

BETALINGSORDNINGER FYSIOTERAPI

Forslag til alternative skjermingsmodeller

SAMMENDRAG

Arbeidsgruppen har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet foretatt en gjennomgang av dagens betalingsordning på fysioterapiområdet.

Formålet har vært å se på ulike modeller for endring av dagens ordning ut fra en målsetting om:

- En mer målrettet skjerming ut fra faglige vurderinger
- Forenklet regelverk og forvaltning
- Bedre samsvar mellom hovedregel om betaling av egenandel og unntaksbestemmelse om fritak for egenandel

Arbeidsgruppen har gitt en beskrivelse av dagens skjermingsordning som kjennetegnes av utstrakt skjerming på grunnlag av diagnose. En overvekt av alle brukere av den kommunale fysioterapitjenesten faller inn under sykdomslista som gir rett til fritak for egenandel. Dette skiller fysioterapiområdet fra andre helserefusjonsområder, der kun en mindre andel av brukerne er fritatt for egenandel fra første behandling.

Arbeidsgruppen har videre redegjort for de faglige, økonomiske og administrative utfordringene ved dagens ordning, vurdert ulike kriterier for skjerming og gitt en anbefaling i forhold til hvilke grupper som bør vurderes skjermet ut fra faglige vurderinger. Den har også sett nærmere på hvordan nivået på egenandelene er et sentralt element i betalingsordningen.

Arbeidsgruppen peker på tre alternative modeller for endring:

Modell A innebærer en systemendring ved at egenandelstak 1 og 2 slås sammen til en felles takordning, sykdomslista bortfaller og det gis fritak for egenandel for barn under 18 år og ved yrkesskade.

Modell B innebærer at egenandelstak 2 settes ned, sykdomslista bortfaller og det gis fritak for egenandel for barn under 18 år og ved yrkesskade. Dette medfører også en systemendring.

Modell C innebærer at dagens sykdomsliste videreføres, men med enkelte kutt i forhold til hvem som omfattes og i forhold til omfanget av fritak for egenandel. Det innføres et vilkår om vesentlig nedsatt funksjon til retten til honorartakst, og det innføres en antallsbegrensning på 48 behandlinger for alle med rett til honorartakst i henhold til sykdomslista.

Arbeidsgruppen foreslår utvidet skjerming av barn fra 12 til 18 år. Dagens lovfestede rett til fritak for egenandel ved yrkesskade forutsettes videreført, men arbeidsgruppen vil anbefale at det foretas en gjennomgang av reglene for fritak for egenandel ved yrkesskade.

De tre modellene kan gjennomføres innenfor en kostnadsnøytral ramme. Bortfall av sykdomsliste eller kutt i sykdomsliste vil medføre en innsparing som kan omfordeles ved å sette ned egenandelstaket, redusere egenandelene på fysioterapi eller til skjerming av nye grupper.

Arbeidsgruppen gir en enstemmig anbefaling av modell A, men deler seg i synet på hvilken modell som er mest hensiktsmessig dersom det ikke er aktuelt å gå videre med modell A. Representantene for NFF vil subsidiært gå for modell C, mens Arbeids- og

velferdsdirektoratet subsidiært anbefaler modell B. Representantene fra Sosial- og helsedirektoratet er delt i synet på hvilken modell som er mest hensiktsmessig dersom modell A ikke er aktuell.

Arbeidsgruppen har hatt to arbeidsmøter med representanter for Funksjonshemmedes Fellesforbund (FFO) og Norges Handikapforbund (NH). Brukerorganisasjonene anser det problematisk å diskutere endringer i egenandelene på fysioterapi uten å se på egenandeler samlet sett. De vil ikke binde seg til konklusjoner som kan medføre en dårligere ordning for noen brukere.

Dagens skjermingsordning er god for brukerne. Arbeidsgruppen tar til etterretning at brukerorganisasjonene ikke ønsker å bli tatt til inntekt for endringer som medfører økte utgifter for noen brukergrupper. Representantene har imidlertid bidratt med å belyse konsekvenser av de skisserte modellene.

REFERANSER

- /1/ Sosial- og helsedirektoratet. Rapport IS-1422 Kartlegging av Fysioterapitjenesten i kommunene For perioden 1984-2005
- /2/ St.prp. nr. 1 (2006-2007)
Kapittel 10 Egenandeler – utvikling, omfang og fordeling
- /3/ St.prp. nr. 1 (2006-2007)
Kapittel 6 Nasjonal helseplan.
- /4/ NOU 1988:7 Egenbetaling i helse- og sosialsektoren
- /5/ Ot.prp. nr. 4(2002-2003) Om lov om endringer i folketrygdloven (egenandelstak 2)

- /6/ St. meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller
- /7/ Folketrygdens stønadsbudsjett
- /8/ Folketrygdens naturalregister
- /9/ Takstbruksundersøkelsen (TBU) 2006-2007

VEDLEGG

- Vedlegg 1: Utkast til revidert sykdomsliste
- Vedlegg 2: Takstbruksundersøkelsen 2006-2007
- Vedlegg 3: Fordeling av honorartakstkostnader per sykdomspunkt (data fra TBU 2006-2007)
- Vedlegg 4: Skisse til beregning av nivået på et nytt felles egenandelstak i modell A
- Vedlegg 5: Skisse til beregning av nivået på et redusert egenandelstak 2 i modell B

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	7
2	BAKGRUNN	8
3	DAGENS ORDNING.....	9
3.1	HISTORIKK	9
3.2	DAGENS BETALINGSORDNING	11
3.3	FORVALTNING AV ORDNINGEN.....	12
3.4	DATA OM DAGENS SKJERMINGSORDNINGER.....	13
4	UTFORDRINGER MED DAGENS ORDNING.....	15
4.1	FAGLIGE UTFORDRINGER	15
4.2	ØKONOMISKE UTFORDRINGER	15
4.3	ADMINISTRATIVE UTFORDRINGER.....	16
5	KRITERIER FOR SKJERMING	16
5.1	GRATIS TJENESTER.....	17
5.2	GRATIS BEHANDLING PÅ GRUNNLAG AV DIAGNOSE	17
5.3	SKJERMING AV GRUPPER	18
5.4	SKJERMING ETTER INNTEKT	21
5.5	FULL SKJERMING OVER ET VISST FORBRUKSNIVÅ.....	21
5.6	ARBEIDSGRUPPENS VURDERING.....	21
6	NIVÅET PÅ EGENANDELENE	22
7	ALTERNATIVE MODELLER FOR SKJERMING.....	23
7.1	MODELL A – SKJERMING VIA NY FELLES TAKORDNING	23
7.2	MODELL B – SKJERMING VIA EGENANDELSTAK 2	27
7.3	MODELL C – REVIDERT SYKDOMSLISTE.....	30
8	ARBEIDSGRUPPENS VURDERING OG ANBEFALING	33

1 INNLEDNING

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Arbeids- og velferdsdirektoratet nedsatt en arbeidsgruppe som har foretatt en gjennomgang av betalings- og skjermingsordninger knyttet til fysioterapibehandling.

Det vises til departementets brev av 2. juni 2006, 21. november 2006 og 11. januar 2007.

Arbeidsgruppen har hatt følgende sammensetning:

Unni Børresen	Arbeids- og velferdsdirektoratet
Helga Rudjord	Arbeids- og velferdsdirektoratet
Per Øivind Gaardsrud	Arbeids- og velferdsdirektoratet
Bente Moe	Sosial- og helsedirektoratet
Cathrine Hannevig Welle-Watne	Sosial- og helsedirektoratet
Øivind Sæbø	Sosial- og helsedirektoratet
Elin Engeseth	Norsk Fysioterapeutforbund
Roar Høidal	Norsk Fysioterapeutforbund

Arbeidsgruppens mandat har vært å foreta en bred gjennomgang av gjeldende betalings- og skjermingsordninger knyttet til fysioterapi og komme med forslag til alternative ordninger. Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsbrev av 21. november 2006 bedt om at arbeidsgruppen gjør en bred tilnærming og ser på ulike alternativer for endringer i betalingsordninger.

Arbeidsgruppen oversendte en foreløpig skisse til tiltak i brev av 31. januar 2007.

Arbeidsgruppen har følgende målsettinger for arbeidet:

- En mer målrettet skjerming ut fra faglige vurderinger
- Forenklet regelverk og forvaltning
- Bedre samsvar mellom hovedregel om betaling av egenandel og unntaksbestemmelse om fritak for egenandel

Arbeidsgruppen har hatt arbeidsmøter med representanter for Funksjonshemmedes Fellesforbund (FFO) og Norges Handikapforbund (NH) 26. februar og 21. mars 2007. Brukerorganisasjonene anser det problematisk å diskutere endringer i egenandelene på fysioterapi uten å se på egenandeler samlet sett. De vil ikke binde seg til konklusjoner som kan medføre en dårligere ordning for noen brukere.

