

Frumvarp til laga

um breytingu á lögum um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring).

(Lagt fyrir Alþingi á 145. löggjafarþingi 2015–2016.)

1. gr.

Eftirfarandi breytingar verða á 29. gr. laganna:

- Við 1. tölul. 1. mgr. bætist nýr málslíður, svohljóðandi: Heimilt er að ákveða að gjald fyrir þjónustuna skuli vera hærra sæki sjúkratryggður þjónustuna á aðra heilsugæslustöð eða til annars heimilislæknis en hann er skráður hjá.
- Við 3. tölul. 1. mgr. bætast tveir nýir málslíðir, svohljóðandi: Heimilt er að ákveða að gjald fyrir þjónustuna skuli vera hærra ef sjúkratryggður sækir þjónustuna án tilvísunar frá heilsugæslustöð eða heimilislækni. Þá er heimilt að ákveða að gjald vegna þjónustu fyrir börn verði lægra eða falli niður ef þjónustan er sótt með tilvísun frá heilsugæslustöð eða heimilislækni.

- Á eftir 1. mgr. koma þrjár nýjar málsgreinar, svohljóðandi:

Greiðslur sjúkratryggðs fyrir heilbrigðisþjónustu skv. 1.–4. tölul. 1. mgr. mynda afsláttarstofn. Afsláttarstofn er nýttur við ákvörðun á greiðslum sjúkratryggðs við kaup á heilbrigðisþjónustu. Afsláttarstofn verður aldrei hærri en hámarksgreiðsla sjúkratryggðs í almanaksmánuði, sbr. 2. mgr. Afsláttarstofn flyst á milli mánaða að frádregnum 1/6 hluta af hámarksgreiðslum um hver mánaðamót, óháð greiðslum sjúkratryggðs.

Ráðherra ákveður með reglugerð hámarksgreiðslur sjúkratryggðs í hverjum almanaksmánuði fyrir heilbrigðisþjónustu skv. 1.–4. tölul. 1. mgr. Heimilt er að ákveða að kostnaður vegna tiltekinnar þjónustu falli utan hámarksgreiðslna sjúkratryggðra og teljist ekki í afsláttarstofn, svo sem kostnaður vegna námskeiða og heilbrigðissskoðana í tengslum við leyfisveitingar. Hámarksgreiðsla skal vera lægri hjá öldruðum, öryrkjum og börnum og skal ekki vera hærri en 2/3 hlutar af greiðslum annarra sjúkratryggðra.

Við ákvörðun greiðslubátttöku sjúkratryggðs vegna heilbrigðisþjónustu, sbr. 1.–4. tölul. 1. mgr., skal leggja saman afsláttarstofn og greiðslur sjúkratryggðs við kaup á heilbrigðisþjónustu. Séu samanlagðar greiðslur lægri en hámarksgreiðsla, sbr. 2. mgr., greiðir sjúkratryggður kostnaðinn allt að hámarksgreiðslu í samræmi við reglugerð, sbr. 1. mgr. Kostnaður umfram hámarksgreiðslu sjúkratryggðs greiðist af sjúkratryggingastofnuninni ef um er að ræða þjónustu sem stofnunin tekur þátt í að greiða, annars af viðkomandi heilbrigðisstofnun.

2. gr.

Á eftir 29. gr. a laganna kemur ný grein, 29. gr. b, ásamt fyrirsögn, svohljóðandi:

Miðlægur heilbrigðisþjónustugrunnur.

Sjúkratryggingastofnunin ber ábyrgð á og starfrækir gagnagrunn með þeim upplýsingum um greiðslur sjúkratryggðra sem nauðsynlegar eru vegna greiðsluþátttökukerfis heilbrigðisþjónustunnar til að reikna út greiðslur þeirra og greiðsluþátttöku sjúkratrygginga við kaup á heilbrigðisþjónustu. Í gagnagrunninn skal skrá upplýsingar um greiðslur sjúkratryggðs vegna heilbrigðisþjónustu, tegund heilbrigðisþjónustu og stöðu sjúkratryggðs innan kerfisins.

