementet opphever den forskriftsfastsatte godkjenningsordningen for private laboratorie- og røntgenvirksomheter.

Departementet antar at lovendringen ikke vil få økonomiske eller administrative konsekvenser for kommuner eller fylkeskommuner.

Endringen i pasientrettighetsloven § 2–6 er av teknisk karakter og får ingen økonomiske eller administrative konsekvenser.

8 Særskilte merknader til de enkelte bestemmelsene

8.1 Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) § 5–5

Til første ledd:

Endringen innebærer at det kun ytes stønad til medlemmets utgifter til undersøkelser, prøver eller behandlingsformer som er omfattet av avtale mellom den private laboratorie- eller radiologivirksomheten og regionalt helseforetak. Avtalte volumbegrensninger har ikke virkning for et medlems rett til refusjon fra trygden.

Til annet ledd:

Som en følge av endringen i første ledd oppheves bestemmelsen i annet ledd.

8.2 Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter

Til § 2–6

Den tidligere bestemmelsen i folketrygdloven § 5–16 fjerde ledd videreføres i pasientrettighetsloven § 2–6 fjerde ledd.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) m.m.

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) m.m. i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) m.m.

I

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) gjøres følgende endringer:

§ 5–5 skal lyde:

§ 5–5. Private laboratorier og røntgeninstitutter

Trygden yter stønad til dekning av et medlems utgifter til:

- a) prøver og undersøkelser ved private medisinske laboratorier og
- b) radiologiske undersøkelser og behandling ved private røntgenavdelinger eller røntgeninstitutter

som omfattes av avtale mellom virksomheten og regionalt helseforetak, jf. lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. Avtalte volumbegrensninger har ikke virkning for et medlems rett til refusjon fra trygden.

Det er et vilkår for rett til stønad for prøver og undersøkelser ved private medisinske laboratorier at det foreligger rekvisisjon fra lege eller tannlege. Det er et vilkår for rett til stønad for undersøkelser og behandling ved private røntgeninstitutter at det

foreligger rekvisisjon fra lege, tannlege eller kiropraktor.

Departementet gir forskrifter om stønad etter denne paragrafen.

II

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) gjøres følgende endring:

§ 2–6 fjerde ledd skal lyde:

Retten til dekning av utgifter etter første ledd faller bort dersom pasienten får tilbud om transport med transportør som har avtale med regionalt helseforetak. Retten til dekning av utgifter faller også bort i den utstrekning utgiftene dekkes etter annen lovgivning.

III

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.