Dagens skjermingsordning er god for brukerne. Arbeidsgruppen tar til etterretning at brukerorganisasjonene ikke ønsker å bli tatt til inntekt for endringer som medfører økte utgifter for noen brukergrupper. Representantene har imidlertid bidratt med å belyse konsekvenser av de skisserte modellene.

2 BAKGRUNN

Statens utgifter til fysioterapi har økt betydelig i perioden 1986-2006. I 1986 var de totale utgiftene til fysioterapi 221 millioner kroner. I 2006 var kostnadene 1 481 millioner.

Utgiftsveksten skiller seg ikke vesentlig fra veksten i utgifter på andre helseområder. Det vises til Sosial- og helsedirektoratets rapport IS - 1422 "Kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene" /1/. En lavere andel fastlønnsstillinger i kommunene og en tendens til oppsplitting av avtalehjemler har bidratt til en økning av trygdens utgifter til fysioterapi. Fra og med 2003 til 2006 ser refusjonsutgiftene ut til å ha stabilisert seg.

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

Parallelt med veksten i refusjonsutgifter, har det vært en utvikling i retning av at en stadig større andel av de totale refusjonsutgiftene er relatert til honorartakst. I 2000 var ca. 55 prosent av de totale utgiftene relatert til honorartakst, mens andelen i perioden 2004-2006 har ligget på 80 – 85 prosent. Takstbruksundersøkelsen for 2006-2007 viser en andel på 81 prosent. Det antas at nedgangen i andel honorartakst er en effekt av egenandelen på 50 kroner for honorartakstpasienter i 1. halvår 2006.

En medvirkende årsak til den sterke veksten i andelen honorartakst de senere årene, er store egenandelsøkninger i 2003 (10 prosent), 2004(12 prosent) og 2005 (8 prosent). For honorartakstpasienter er egenandelene inkludert i refusjonsutgiftene, og økte egenandeler medfører derfor også økte refusjonsutgifter. I tillegg kan utgiftene øke ved at honorartakstpasienter gjennomgående har lengre behandlingsserier og flere tilleggstakster per behandling. Det har også vært en generell utvikling i retning av mer bruk av aktive behandlingsformer i perioden, og enkelte takster som benyttes i denne forbindelse er forbeholdt honorartakstpasienter. Dette gjelder i første rekke takst for veiledet trening (A10). Dette er en faglig positiv utvikling, da all dokumentasjon viser at kronikere har best effekt av aktive behandlingsformer.

Det fremgår av NOU 1988:7 at takstbruksundersøkelsen fra 1985 viser at ca 30 prosent av stipulert egenbetaling ble dekket av trygden fordi pasienten var fritatt for egenandel /4/. I Dette ble karakterisert som en forholdsvis stor andel. Takstbruksundersøkelsen for 2006-2007 viser at andelen er kommet opp i ca. 62 prosent /9/.

Skiftende regjeringer har i ulike statsbudsjett foreslått å begrense utgiftsveksten ved å innføre en lav egenandel for honorartakstpasienter. Dette fikk gjennomslag i statsbudsjettet for 2006. Det ble fra 1.1.2006 innført en egenandel på 50 kroner for honorartakstpasienter. Endringen var økonomisk motivert og hadde ingen helsefaglig begrunnelse. Samtidig ble egenandelstak 2 redusert fra 3500 kroner til 2500 kroner. Tiltaket medførte massive protester, både fra brukerorganisasjoner, helsepersonell, kommuner og enkeltpersoner. Protestene gjaldt hovedsakelig pasienter med kroniske lidelser og lav betalingsevne. Den nye egenandelen ble fjernet fra 1.7.2006.

Dette har aktualisert behovet for en bred gjennomgang av gjeldende betalingsordninger for å framskaffe et bedre grunnlag for å foreslå endringer.

3 DAGENS ORDNING

3.1 Historikk

Fra 1. april 1984 ble det innført et nytt egenandelssystem med et tak for årlige utgifter til visse helsetjenester. Samtidig ble det foretatt en generell egenandelsøkning. Ved innføringen av frikortordningen ble det diskutert hvorvidt fysioterapi burde innlemmes i denne. Begrunnelsen for at man valgte å holde fysioterapi utenfor, var i hovedsak at man fryktet økt forbruk av fysioterapi som ikke var medisinsk indisert.

På oppdrag fra regjeringen Harlem Brundtland ble det høsten 1986 satt ned et utvalg som skulle vurdere egenbetaling i helse- og sosialsektoren (NOU 1988:7). Sandman-utvalget var enig om at det var behov for bedre skjerming av personer med stort behov for fysioterapi, men utvalget var delt i spørsmålet om hvilke tiltak som burde iverksettes. Det var enighet om at innlemming i en takordning ville medføre økt forbruk både blant personer med medisinsk behov og blant personer som ikke har et medisinsk behov. Flertallet gikk likevel inn for å innlemme fysioterapi i takordningen, mens mindretallet ønsket å supplere unntaksbestemmelsen om fritak for egenandel med en sekkebestemmelse. Flertallet var igjen delt i synet på om unntaksbestemmelsen burde opprettholdes selv om fysioterapi ble innlemmet i takordningen. Utvalgets flertall gikk primært inn for å fritta barn og ungdom under 18 år fra egenandeler og subsidiært barn under 7 år.

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

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

Etter 2001 er en del begrensninger i forhold til krav til forhåndstilsagn, henvisning fra spesialist, antall behandlinger mv. fjernet. Endringene har vært begrunnet i forenklingssyn. Før antallsbegrensningen bortfalt i 2002, var det mulig å få dekning etter honorartakst for inntil 120 behandlinger per år (40 etter henvisning fra allmennlege + 40 etter henvisning fra spesialist + 40 gruppebehandlinger i basseng). Det er i dag ingen øvre grense for hvor mange behandlinger det kan gis honorartakst for, og det er ikke krav til henvisning fra spesialist etter et visst antall behandlinger.

Ordningen med egenandelstak 2 ble innført 1.1.2003. Ved innføringen ble det ikke diskutert som et alternativ å utvide egenandelstak 1 med flere tjenester. Mandatet var ”å arbeide fram et forslag til en egenandelstak 2-ordning som skal skjerme kronikere og storforbrukere av helsetjenester og medisiner”. I Ot.prp. nr. 4 (2002-2003) ble det lagt til grunn at sykdomslista skulle opprettholdes ved innføringen av tak 2 /5/.

3.2 Dagens betalingsordning

Fysioterapitjenesten i kommunene finansieres gjennom egenandeler fra pasientene, driftstilskudd fra kommunen og stykkprisrefusjon etter takster fra staten (folketrygden). Til kommuner som velger å ansette fysioterapeuter på fast lønn, gis det fastlønnstilskudd i stedet for refusjon etter takster.

Det er årlige forhandlinger mellom staten, KS og NFF om driftstilskudd og honorartakster. Refusjonstakstene fastsettes av staten i fysioterapiforskriften og egenandelen utgjør differansen mellom de avtalte honorartakstene og de fastsatte refusjonstakstene. Egenandelene fastsettes av staten.

Dagens system er basert på at pasienten som hovedregel skal betale egenandel. Det er imidlertid tatt inn noen unntaksbestemmelser i forskriften. Det fremgår av Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi § 5 at ”Det ytes stønad etter honorartakstene ved behandling for sykdommer som nevnt i kapittel II, ved skader og sykdom som går inn under folketrygdloven kapittel 13 Yrkesskadedekning, se loven § 5-25, og ved behandling av barn under 12 år”.

Sykdomslisten i kapittel II inneholder 36 sykdomsgrupper med til sammen ca. 100 sykdommer/diagnoser fordelt på 9 områder:

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

Brukere som ikke er fritatt for egenandeler gjennom fysioterapiforskriften, må betale egenandeler opp til et utgiftstak fastsatt av Stortinget. Det fremgår av folketrygdloven § 5-3 at Stortinget fastsetter et egenandelstak 2, som er det høyeste samlede beløp et medlem skal betale i godkjente egenandeler i løpet av et kalenderår for tannlegehjelp, fysioterapi, opphold ved opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionalt helseforetak og ved behandlingsreiser til utlandet (klimareiser).