Heilbrigðisstofnunum og heilbrigðisstarfsmönnum sem innheimta gjöld, sbr. 1.–4. tölul. 1. mgr. 29. gr., er skylt að tengjast gagnagrunninn, nýta upplýsingar gagnagrunnsins við útreikning á greiðsluþátttöku og veita upplýsingar í hann.

Ráðherra setur reglugerð um rekstur gagnagrunnsins. Þar skal m.a. kveðið á um:

1. hvaða upplýsingar skuli skrá í gagnagrunninn,
2. eyðingu skráðra upplýsinga,
3. aðgang heilbrigðisstofnana og heilbrigðisstarfsmanna að upplýsingum í gagnagrunninn,
4. skyldu heilbrigðisstofnana og heilbrigðisstarfsmanna til að tengjast gagnagrunninn og til að nýta upplýsingar gagnagrunnsins við útreikning á greiðsluþátttöku, og
5. skyldu heilbrigðisstofnana og heilbrigðisstarfsmanna til að veita upplýsingar í gagnagrunninn.

3. gr.

Lög þessi öðlast gildi 1. júní 2016.

Ákvæði til bráðabirgða.

Við gildistöku laga þessara skal afsláttarstofn miðast við greiðslur sjúkratryggðs fyrir þjónustu skv. 1.–4. tölul. 1. mgr. 29. gr. laganna síðustu fimm mánuði fyrir gildistöku.

Athugasemdir við lagafrumvarp þetta.

I. Inngangur.

Lagafrumvarp þetta er samið í velferðarráðuneytinu af vinnuhópi um framkvæmd nýs greiðsluþátttökukerfis sem heilbrigðisráðherra skipaði í ágúst 2015. Vinnuhópurinn var samsettur af sérfræðingum velferðarráðuneytisins, fjármála- og efnahagsráðuneytisins og Sjúkratrygginga Íslands. Margrét Björk Svavarsdóttir var formaður hópsins. Með frumvarpinu er lagt til að tekið verði upp nýtt greiðsluþátttökukerfi heilbrigðisþjónustunnar og að ákveðnar verði mánaðarlegar hámarksgræiðslur sjúkratryggðra. Í frumvarpinu eru jafnframt ákvæði varðandi þjónustustýringu heilbrigðiskerfisins sem miða að því að heilsugæslan sé að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga.

Nýtt greiðsluþátttökukerfi.

Í nóvember 2007 skipaði þáverandi heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra nefnd til að gera tillögur að réttlátari, einfaldari og gagnsærri þátttöku einstaklinga í kostnaði vegna lyfja og annarrar heilbrigðisþjónustu. Formaður nefndarinnar var dr. Pétur H. Blöndal, alþingismaður. Nefndin starfaði til ársloka 2008. Í maí 2013 var sett á laggirnar nýtt greiðsluþátttökukerfi lyfja sem byggðist á vinnu nefndarinnar.

Þann 28. ágúst 2013 skipaði heilbrigðisráðherra nefnd til að kanna hvort hægt væri að fella lækni-, lyfja-, rannsóknar-, sjúkraþjálfunar- og annan heilbrigðiskostnað undir eitt

niðurgreiðslu- og afsláttarfyrirkomulag. Formaður var dr. Pétur H. Blöndal og í nefndinni áttu sæti fulltrúar frá öllum þingflokkum auk sérfræðinga frá fjármála- og efnahagsráðuneytinu, Sjúkratryggingum Íslands, lyfjagreiðslunefnd og velferðarráðuneytinu. Hlutverk nefndarinnar var að kanna hvort og þá með hvaða hætti hægt væri að fella framangreindan kostnað undir eitt niðurgreiðslu- og afsláttarfyrirkomulag þannig að þátttaka einstaklinga í heilbrigðiskostnaði yrði takmörkuð hvort sem kostnaðurinn félli til utan eða innan heilbrigðisstofnana og hver sem þörf hans fyrir heilbrigðisþjónustu væri. Tillögur nefndarinnar áttu að miða að því að verja þá notendur heilbrigðisþjónustunnar sem þurfa á mikilli þjónustu að halda og greiða háar fjárhæðir í núverandi kerfi en halda kostnaði ríkissjóðs vegna heilbrigðisþjónustunnar óbreyttum.