Det er en forutsetning at reglene for pasientbetaling skal være like enten man får behandling hos en privatpraktiserende fysioterapeut med avtale eller hos en fastlønnet fysioterapeut. På grunn av de omfattende unntaksbestemmelsene velger imidlertid en del kommuner ikke å avkreve egenandeler av pasienter som behandles av fast ansatte fysioterapeuter.

3.3 Forvaltning av ordningen

Rammene for hvem som gis dekning etter honorartakst settes av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom fysioterapiforskriften. Det er departementet som tar stilling til om nye diagnoser skal inn på sykdomslista, og eventuelle utvidelser av lista forutsetter

budsjettmessig dekning. Innspill til endringer i sykdomslista kommer ofte fra NFF, brukerorganisasjoner, helseforetak, NAV lokalt mv. Arbeids- og velferdsdirektoratet er ansvarlig for den daglige forvaltningen av stønadsordningen for fysioterapi.

Den enkelte fysioterapeut er gitt ansvar for å vurdere om en bruker skal betale egenandel eller ikke. Dersom fysioterapeuten vurderer brukerens sykdomstilstand slik at vedkommende faller inn under sykdomslista i forskriftens kapittel II, kan fysioterapeuten kreve pasientens egenandel direkte fra NAV Helsetjenesteforvaltning sammen med sitt øvrige oppgjør. Vurderingen gjøres på grunnlag av legens henvisningsdiagnose og fysioterapeutens vurdering av hvilken diagnose behandlingstiltaket relaterer seg til. Unntak gjelder ved yrkesskade hvor det per i dag alltid skal foreligge et forhåndstilsagn fra NAV lokalt før fysioterapeuten kan kreve honorartakst.

Dersom fysioterapeuten er i tvil om vilkårene for dekning etter honorartakst er oppfylt, kan vedkommende be om forhåndstilsagn fra NAV lokalt. Tilsvarende kan bruker på eget initiativ søke om forhåndstilsagn fra NAV lokalt.

NAV Helsetjenesteforvaltning kan ved kontroll av fysioterapeutens regninger etterprøve om vilkårene for dekning etter honorartakst er oppfylt.

Det har i løpet av de siste årene skjedd en gradvis utvikling i retning av mer ansvar for fysioterapeuten til selv å vurdere diagnose, behandlingsbehov, behandlingsform mv. Fysioterapeuten bestemmer behandlingsopplegget innenfor rammene av sitt behandlingsansvar, jf. helsepersonellovens forsvarlighetskrav. Henvisende instans vurderer om bruker har behov for fysioterapi, men kan ikke lenger bestemme hvilket behandlingsopplegg pasienten skal få hos fysioterapeuten.

3.4 Data om brukere som faller inn under dagens skjermingsordninger

Vi har ikke opplysninger om faktisk antall brukere som faller inn under dagens skjermingsordning.

Takstbruksundersøkelsen for 2006-2007 gir et anslag på trygdens utgifter til fritak for egenandel for honorartakstpasienter på i overkant av 648 millioner kroner i avtaleåret 2006-2007. Førrige avtaleår var tilsvarende kostnad anslått til 720 millioner kroner. Nedgangen skyldes trolig effekten av 50-lappen.

Undersøkelsen viser også at totalt 65 prosent av enkeltregningene/behandlingene hos fysioterapeut gjelder honorartakstpasienter. Av disse gjelder 60 prosent av regningene pasienter som faller inn under sykdomslista, 3,2 prosent gjelder yrkesskade og 1,6 prosent gjelder barn under 12 år.

Honorartakstkostnadene utgjorde i samme periode 81 prosent av de totale refusjonskostnadene. Av disse var 71,5 prosent av refusjonskostnadene knyttet til sykdomslista, 5,6 prosent til yrkesskade og 3,9 prosent til barn under 12 år.

Tabellen nedenfor viser hvordan honorartakstutgiftene fordeler seg mellom ulike hovedgrupper. For en mer spesifisert oversikt over fordeling per sykdomspunkt, se vedlegg 3.

Rapport fra
arbeidsgruppe

Hovedgrupper sykdomliste	SUM honorar takst
A Indremedisin	100 863 123
B Kirurgi	249 643 515
C Nevrologi	175 434 751
D Onkologi	1 388 816
E Pediatri	10 815 588
F Psykiatri	4 641 914
G Psykisk utviklingshemming	8 221 254
H Revmatiske og andre lidelser I led dog knokler	378 913 762
I Øyesykdommer	2 795 392
SUM Diagn.liste	932 718 114
Barn under 12	40 301 944
Yrkesskade	57 278 340
SUM	1 030 298 397

Vi har ikke tall for hvor mange fysioterapibrukere som skjermes via egenandelstak 2, men vi vet at en stor andel av alle mottakere av frikort egenandelstak 2, har opptjent frikort på grunnlag av egenandeler til fysioterapi. I 2006 ble det utstedt totalt 47 498 frikort under egenandelstak 2-ordningen.

Nedenfor vises en oversikt over utviklingen i antall mottakere av frikort under egenandelstak 1 og 2.

Tabell: Utviklingen i antall utstedte frikort i perioden 1998-2006

	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Tak 1	533 368	723 184	794 016	880 984	949 323	991 768	1 015 989	918 999
Tak 2					3 840	6 184	12 698	47 498

Det ble i 2006 refundert totalt 127 505 millioner kroner i refusjon av egenandeler for 47 498 brukere med frikort egenandelstak 2, se tabell nedenfor. Av dette utgjorde refusjon av egenandeler til fysioterapi 106 millioner kroner, dvs. ca. 83 prosent av utgiftene. Dette tilsier at fysioterapi er den tjenesten som har klart størst omfang innenfor egenandelstak 2-ordningen.

Tabell: Utviklingen i refusjon av egenandeler i perioden 2000-2006. Tall i tusen kroner

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Tak 1	1 490 411	1 735 074	2 001 942	2 569 220	2 895 501	3 164 239	3 184 096
Tak 2				7 245	18 300	38 165	127 505

4 UTFORDRINGER MED DAGENS ORDNING

4.1 Faglige utfordringer

Skjermingen skjer i dag hovedsaklig på grunnlag av sykdom eller skade. Dette gir i begrenset grad uttrykk for funksjonsnivå og behov for fysioterapi. Det vil være svært varierende behov for fysioterapi blant pasienter med samme sykdom/skade. Ethvert sykdomsforløp er individuelt og behovet for fysioterapi vil variere over tid.

Sykdomslisten treffer ikke alle brukere med stort behov ut fra faglige kriterier. Noen brukere vil alltid falle utenfor. Eksempler på grupper som i dag faller utenfor er pasienter med rygg- og nakkelidelser, andre lidelser i muskel og skjelettsystemet og pasienter med kompresjonsfraktur på grunn av osteoporose.

Noe av problemene med dagens sykdomsliste er at den favner for vidt og at diagnose blir lagt til grunn for skjerming i stedet for grad av funksjonshemming og behandlingsbehov.

Helselovgivningen definerer rett til helsehjelp ut fra et faglig fundert behov. Den som trenger det mest, skal prioriteres. Henvissende instans vurderer om en pasient har behov for fysioterapi, og behandlende fysioterapeut skal vurdere hvilket behandlingsopplegg pasienten trenger. Sykdomslisten innebærer ikke en rett til behandling, men en rett til fritak for egenandel.

4.2 Økonomiske utfordringer

Dagens skjermingsordning omfatter en stor andel av alle fysioterapibrukere, og det har vært en sterk vekst i honorartakstpasientenes andel av de totale refusjonsutgiftene. Effekten av egenandeler som et virkemiddel for å redusere utgiftsveksten, begrenses betydelig når en stor andel av behandlingsvolumet gjelder honorartakstpasienter. Egenandelsøkninger medfører økte refusjonsutgifter for staten.

Store egenandelsøkninger har bidratt vesentlig til den sterke veksten i andel honorartakst i perioden 1998/1999 til 2005/2006. Arbeidsgruppen har gjort beregninger som viser at andelen honorartakst kun ville utgjort ca. 50 prosent dersom man legger til grunn samme fordeling mellom egenandeler og refusjonsbeløp i 2005/2006 som i 1998/1999.

Arbeidsgruppen vil understreke behovet for endringer i betalingsordningene som legger til rette for bedre styring av og kontroll med refusjonsutgiftene.

4.3 Administrative utfordringer

Dagens betalingsordning involverer bruker, fysioterapeut, NAV lokalt og NAV Helsetjenesteforvaltning. Regelverket er omfattende og komplisert, og det er vanskelig tilgjengelig både for bruker, fysioterapeut og forvaltningen.

Dagens betalingsordning forvaltes i stor utstrekning av fysioterapeutene. Den enkelte fysioterapeut vurderer om pasienten skal betale egenandel eller ikke. Sykdomslisten gir noe rom for skjønn, og bruker vil kunne oppleve at ellers like tilfeller behandles ulikt. Dette vanskeliggjør fysioterapeutens rolle som portvokter for offentlige midler. Da det var et generelt krav til forhåndstilsagn fra lokalt trygdekontor, var det utstrakt praksis at fysioterapeuten på

vegne av pasienten sendte inn rekvisisjoner for å få dem forhåndsgodkjent. Dette var en administrativ forenkling for alle parter, ikke minst for pasientene.

Det er videre en administrativ utfordring at dagens betalingsordning forutsetter en viss grad av enkeltsaksbehandling. Både for bruker og fysioterapeut kan det være en utfordring å forholde seg til ulike aktører innenfor NAV. Per i dag behandler NAV lokalt søknader om forhåndstilsagn, mens NAV HTF behandler krav om oppgjør etter honorartakst. I 2006 ble 17 800 søknader for forhåndstilsagn behandlet ved Nav lokalt, hvorav ca. 90 prosent ble innvilget. En stor andel av søknadene gjaldt yrkesskade. Fra 1.9.2007 skal søknader om forhåndstilsagn ikke lenger behandles ved NAV lokalt, men ved NAV HTF.

Arbeidsgruppen mener at endringer i betalingsordninger bør ta høyde for hensynet til forenkling og mer effektiv forvaltning. Det ville være en fordel om rollene rendyrkes slik at bruker kun forholder seg til fysioterapeuten som igjen ivaretar all kommunikasjon med NAV HTF via direkte oppgjør.

5 KRITERIER FOR SKJERMING

Helse- og omsorgsdepartementet har en omtale av Egenandeler – utvikling, omfang og fordeling i St.prp. nr. 1 (2006-2007). Den gir en nærmere inndeling av egenbetalingsordninger ved å beskrive de skjermingsreglene som gjelder.

Arbeidsgruppen vil i det følgende gi en vurdering av ulike kriterier for skjerming som kan være aktuelle på fysioterapiområdet:

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

5.1 Gratis tjenester

Ved innføringen av kommunehelsetjenesteloven i 1984 var intensjonen at betalingsordningen skulle være lik for behandling hos privatpraktiserende og fast ansatte fysioterapeuter. I praksis er det en del kommuner som ikke krever egenandeler slik som forutsatt, fordi de legger til grunn at de som mottar behandling av kommunens fast ansatte fysioterapeuter som hovedregel faller inn under sykdomslista og har rett til gratis behandling. Behandling utført av kommunalt ansatte fysioterapeuter vil derfor kunne oppfattes som en gratis tjeneste.

Arbeidsgruppen anser at innføring av gratis tjenester via for eksempel lavterskeltilbud i utgangspunktet ligger utenfor gruppens mandat. Dette vil i stor utstrekning berøre organiseringen og finansieringen av tjenestetilbudet, og det er ikke opp til denne arbeidsgruppen å ta stilling til dette.

5.2 Gratis behandling på grunnlag av diagnose

Dette er viktigste skjermingsprinsipp på fysioterapiområdet i dag. Skjerming på grunnlag av diagnose er beregnet til ca. 60 prosent av den totale egenbetalingen innen fysioterapi i 2005.

Den samlede skjermingen for egenbetaling på fysioterapiområdet, skiller seg ikke vesentlig fra andre områder, som for eksempel psykologområdet. Det som er spesielt for fysioterapiområdet, er at en så stor andel av skjermingen skjer i form av fritak for egenandel gjennom stønadsordningen på grunnlag av diagnose.

Utfordringene knyttet til skjerming på grunnlag av diagnose framgår av pkt. 4.

5.3 Skjerming av grupper

I dagens ordning er to grupper fritatt for egenandeler: barn under 12 år og personer med godkjent yrkesskade.

En undersøkelse fra 2004 viste at disse gruppene stod for ca. 4,3 prosent av utgiftene til refusjon av egenandeler ved fritak på grunn av sykdom eller annen årsak, dvs. at skjermingen av disse gruppene utgjorde en forholdsvis liten andel i forhold til skjerming på grunnlag av diagnose.

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

Ulempen ved å skjerme grupper er at det kan være store individuelle variasjoner innenfor hver enkelt gruppe. Jo større grupper som skjermes, jo mindre målrettet blir skjermingen.

Arbeidsgruppen har sett nærmere på ulike grupper som kan vurderes skjermet i de ulike modellene for endring.

5.3.1 Barn 12-18 år

Barn under 12 år skjermes fullt ut for egenandeler gjennom eksisterende skjermingsordninger.

Arbeidsgruppen har i alle forslag til tiltak lagt til grunn at denne gruppen bør utvides til å gjelde barn under 18 år. De barn som trenger fysioterapi frem til fylte 12 år, vil også trenge det videre. Det er som regel barn som har medfødt eller tidlig ervervet sykdom, skade eller lyte, med eller med fare for utvikling av betydelig funksjonsnedsettelse. Foreldrenes betalingsevne eller betalingsvilje bør ikke være utslagsgivende for om ungdom med behov for fysioterapi får nødvendig behandling.

Arbeidsgruppen ser ingen fare for en økning i fysioterapi som ikke er medisinsk indisert i aldersgruppen 12-18 år. Egenandeler for ungdom i denne aldersgruppen kan bidra til et underforbruk av nødvendig fysioterapi.

Praktiske hensyn tilsier også fritak for barn og ungdom under 18 år. Vi viser også til at barn under 18 år er fritatt for egenandel innen psykisk helsevern og ved behandling hos psykolog. Arbeidsgruppen kan ikke se at faglige vurderinger tilsier ulike regler på disse områdene.

Merutgiften ved å gi egenandelsfritak for barn 12-18 år antas å ligge på ca. 10 millioner kroner.

5.3.2 Pasienter som trenger fysioterapi som ledd i et behandlings- eller rehabiliteringsopplegg etter behandling i spesialisthelsetjenesten

Pasienter skrives i dag ofte ut fra spesialisthelsetjenesten til videre behandling eller rehabilitering i kommunehelsetjenesten. Denne oppfølgingen kan være helt nødvendig for at effekten av behandlingen i spesialisthelsetjenesten skal bli så god som mulig. Det vil være det medisinske skjønn i spesialisthelsetjenesten som avgjør for hvilke pasienter dette vil være nødvendig.

Det har skjedd en utvikling i retning av at stadig mer etterbehandling, opptrening og rehabilitering overlates til kommunehelsetjenesten, og de privatpraktiserende fysioterapeutene ivaretar pasienter som er avhengige av fysioterapi for at behandlingen i spesialisthelsetjenesten skal ha tilsiktet effekt. Pasientene er ikke ferdigbehandlet når de utskrives fra sykehus, og det er faglige grunner til å frita denne gruppen for egenandeler for et visst antall behandlinger for å sikre at de ikke velger bort nødvendig fysioterapi på grunn av kostnadene.

Arbeidsgruppen vil understreke at det er faglig gode grunner til å skjerme denne gruppen for egenandeler. Betalingsevnen innen denne gruppen vil imidlertid variere, og det er et spørsmål om det vil være riktig å prioritere skjerming av denne gruppen på bekostning av blant annet kronikergruppen. Som ledd i et rehabiliteringsopplegg vil det ofte være behov for andre tjenester i tillegg til fysioterapi, for eksempel polikliniske kontroller, oppfølging av fastlege, legemidler på blå resept og opphold i rehabiliteringsinstitusjon. Det er ikke fritak for egenandeler på disse tjenestene.

5.3.3 Yrkesskade

Personer med godkjent yrkesskade har en lovhjemlet rett til dekning etter honorartakst ved behov for nødvendig fysioterapi, jf. folketrygdloven § 5-25.

Arbeidsgruppen anser det ikke som en del av mandatet å revurdere denne gruppens rett til honorartakst, og har derfor videreført retten for denne gruppen. Vi vil imidlertid peke på at det kan stilles spørsmålstegn ved denne ordningen. Det er ingen faglige kriterier som tilsier at yrkesskadde generelt skal fritas for egenandel på fysioterapi.

Som et rent administrativt tiltak, vil arbeidsgruppen anbefale at kravet til forhåndstilsagn for stønad etter honorartakst ved yrkesskade bortfaller, eventuelt at det kun kreves forhåndstilsagn ved oppstart av et behandlingsforløp. Det vil da bli opp til den enkelte bruker å dokumentere at vedkommende har en godkjent yrkesskade overfor fysioterapeuten, og så vil fysioterapeuten måtte vurdere om det er årsakssammenheng mellom skaden og nåværende behandlingsbehov.