Nefndin skilaði skýrslu um nýtt greiðsluþátttökukerfi í heilbrigðisþjónustu til heilbrigðisráðherra í mars 2015. Ekki náðist samhljóða niðurstaða um tillögur til ráðherra og var því ákveðið að ganga til atkvæða um einstaka þætti kerfisins. Nefndin lagði til að tekið yrði upp greiðslujöfnunarkerfi sem Pétur H. Blöndal bjó til og byggist á fljótandi summu í greiðslumánuði og næstu mánuðum á undan. Kerfið var kallað PHB-kerfi í umfjöllun nefndarinnar. Kerfið var valið umfram þrepakerfi, eins og lyfjagreiðslukerfið byggist á, þar sem það er talið jafna betur kostnað þeirra sem þurfa að jafnaði á mikilli heilbrigðisþjónustu að halda. Í þrepakerfi eru greiðslur sjúkratryggðra háar í upphafi greiðsluárs. Meiri hluti nefndarinnar lagði til að í stað þess að hafa eitt kerfi fyrir greiðsluþátttöku lyfja og heilbrigðisþjónustu ætti að notast við tvö kerfi í byrjun, nýtt kerfi fyrir heilbrigðisþjónustu og óbreytt lyfjagreiðslukerfi. Nefndin lagði til að einfalda hópaskiptingu innan kerfisins og hafa hana til samræmis við hópaskiptingu innan lyfjagreiðslukerfis. Skoðað var hvort heilbrigðisþjónusta barna skyldi vera gjaldfrjáls eða ekki. Meiri hluti nefndarinnar samþykkti gjaldtöku vegna barna í nýju greiðsluþátttökukerfi. Gjaldtöku vegna þeirra yrði áfram lægri en fyrir almenna sjúkratryggða. Þá var samþykkt að börn í sömu fjölskyldu mynduðu einn hóp eins og í lyfjakerfi. Nefndin taldi að nýtt kerfi um tannlækningar barna ætti að vera óbreytt, a.m.k. meðan á uppbyggingu þess stæði. Í nefndinni var lögð áhersla á að við upptöku nýs greiðsluþátttökukerfis yrði tekið tillit til greiðslusögu sjúkratryggðs fyrir gildistöku til að draga úr háum greiðslum við upphaf nýs fyrirkomulags. Tillögur nefndarinnar miðuðust við sömu þjónustuþætti og nú falla undir greiðsluþátttöku sjúkratrygginga. Ekki var lagt til að teknir yrðu inn nýir þjónustuþættir. Þá var lagt til að þættir sem hafa verið gjaldfrjálsir verði það áfram.

Í ágúst 2015 skipaði ráðherra vinnuhóp um framkvæmd nýs greiðsluþátttökukerfis. Vinnuhópnum var falið að setja á fót nýtt greiðsluþátttökukerfi samkvæmt tillögum nefndar sem Pétur H. Blöndal fór fyrir. Á grundvelli valkosta sem lagðir voru fram í skýrslu nefndarinnar fól heilbrigðisráðherra hópnum að byggja nýtt kerfi á eftirfarandi þáttum:

- Byggja á aðferð PHB við dreifingu kostnaðar.
- Hafa sérstakt kerfi fyrir heilbrigðisþjónustu auk núverandi lyfjagreiðslukerfis.
- Greiðsluþátttaka barna verði með sama hætti og í núverandi kerfi.
- Hópaskipting sjúkratryggðra verði með sama hætti og í lyfjagreiðslukerfi.

Heilbrigðisþjónusta sem falla skyldi undir nýtt kerfi samkvæmt ákvörðun ráðherra var í samræmi við tillögur nefndarinnar. Um er að ræða heilsugæsluþjónustu, dag- og göngu- deildarþjónustu, rannsóknir, myndgreiningu, þjónustu sérgreinalækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna sem samið hafa við Sjúkratryggingar Íslands, sjúkraflutninga, tannlækningar barna og lífeyrisþega og hjúkrun í heimahúsum. Það sem var ókeypis í eldra kerfi skyldi vera áfram ókeypis. Einnig skyldi horft til þess að nýtt greiðsluþátttökukerfi mundi ekki kosta meira en núverandi kerfi. Í vinnu hópsins kom hinsvegar í ljós að álögur á sjúkra-

tryggða, sérstaklega barnafjölskyldur, gætu hækkað töluvert í hinu nýja kerfi. Ráðherra gerði hópnum þá grein fyrir því að gert hafi verið ráð fyrir viðbótarframlagi í fjármálaáætlun ráðuneytisins sem ætlað er að sporna við hækkingu hlutdeild einstaklinga í kostnaði við heilbrigðisþjónustu.