5.3.4 Minstepensjonister

Arbeidsgruppen har drøftet muligheten for å skjerme minstepensjonister slik det gjøres på legemidler på blå resept. Per i dag vil en skjerming av minstepensjonister ikke sikre at man skjermer dem med lavest inntekt, fordi en rekke minstepensjonister har inntekter i tillegg til sin minstepensjon fra folketrygden. Arbeidsgruppen mener at det vil gi en lite målrettet skjerming å skjerme denne gruppen spesielt for egenandeler på fysioterapi.

Dette ville imidlertid kunne stille seg annerledes dersom man gjennom overordnede politiske føringer velger å skjerme enkelte grupper fra egenandeler generelt. I en slik sammenheng ville minstepensjonister kunne være en aktuell gruppe å skjerme, men det forutsetter en bedre mulighet for å identifisere minstepensjonister enn den man har i dag.

5.3.5 Alvorlige funksjonshemninger og kronisk sykdom

Arbeidsgruppen har også drøftet muligheten for å skjerme personer med alvorlige funksjonshemninger og kroniske sykdommer som gruppe. Også innenfor disse gruppene vil det være store individuelle forskjeller når det gjelder behov for fysioterapi og betalingsevne. Personer med alvorlige funksjonshemninger og kronisk sykdom har ofte sammensatte behov, og arbeidsgruppen mener primært at det er naturlig å skjerme disse gruppene for utgifter over et visst nivå, dvs. gjennom takordninger. Dersom man ønsker en videreføring av egenandelsfritak for kronikere, er det vanskelig å komme utenom en form for sykdomsliste, jf. pkt. 5.2.

5.4 Skjerming etter inntekt

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

5.5 Full skjerming over et visst forbruksnivå

Skjerming gjennom egenandelstak 2-ordningen utgjorde om lag 6 prosent av den totale egenbetalingen innen fysioterapi i 2005. Antallet brukere som skjermes via egenandelstak 2 er forholdsvis lavt. Dette skyldes hovedsaklig at en stor andel brukere er fritatt for egenandel fra første behandling.

For tjenester som inngår i egenandelstak 1 er takordningen viktigste skjermingsordning. På fysioterapiområdet er sykdomslista viktigste skjermingsordning, og dette har bidratt til at egenandelstak 2-ordningen har hatt begrenset effekt. I St. prp. nr. 1 (2006-2007) er det pekt på at andelen refusjon av egenandeler er omtrent lik på psykologområdet (63%) og fysioterapiområdet (66%). På psykologområdet er det kun barn under 18 år og pasienter med HIV-infeksjon som skjermes direkte gjennom stønadsordningen. Øvrig skjerming skjer via egenandelstak 1-ordningen. På fysioterapiområdet er det motsatt. Der utgjør refusjon av egenandeler på grunn av frikort kun 6 prosent av utliknet egenbetaling.

5.6 Arbeidsgruppens vurdering

Arbeidsgruppen mener det er grunn til å bygge videre på de prinsipper for skjerming som ligger i dagens system, men at det er naturlig å se nærmere både på konkret utforming og forholdet mellom disse.

Arbeidsgruppen mener prinsipielt at de generelle takordningene skal fange opp dem som har stort behov for fysioterapi, og at dette bør være den viktigste skjermingsordningen på fysioterapiområdet.

I likhet med andre stønadsområder, bør hovedregelen være at bruker skal betale egenandel opp til et visst forbruksnivå (egenandelstak). I tillegg kan enkelte grupper skjermes direkte gjennom stønadsordningen ut fra helsepolitiske og helsefaglige hensyn. Kriteriene for skjerming av grupper bør i størst mulig utstrekning være objektive.

I modellene som arbeidsgruppen skisserer, er følgende tre kriterier for skjerming kombinert på ulike måter:

- Full skjerming over et visst forbruksnivå (egenandelstak 2)
- Skjerming av grupper
- Skjerming på grunnlag av diagnose

6 NIVÅET PÅ EGENANDELENE

Nivået på egenandelene har stor betydning for behovet for skjerming. Høye egenandeler medfører økt behov for skjerming.

Regjeringens politikk er å redusere egenandelene på helsetjenester og holde dem på et lavt nivå, jf. Soria-Moria-erklæringen. Videre har regjeringen i St. prp. nr. 1 (2006-2007) pekt på utfordringen ved at brukere på grunn av høye egenandeler får betydelige utlegg over noen få måneder på begynnelsen av året inntil taket nås. For en del brukere er det ikke den totale egenandelsbelastningen som er problematisk, men store utlegg på kort tid.

Ved en omlegging av dagens skjermingsordning, vil det blir frigjort midler som skal omfordes til beste for brukerne. Ett mulig tiltak er å redusere nivået på egenandelene på fysioterapi. Reduserte egenandeler vil bidra til at brukere som må betale egenandel, får en lavere egenandelsbelastning per behandling, og det tar lengre tid å nå opp i egenandelstaket.

Arbeidsgruppen foreslår at reduserte egenandeler inngår som et tiltak i alle de tre modellene for skjerming som beskrives nedenfor. Dette vil redusere behovet for skjerming direkte gjennom stønadsordningen for fysioterapi.

7 ALTERNATIVE MODELLER FOR SKJERMING

7.1 Modell A – Skjerming via ny felles takordning

7.1.1 Beskrivelse av tiltaket

Modell A innebærer at egenandelstak 1 og 2 slås sammen til en felles takordning, sykdomslista bortfaller og det gis fritak for egenandel for barn under 18 år og ved yrkesskade.

Modellen innebærer at betalingsordningen på fysioterapiområdet sees i sammenheng med egenandelstakordningene, og tiltaket forutsetter en viss omfordeling av utgifter mellom ordningene. Det er en forutsetning at nytt egenandelstak settes så lavt som mulig innenfor en kostnadsnøytral ramme uten at det settes så lavt at for mange får frikort. Nytt egenandelstak bør også settes på et nivå som gir mulighet til å redusere egenandelene på området, og eventuelt til å skjerme flere grupper.

Arbeidsgruppens beregninger viser at nytt tak bør kunne settes til ca. 2200 kroner.

Modell A innebærer at prinsippet om skjerming på grunnlag av diagnose utgår, og erstattes av et hovedprinsipp om full skjerming utover et visst forbruksnivå kombinert med fritak for egenandel for to grupper: barn under 18 år og personer med yrkesskade. Tiltaket kan eventuelt kombineres med skjerming av andre grupper, for eksempel etter behandling i spesialisthelsetjenesten, jf. 5.3.

7.1.2 Hensikt

Det etableres en mer enhetlig og oversiktlig skjermingsordning for utgifter over et visst forbruksnivå, og man oppnår et betydelig enklere regelverk

Tiltaket skal bidra til en bedre skjerming av de grupper som samlet sett har størst og mest sammensatt behov for helsetjenester på bekostning av noe økte utgifter for brukere av tjenester under egenandelstak 1. Det vil medføre en viss omfordeling fra brukere med et moderat behov for helsetjenester, og til brukere med stort og mer sammensatt behov for helsetjenester. I tillegg vil lavere egenandeler bidra til lavere utgiftsbelastning per behandling for alle brukere som må betale egenandel, og det vil ta noe lengre tid før egenandelstaket nås.

Hovedprinsippet om at alle i utgangspunktet skal betale egenandel stadfestes og fritak blir ikke lenger ”hovedregel”.

7.1.3 Konsekvenser for brukerne

Personer med funksjonshemming eller kronisk sykdom som har en opphopning av utgifter til helsetjenester, vil bli bedre ivaretatt gjennom en felles takordning. Brukere med stort behov for helsetjenester som i dag oppnår frikort under begge takordningene, vil samlet sett få reduserte utgifter til egenandeler. De samlede utgiftene for denne gruppen vil bli redusert med

1900 kroner. Dette innebærer en vesentlig bedre skjerming av en gruppe som ofte har både langvarig og sammensatt behov for behandling.

De som kun mottar tjenester under tak 1-ordningen, vil få økte utgifter i og med at taket heves. Det vil skje en omfordeling fra brukere med et relativt normalt forbruk av helsetjenester og til brukere med et stort og sammensatt behov for tjenester. I 2006 ble det utstedt 919000 frikort tak 1 totalt.. Disse vil maksimalt få en merutgift på 540 kroner. For alle som i tillegg har behov for enkelte tjenester under tak 2, vil merutgiften bli lavere.

Dagens sykdomslistepasienter vil få økte utgifter. Utgiftsveksten begrenses ved at utgiftene til fysioterapi vil kunne sees i sammenheng med egenandeler på andre viktige områder som legehjelp, legemidler på blå resept og reiseutgifter. Hvor stor merutgift den enkelt bruker får, vil være avhengig av hvilke andre helsetjenester vedkommende betaler egenandeler for. Alle fysioterapibrukere vil ha noen utgifter til egenandeler i tillegg til egenandelene på fysioterapi. Blant annet må bruker innom fastlege for å få henvisning. Mange brukere vil også ha reiseutgifter i forbindelse med behandlingen, og det er sannsynlig at en betydelig andel av brukerne også har utgifter til legemidler på blå resept.

Statistikk fra folketrygdens naturalregister viser at ca. 65 prosent av mottakerne av frikort tak 2, også oppnådde frikort under tak 1 i 2006, dvs. ca. 30 000 brukere. Dette indikerer at de fleste brukerne av tjenester under tak 2, hvor fysioterapi har størst omfang, også har utgifter under tak 1. Hvis nytt tak settes til 2200 kroner, vil merutgiften for dem som oppnår tak 1 i dag, ligge på 540 kroner. Har bruker i tillegg noen utgifter til andre tjenester under tak 2, blir merutgiften lavere. Brukere som har behov for rehabiliteringsopphold eller behandlingsreise til utlandet, vil mest sannsynlig ikke få merutgifter i det hele tatt.

Innføring av egenandel for sykdomslistepasienter kan på grunn av manglende betalingsevne medføre mulig underforbruk av fysioterapibehandling for pasienter som tidligere har vært fritatt for egenandel.

7.1.4 Konsekvenser for stønadsbudsjettet

Tiltaket kan gjennomføres innenfor en kostnadsnøytral ramme.

Det er imidlertid mange usikre faktorer når man foretar omfattende endringer av denne typen. Ved en omlegging vil det derfor være naturlig å ta forbehold om justeringer i egenandelstaket dersom det skulle vise seg at taket er satt for høyt eller for lavt. Vi viser i den forbindelse til at egenandelstak 2 er satt ned i flere omganger for at ordningen skal treffe flere brukere.

Arbeidsgruppens beregninger viser at man ved å sette et nytt felles egenandelstak til 2200 kroner, vil kunne ha rom for å skjerme barn under 18 år og yrkesskadde. I tillegg vil det gjenstå en innsparing på ca. 215 millioner kroner som kan benyttes til å redusere egenandelene på fysioterapi, eventuelt i kombinasjon med ytterligere skjerming.

Effekt	Innsparing	Merutgift	Totalt
Reduserte utgifter under dagens tak 1-ordning 1)	- 445 mill		

Rapport fra
arbeidsgruppe

Reduserte utgifter ved at pasienter på sykdomslista må betale egenandel.2)	- 600 mill		
Merkostnad ved å fritta barn 12-18 år		+ 10 mill	
Merkostnad til refusjon av egenandeler på fysioterapi 3)		+ 250 mill	
Merkostnad til refusjon av egenandel på tjenester under dagens tak 1, fordi flere når raskere opp i et felles tak.4)		+ 250 mill	
Merkostnad til refusjon av egenandel på tak1-tjenester for alle fysioterapibrukere som når nytt felles tak.5)		+ 320 mill	
Netto innsparing	- 1045 mill	+ 830 mill	- 215 mill

- 1) Vi legger til grunn at effekten av takøkningen tilsvarer en måneds forsinkelse i utstedelse av frikort, dvs. at de som tidligere har fått frikort i desember, ikke lenger får frikort og heller ikke refundert egenandeler på grunn av frikort. Dette medfører en innsparing på 445 millioner kroner.
- 2) I TBU 2006-2007 er refunderte egenandeler på grunn av honorartakst beregnet til totalt 648 mill. Av dette anslås refunderte egenandeler for barn under 12 år og yrkesskadde til å utgjøre 50 mill.
- 3) Vi antar at ca. 50 prosent av de beregnede egenandelene til fysioterapi vil bli dekket av ny takordning, dvs. ca. 250 millioner
- 4) Merkostnad til refusjon av egenandeler beregnet til dagens nivå + 8 prosent
- 5) Merkostnad til refusjon av egenandeler beregnet til dagens nivå + 10 prosent

Framgangsmåte ved beregningene er skissert i vedlegg 4. Tallene er beheftet med usikkerhet.

7.1.5 Administrative konsekvenser

Tiltaket forutsetter lovendring, og det berører mange ulike aktører som må gis anledning til å komme med innspill gjennom en formell høring. I første rekke gjelder dette brukerorganisasjoner og behandlere og tjenesteytere som utfører tjenester som faller inn under gjeldende frikortordninger.

Arbeidsgruppen har i første rekke hatt fokus på hvilken betydning innlemming i en felles takordning vil ha for fysioterapiområdet. Dersom det er aktuelt å gå videre med denne modellen, bør det sees nærmere på de andre tjenestene som inngår i de to ordningene og vurdere om alle bør med i en ny felles takordning.

Dersom det skal innføres en ny takordning, må det settes av tilstrekkelig ressurser til informasjon. Det må utarbeides en informasjonsstrategi som ivaretar alle som blir berørt av omleggingen. I tillegg må utformingen av dagens kvitteringskort og frikort endres, og det må foretas mindre tilpasninger i dagens IT-systemer.

Antall frikortmottakere totalt vil trolig bli redusert. De som har utgifter rett rundt dagens egenandelstak 1, vil ikke få frikort dersom taket heves med 540 kroner fra 1660 til 2200 kroner. En reduksjon i antall frikort medfører en administrativ besparelse for NAV. NAV vil også få en administrativ forenkling ved at sykdomslista bortfaller. Dette gjelder både ved at behovet for forhåndstilsagn bortfaller og ved at det blir mindre behov for etterfølgende kontroll av fysioterapeutenes oppgjør. Det må imidlertid etableres en ny oppgjørsordning mellom kommuner og NAV HTF for refusjon av egenandeler for brukere med frikort.

Fysioterapeuter får noe økt administrasjon i forbindelse med innkreving av egenandel fra dagens sykdomslistepasienter, men dette vil kun gjelde i en overgangsperiode. Fysioterapeutene får også en forenkling ved at de ikke trenger å forholde seg til sykdomslista.

Kommuner vil få økt administrasjon i forbindelse med innkreving av egenandel. Dette vil kun gjelde i en overgangsperiode inntil rutiner for innkreving av egenandel er etablert.

Fysioterapeutenes og kommunenes journalsystemer vil måtte endres på grunn av bortfall av sykdomsliste og fritak for nye grupper.

Tiltaket legger til rette for en elektronisk frikortløsning. Det er startet opp et arbeid for å utvikle en elektronisk frikortløsning. I første omgang vil denne inneholde funksjonalitet kun for tjenestene under egenandelstak 1, men det ville være en fordel om en elektronisk løsning kunne ivareta alle tjenestene som inngår i takordningene.

7.2 Modell B – skjerming via egenandelstak 2

7.2.1 Beskrivelse av tiltaket

Modell B innebærer at egenandelstak 2 settes ned, sykdomslista bortfaller og det gis fritak for egenandel for barn under 18 år og ved yrkesskade .

Modell B tar utgangspunkt i eksisterende takordninger, men inneholder for øvrig de samme elementene som modell A. Prinsippet om skjerming på grunnlag av diagnose utgår, og erstattes av et hovedprinsipp om full skjerming utover et visst forbruksnivå kombinert med fritak for egenandel for definerte grupper: barn under 18 år og personer med yrkesskade.

Innsparing fra fjerning av sykdomslista brukes til utvidet skjerming av barn, samt til å sette ned egenandelstak 2 og redusere egenandelene. Tiltaket kan eventuelt kombineres med ytterligere skjerming av grupper, for eksempel etter behandling i spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppens beregninger viser at tak 2 vil kunne reduseres til 1700 kroner.

7.2.2 Hensikt

Hovedprinsippet om at alle i utgangspunktet skal betale egenandel stadfestes. Regelverket blir enklere ved at sykdomslista bortfaller. Egenandelstak 2-ordningen blir viktigste skjermingsordning. Betalingsordningen gjøres mer lik andre stønadsordninger og stønadsordningen for fysioterapi blir enklere å forvalte ved at det innføres mer objektive kriterier for fritak for egenandel.