Sjúkratryggingar Íslands lögðu fram gögn um greiðslur fyrir heilbrigðisþjónustu sem nýtt voru til útfærslu greiðsluþáttökukerfisins og var samanburður gerður á núverandi kerfi fyrir árið 2015. Vinnuhópurinn skilaði ráðherra drögum að frumvarpi ásamt verkefnaáætlun um innleiðingu nýs greiðsluþáttökukerfis í heilbrigðisþjónustu í mars 2016.

Þjónustustýring.

Í lögum um heilbrigðisþjónustu er fjallað um skipulag heilbrigðisþjónustu í landinu. Markmið þeirra er að allir landsmenn eigi kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tók á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði í samræmi við ákvæði laga. Skv. 2. mgr. 3. gr. laganna skal við skipulag heilbrigðisþjónustu stefnt að því að hún sé ávallt veitt á viðeigandi þjónustustigi og að heilsugæslan sé að jafnaði fyrsti viðkomustaður sjúklinga.

Í október 2011 skilaði ráðgjafafyrirtækið Boston Consulting Group af sér greiningu um heilbrigðismál á Íslandi fyrir velferðarráðuneytið. Í skýrslunni voru heilbrigðisþjónustur meðal annars hvött til þess að taka upp virka stýringu á þjónustu við sjúklinga til að sporna við aukningu útgjalda til sérfræðilæknaþjónustu. Mikið starf hefur verið unnið að undanfögnu til að styrkja heilsugæsluþjónustu. Meðal þess er breytt fjármögnun þannig að fjármagn til reksturs endurspeglir þann sjúklingahóp sem heilsugæslustöð þjónar. Markmið breytinganna er að færa inn í rekstur heilsugæslunnar faglega og fjárhagslega hvata sem stuðli að betri þjónustu og hagkvæmari rekstri. Með frumvarpi þessu er lagt til að ákvæði verði sett í lög um sjúkratryggingar sem styðji þjónustustýringu og stuðli að því að heilsugæslan verði fyrsti viðkomustaður sjúklinga.

II. Tilfni og nauðsyn lagasetningar.

Fyrirkomulag greiðsluþátttöku sjúklinga við kaup á heilbrigðisþjónustu hefur verið til umræðu í mörg ár, sérstaklega hversu hár kostnaðurinn getur verið hjá þeim sem þurfa á mikilli heilbrigðisþjónustu að halda. Skv. 1. mgr. 29. gr. laga um sjúkratryggingar er heimilt að taka gjald fyrir ákveðna heilbrigðisþjónustu og aðstoð samkvæmt reglugerð sem ráðherra setur. Núverandi greiðsluþáttökukerfi heilbrigðisþjónustu er þannig uppbyggt að ákvörðun um greiðsluþátttöku sjúkratryggðra er í öllum tilfellum byggð á greiðslum innan almanaksárs en þó þannig að ekkert þak er á árlegum kostnaði. Gjaldtaka fer þannig fram að sjúkratryggður greiðir annaðhvort fast gjald eða hlutfallsgjald af samningsverði fyrir heilbrigðisþjónustu. Sjúkratryggðir eru varðir fyrir háum kostnaði við einstakar komur með hámarksgjaldi að fjárhæð 35.200 kr. og fyrir háum kostnaði innan árs með afsláttarskírteini þegar greiðslur innan árs hafa náð sömu fjárhæð eða við lægri mörk hjá öðrum hópum. Þessar fjárhæðir eru tilgreindar í reglugerð um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu en þar er jafnframt kveðið á um hópaskiptingu þannig að tilteknum hópum er tryggt lægra verð.

Fyrir stóran hluta sjúkratryggðra veitir fyrirkomulagið ásættanlega vörn fyrir háum kostnaði við heilbrigðisþjónustu. Mikill kostnaður getur hins vegar fallið á sjúklinga sem þurfa á mikilli heilbrigðisþjónustu að halda, einkum vegna þess að ekkert hámark er á heildargreiðslur einstaklinga en einnig vegna þess að greiðslustaða einstaklinga byrjar á núllpunkti um hver áramót. Þeir sem þurfa á mikilli heilbrigðisþjónustu að halda rétt fyrir ára-

mót og í byrjun nýs árs geta þurft að greiða háar fjárhæðir fyrir þjónustuna á stuttum tíma. Kostnaður þessi getur reynst sjúklingum þungbær sem getur jafnvel leitt til þess að þeir fresti eða leiti síður nauðsynlegrar þjónustu.

Með frumvarpi þessu er lagt til að ákveðnar verði hámarksgreiðslur sjúkratryggðra við kaup á heilbrigðisþjónustu og að komið verði á fót nýju greiðsluþáttökukerfi heilbrigðisþjónustunnar. Þannig er stefnt að því að verja sjúklinga fyrir mjög háum greiðslum fyrir heilbrigðisþjónustu. Við ákvörðun á greiðsluþáttöku sjúklinga verði jafnframt tekið tillit til greiðslna vegna kaupa á heilbrigðisþjónustu síðustu mánuði á undan þar sem greiðslur munu mynda svokallaðan afsláttarstofn sem nýtist við ákvörðun greiðslna sjúkratryggðra. Þannig er stefnt að því að jafna greiðslur og koma í veg fyrir háar greiðslur í upphafi árs. Gert er ráð fyrir að kostnaður vegna heilbrigðisþjónustu dreifist á sjúkratryggða með öðrum hætti en áður þannig að þeir sem sjaldnar þurfa á heilbrigðisþjónustu að halda greiði meira og þeir sem þurfa á mikilli þjónustu að halda greiði minna. Gert er ráð fyrir að gerðar verði breytingar á reglugerð um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu, reglugerð um þjálfun sem sjúkratryggingar taka til og hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði við þjálfun og reglugerð um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði við meðferð húðsjúkdóma, veitta af öðrum en læknum í samræmi við það markmið. Með þessum breytingum er stefnt að því að koma á fót réttlátu og rökréttu greiðsluþáttökukerfi heilbrigðisþjónustunnar.

Með frumvarpi þessu er stefnt að því að styðja þá stefnu sem mörkuð er í lögum um heilbrigðisþjónustu að heilsugæslan sé fyrsti viðkomustaður sjúklinga. Heilsugæslan er talin hæfust til að meta það þegar sjúklingur leitar sér heilbrigðisþjónustu vegna óskilgreinds sjúkdóms eða meins í fyrsta skiptið, á hvaða þjónustustigi sé rétt að meðhöndla hann og leiðbeina honum í sambandi við það. Í stefnuyfirlýsingu ríkisstjórnarinnar frá 22. maí 2013 kemur fram að mikilvægt sé að efla heilsugæsluna og tryggja stöðu hennar sem fyrsti viðkomustaður sjúklinga.

III. Meginefni frumvarpsins.

Hámarksgreiðslur sjúkratryggðra.