7.2.3 Konsekvenser for brukerne

Dagens sykdomslistepasienter vil få økte utgifter med mindre de allerede opptjener rett til frikort tak 2 på grunnlag av andre tjenester enn fysioterapi. Størrelsen på merutgiften vil være avhengig av hvor stort behandlingsbehov de har, og i hvilken utstrekning de også mottar andre tjenester under egenandelstak 2 uten at de tidligere har oppnådd frikort. Merutgiften vil derfor

ligge mellom 0 -1700 kroner. Økte utgifter kan bidra til mulig underforbruk av fysioterapibehandling for pasienter med dårlig økonomi.

Brukere som har betalt egenandel og oppnådd frikort egenandelstak 2, vil få reduserte utgifter til egenandeler fordi taket settes ned. Reduksjonen vil da tilsvare det beløpet som taket reduseres med, dvs. i denne modellen 800 kroner.

7.2.4 Konsekvenser for stønadsbudsjettet

Arbeidsgruppen har gjort beregninger som viser at det kan være rom for å redusere tak 2 med 800 kroner til 1700 kroner innenfor en kostnadsnøytral ramme og i tillegg ha rom for å redusere egenandelene og eventuelt skjerme ytterligere grupper.

Vi har tatt utgangspunkt i hvilke konsekvenser innføring av egenandel for sykdomslistepasienter vil få, og hvor mye det vil koste å redusere tak 2 fra 2500 kroner til 1700 kroner. Beregnet netto innsparing blir 50 millioner som kan benyttes til reduksjon i egenandeler og eventuelt skjerming av ytterligere grupper.

Effekt	Innsparing	Merutgift	Totalt
Reduserte utgifter ved at sykdomslista fjernes og alle må betale egenandel.1)	- 600 mill		
Merutgift ved å fritta barn 12-18 år		+ 10 mill	
Merkostnad refusjon av egenandeler under egenandelstak 2 2)		+ 340 mill	
Merkostnad ved å redusere tak 2 til 2000 kroner		+ 100 mill	
Merkostnad ved ytterligere reduksjon til 1700 kroner		+ 100 mill	
Netto innsparing	- 600 mill	+550 mill	- 50 mill

- 1) I TBU 2006-2007 er refunderte egenandeler på grunn av honorartakst beregnet til totalt 648 mill. Av dette anslås refunderte egenandeler for barn under 12 år og yrkesskadde til å utgjøre 50 mill.
- 2) Ved beregningen har vi tatt utgangspunkt i effekten på tak 2 av innføring av egenandel på 50 kroner for sykdomslistepasienter i første halvår 2006. Vi har forutsatt en tredobling i antall frikort, dvs. 150 000 frikort, at egenandelene tredobles for mange brukere og at egenandelene gjelder hele året.

Framgangsmåte ved beregningene er skissert i vedlegg 5. Tallene er beheftet med usikkerhet.

7.2.5 Administrative konsekvenser

Antallet frikort egenandelstak 2 vil øke betydelig som følge av omleggingen av betalingsordningen og nedsettelse av tak 2 til 1700 kroner. Vi antar at antallet frikort under egenandelstak 2 vil kunne bli ca firedoblet, dvs. i overkant av 200 000 frikort. Det vil medføre økte utgifter for NAV til administrasjon av ordningen.

NAV vil imidlertid også få en administrativ forenkling ved at sykdomslista bortfaller. Dette gjelder både i forhold til søknader om forhåndstilsagn og mindre behov for etterfølgende

kontroll av fysioterapeutenes oppgjør. Det må etableres en oppgjørsordning mellom kommuner og NAV HTF for refusjon av egenandeler for brukere med frikort.

Tiltaket forutsetter ikke endringer i arbeids- og velferdsetatens saksbehandlingssystem, men enkelte mindre justeringer i den elektroniske oppgjørsløsningen (KUHR).

Fysioterapeuter får i en overgangsperiode økt administrasjon i forbindelse med innkreving av egenandel fra dagens sykdomslistepasienter. Dette gjelder også for kommuner.

Fysioterapeutenes journalsystemer vil måtte endres på grunn av bortfall av sykdomsliste og fritak for nye grupper.

7.3 Modell C – Revidert sykdomsliste

7.3.1 Beskrivelse av tiltaket

Modell C innebærer at dagens sykdomsliste videreføres, men det gjøres grep for å målrette skjermingen bedre.

Modellen innebærer følgende tiltak:

- Det knyttes et generelt vilkår om vesentlig funksjonsnedsettelse til retten til honorartakst. Vilkåret knyttes også direkte til sykdomsgruppene A1, A6, B1, B2, B7, H1, H2, H3, H5 og I1. Dette medfører en innstramning under alle disse sykdomsgruppene.
- Det foretas konkrete kutt i sykdomslista under B Kirurgi slik at enkle skader og ukompliserte brudd faller ut av sykdomslisten.
- Det innføres en generell antallsbegrensning på 48 behandlinger per år for å begrense det totale omfanget honorartakst. I tillegg beholdes dagens tidsbegrensning på seks måneder under enkelte sykdomspunkt.
- Det foretas en faglig gjennomgang og endring av sykdomslisten, herunder i merknadene.

I tillegg til de som skjermes via den reviderte sykdomslisten, gis det fritak for egenandel for barn under 18 år og ved yrkesskade.

Dagens egenandelstakordninger videreføres. Tiltaket kan kombineres med nedsettelse av tak 2 eller reduserte egenandeler avhengig av om det er rom for dette innenfor en kostnadsnøytral ramme.

Arbeidsgruppen har lagt ved et eksempel på hvordan ovennevnte tiltak kan innarbeides i dagens sykdomsliste, se vedlegg 1. Vi vil imidlertid understreke at vi i første omgang har pekt på en modell for endring, og at vi ikke har utarbeidet et detaljert forslag til forskriftsendring. Dette forutsetter en mer omfattende faglig vurdering av de enkelte sykdomsgruppene der også medisinskfaglig kompetanse må trekkes inn.

7.3.2 Hensikt

Sykdomslisten strammes inn for å oppnå en mer målrettet skjerming ut fra faglige kriterier og redusert omfang av fritak for egenandel på grunnlag av diagnose.

Arbeidsgruppen har hatt en målsetting om at skjerming bør sees i forhold til funksjon. ICF som klassifikasjonssystem er i ferd med å bli anerkjent som klassifiseringsverktøy i de fleste områder i norsk helsevesen, men arbeidsgruppen kan ikke se at arbeidet med ICF er kommet langt nok til at dette kan brukes som grunnlag for endring i dagens skjermingsordning.

Arbeidsgruppen mener likevel at det i større utstrekning bør knyttes et vilkår om alvorlig sykdom/skade og vesentlig nedsatt funksjon til retten til honorartakst. Arbeidsgruppen foreslår at det utarbeides faglige retningslinjer knyttet til sykdomslisten der det gis faglige kriterier for fastsetting av alvorlighetsgrad og funksjonsnivå innenfor de ulike sykdomsgruppene.

Antallsbegrensningen er innført for å begrense det totale omfanget av honorartakst. Taket er foreslått satt til 48 behandlinger per år for å gi kronikere mulighet for fysioterapi etter honorartakst inntil en gang per uke gjennom året. Det kan også vurderes å sette taket noe lavere dersom et tak på 48 behandlinger viser seg ikke å gi tilsiktet effekt.

Sykdomslisten er i denne modellen beholdt fordi det har vist seg vanskelig å finne andre kriterier å skjerme på grunnlag av uten betydelige systemendringer. Med en videreføring av dagens system, vil økonomi ikke være til hinder for at brukere på listen vil kunne komme tidlig til behandling for å unngå forverring av tilstanden og redusert funksjonsnivå.

7.3.3 Konsekvenser for brukerne

Modellen medfører økte utgifter for noen av dagens sykdomslistepasienter. Hvor stor utgiftsøkningen blir, vil være avhengig av flere faktorer.

De som faller utenfor den reviderte sykdomslisten på grunn av vilkåret om vesentlig nedsatt funksjon, vil måtte betale egenandeler opp til egenandelstak 2. Dette vil hovedsakelig ramme brukere med kroniske lungelidelser uten alvorlig nedsatt respirasjonskapasitet og funksjon, ved ukompliserte brudd og mindre skader og inngrep i bevegelsesapparatet, ved revmatisk lidelse uten vesentlig funksjonsnedsettelse og ved artrose uten vesentlig funksjonsnedsettelse.

De som fortsatt faller inn under sykdomslisten får rett til inntil 48 behandlinger per år til honorartakst. Hvis de har behov utover dette, vil de få merutgifter begrenset oppad til egenandelstak 2. Antallsbegrensningen antas i første rekke å ramme en liten andel brukere som har et omfattende og vedvarende behov for fysioterapi. Antallsbegrensningen er satt til 48 behandlinger for å sikre at denne gruppen kan få inntil en behandling per uke gjennom året. Skjermingsordningen vil dermed dekke et minimumsbehov, og når de 48 behandlingene etter honorartakst er brukt opp, må brukere betale ordinær egenandel.

7.3.4 Konsekvenser for stønadsbudsjettet

Tiltaket forutsettes innført innenfor en kostnadsnøytral ramme, slik at innsparingen ved innstramming i sykdomslista benyttes til å redusere egenandelene og sette ned tak 2.

Det er usikkerhet knyttet til hvor stor innsparing innstramningen i sykdomslista vil medføre. Dersom utgiftene til egenandelsfritak for brukere på sykdomslista reduseres med 10 prosent, vil det kunne representere en innsparing på ca. 60 millioner. En reduksjon på 20 prosent vil medføre en innsparing på 120 millioner.

Vilkåret om vesentlig nedsatt funksjon antas i første rekke å ramme de sykdomspunktene som har størst omfang. Dette gjelder B2 Inngrep på ledd, H1 Kronisk artritt i flere ledd og H2 Degenerative leddlidelser. Til sammen står disse for ca. 50 prosent av de totale refusjonskostnadene for honorartakstpasienter, se vedlegg 3.

7.3.5 Administrative konsekvenser

Denne modellen er en videreføring av dagens ordning, men innstrammingene i ordningen innebærer enkelte administrative konsekvenser.

Funksjonsvurderinger vil til en viss grad måtte basere seg på skjønn, og det vil kunne føre til ulik praksis.

Bruk av skjønn representerer også en kontrollmessig utfordring for Helsetjenesteforvaltningen. Det er krevende for forvaltningen å etterprøve vurderinger gjort på bakgrunn av faglig skjønn.

Innføringen av antallsbegrensning innebærer en komplisering av regelverket og medfører merarbeid for NAV i forhold til å påse at grensen ikke overskrides. NAV vil ikke kunne holde løpende oversikt over hvor mange behandlinger den enkelte pasient får dersom vedkommende benytter flere fysioterapeuter. Dette vil måtte følges opp med stikkprøvekontroller.

Vi antar at innstramningen vil medføre en liten økning i antall frikort egenandelstak 2.

Det vil bli behov for mindre tilpasninger i IT-systemer både for NAV og for fysioterapeutene.

Det vil fortsatt kunne bli et press på ordningen, både i forhold til å innlemme flere grupper, og i forhold til å utvide antall behandlinger.

8 ARBEIDSGRUPPENS VURDERING OG ANBEFALING

Modell A oppfylder gruppens målsettinger om mer målrettet skjerming ut fra faglige vurderinger, forenklet regelverk og forvaltning og redusert omfang av dekning etter honorartakst. Videre bidrar det til en betydelig forenkling av egenandelstakordningen og legger til rette for elektroniske løsninger.

Det er også viktig at tiltaket kan gjennomføres innenfor en kostnadsnøytral ramme og innrettes slik at brukerbetalingen samlet sett ikke økes, men omfordeles. Det mest positive med forslaget er at storbrukere som har behov for tjenester både under egenandelstak 1 og egenandelstak 2, blir langt bedre ivaretatt enn i dag. Arbeidsgruppen mener at det er forsvarlig å øke den samlede egenandelsbelastningen for "folk flest" noe, for på en bedre måte i ivareta dem som har et sammensatt behandlingsbehov. Alle som i dag betaler egenandel ved fysioterapi, vil få reduserte kostnader ved at egenandelene settes ned.

Regjeringen har i Nasjonal helseplan (2007-2010) som mål å sikre at folk har likeverdig tilgang til tjenester, uavhengig av bosted, inntekt, alder, og etnisk bakgrunn. For å få til dette hevder regjeringen at det kreves et samspill av virkemidler, herunder ”lave egenandeler og økonomiske skjermingsordninger som rettes mot dem som trenger mest helsetjenester”/3/. Arbeidsgruppen mener at en sammenslåing av tak 1 og tak 2 vil være et tiltak som bidrar til å skjerme dem som trenger mest helsetjenester. Når tjenestene under tak 1 og tak 2 likestilles under ett felles tak, kan det også resultere i mer lik tilgjengelighet til de ulike tjenestene.

Vi vil videre framheve at en felles takordning vil framstå som mer rettferdig ved at de ulike tjenestene anses likeverdige. Tjenester under egenandelstak 2 har av mange vært ansett som mindre viktige enn tjenestene under egenandelstak 1, og innføring av en felles ordning vil dermed medføre økt anseelse for tjenestene under tak 2.

Arbeidsgruppen mener generelt at nivået på egenandelene bør revurderes i forbindelse med etablering av en ny takordning for å sikre at nivået på taket står i forhold til nivået på de enkelte egenandelene.

Modell B oppfyller også delvis gruppens målsettinger. Det blir etablert et hovedprinsipp om betaling av egenandel, og kun avgrensede grupper blir fritatt for egenandel fra første dag. Full skjerming over et visst forbruk blir viktigste skjermingsprinsipp og omfanget av behandling etter honorartakst reduseres. Forslaget medfører økte utgifter for dagens sykdomslistepasienter, men disse drar nytte av et lavere tak for alle storforbrukere av fysioterapitjenester. De som har opptjent frikort egenandelstak 2 vil få lavere utgifter totalt sett. Tiltaket medfører helt klart forenkling og ordningen blir enklere å forvalte.

Vilkåret om mer målrettet skjerming ut fra faglige vurderinger oppfylles i mindre grad. Denne modellen gir ikke tilsvarende omfordeling som modell A, og vil nok i større utstrekning bli opplevd som kutt i etablerte rettigheter. Fordelen med modell A er at de negative konsekvensene av å fjerne sykdomslista i større grad oppveies av de positive konsekvensene av å slå sammen takordningene. Modell B har ikke samme sosiale profil som modell A. Dagens sykdomslistepasienter må bære kostnaden ved en bedre generell skjermingsordning for alle med et visst forbruk av fysioterapitjenester.

Modell C oppfyller i begrenset grad målsettingen om redusert omfang av dekning etter honorartakst, og bidrar heller ikke til forenkling. Man opprettholder imidlertid en skjermingsordning som ”treffer” de brukerne som vurderes å ha størst behov for og nytte av fysioterapi. Et viktig moment er at pasienten skjerms fra første behandling, og ikke etter oppnådd tak for frikort. Det vil være av vesentlig betydning for en stor andel av pasientene som er inkludert i sykdomslisten å komme tidlig til behandling for å unngå forverring av tilstanden og redusert funksjonsnivå. I tillegg sikrer den at pasienter som har svak økonomi ikke hindres i å få nødvendig behandling i startfasen pga manglende betalingsevne. Ut fra rent faglige vurderinger vil en revidert diagnoseliste være et hensiktsmessig alternativ, men dette alternativet bidrar ikke til forenkling i samme utstrekning som de øvrige alternativene. Det er også grunn til å tro at det vil bli press på utvidelser av ordningen.

Arbeidsgruppen er samstemt i synet på behovet for endring og har langt på vei diskutert seg fram til enighet om modellene.

**Rapport fra
arbeidsgruppe**

Arbeidsgruppen anbefaler enstemmig at det arbeides videre med modell A, dvs. en sammenslåing av takordningene. Det er imidlertid noe ulikt syn på modell B og C og hvilken av disse som bør anbefales dersom det ikke er aktuelt å gå videre med modell A.

NFF støtter modell C og vurderer modell B som klart minst hensiktsmessig fordi denne modellen gir kronikere et vesentlig dårligere tilbud enn i dag uavhengig av sykdommens alvorlighetsgrad.

Arbeids- og velferdsdirektoratet finner modell B klart mest hensiktsmessig fordi denne modellen i størst utstrekning støtter opp om egenandelstakordningen som viktigste skjermingsordning og bidrar til forenkling av regelverk og rutiner.

Representantene fra Sosial- og helsedirektoratet er delt i synet på hvilken modell som er mest hensiktsmessig dersom det ikke er aktuelt å gå videre med modell A.

Arbeidsgruppen vil peke på muligheten for å kombinere modeller i en framtidig strategi for endringer på egenandelsområdet. Både modell B og C kan gjennomføres raskt, og kan være midlertidige skritt på veien mot en felles takordning.