Með frumvarpinu er lagt til að tekið verði upp nýtt greiðsluþáttökukerfi í heilbrigðisþjónustu sem miðar að því að enginn þurfi að greiða meira en nemur ákveðinni hámarksfjárhæð í hverjum mánuði sem ákvörðuð verður með reglugerð og að jafna greiðsluþyrði sjúkratryggðra. Sett verður ákveðið mánaðarlegt greiðsluþak á greiðslur sjúkratryggðra og kostnaður umfram greiðsluþakið greiðist af sjúkratryggingum. Í frumvarpinu er gert ráð fyrir að hámarksgreiðsla verði lægri hjá öldruðum, öryrkjum og börnum. Rétt þykir að vernda þessa hópa sérstaklega fyrir kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu. Aðferðin sem notuð er í frumvarpinu var sett fram af dr. Pétri H. Blöndal og hefur hún verið nefnd PHB-kerfið. Kerfið er stillt af með svokölluðu hámarksgjaldi, sem ákveðið skal af ráðherra með reglugerð. Samkvæmt frumvarpinu mun ráðherra ákveða hámarksgreiðslur sjúkratryggðra í hverjum almanaksmánuði fyrir heilbrigðisþjónustu skv. 1.–4. tölul. 1. mgr. 29. gr. laganna, þ.e. þjónustu heilsugæslu, sjúkrahúsa, sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna, rannsóknir, geisla- og myndgreiningar. Gert er ráð fyrir að forsendur ráðherra við ákvörðun á hámarksgreiðslum við gildistöku laganna verði að einstaklingar greiði ekki hærra hlutfall af heildarkostnaði við heilbrigðisþjónustu en í núverandi kerfi og að breytingar miði að því að geta mætt verðlagsforsendum fjárlaga hverju sinni. Heildarhlutdeild sjúkratryggðra í heildarkostnaði við veitingu heilbrigðisþjónustu mun því ekki hækka með innleiðingu á nýju greiðsluþáttökukerfi en kostnaði verður dreift með öðrum hætti en í núverandi kerfi. Greiðslur ákveðinna hópa munu hækka og greiðslur annarra hópa munu lækka. Með frum-

varpinu fylgja drög að reglugerð um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu þar sem gert er ráð fyrir breyttri greiðsluþátttöku sjúkratryggðra við kaup á heilbrigðisþjónustu. Gert er ráð fyrir því að almennir sjúkratryggðir greiði almennt heildarverð fyrir heilbrigðisþjónustu, allt að greiðsluþaki, og að aðrir hópar greiði 2/3 hluta af þeim greiðslum. Börn sem leita til sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna með tilvísun frá heilsugæslustöð eða heimilislækni fá gjaldfrjálsa þjónustu. Ef kerfið skilar hagræðingu eða viðbótarframlag fæst er gert ráð fyrir því að sjúkratryggðir njóta þess frekar en að kostnaður ríkisins vegna þjónustunnar lækki.

Greiðslur sjúkratryggðs munu samkvæmt frumvarpinu mynda svokallaðan afsláttarstofn og munu greiðslur við kaup á heilbrigðisþjónustu ákvarðast miðað við stöðu hans. Greiðsluþátttökukerfið byggist í raun á samspili hámarksgreiðslna og afsláttarstofns. Við ákvörðun á greiðsluþátttöku skal leggja saman afsláttarstofn og greiðslur sjúkratryggðs við kaup á heilbrigðisþjónustu. Ef samanlagðar greiðslur eru lægri en hámarksgreiðsla greiðir sjúkratryggður kostnaðinn allt að hámarksgreiðslu. Kostnaður umfram hámarksgreiðslu greiðist af sjúkratryggingastofnun eða heilbrigðisstofnun. Afsláttarstofninn getur ekki numið hærri fjárhæð en hámarksgreiðslu sjúkratryggðs í almanaksmánuði. Hann flyst á milli mánaða að frádregnum 1/6 hluta af hámarksgreiðslu. Ef sjúkratryggður safnar því sem jafngildir hámarksgreiðslu í afsláttarstofn fymnist hann á sex mánuðum ef sjúkratryggður greiðir ekki fyrir heilbrigðisþjónustu á tímabilinu.

Í töflu 1 má sjá dæmi um greiðslufyrirkomulagið út frá einstaklingi með greiðslustöðu almenns sjúkratryggðs miðað við að hámarksgreiðslur hafi verið ákveðnar 33.600 kr.

Tafla 1. Dæmi um greiðslur.

| | Dæmi 1 | Dæmi 2 | Dæmi 3 | Dæmi 4 |
|--|------------|------------|------------|------------|
| Afsláttarstofn (fluttur frá fyrri mánuði) | 0 | 10.000 kr. | 20.000 | 25.000 kr. |
| Heildarkostnaður innan mánaðar | 40.000 kr. | 40.000 kr. | 40.000 kr. | 40.000 kr. |
| Greiðsla sjúkratryggðs | 33.600 kr. | 23.600 kr. | 13.600 kr. | 8.600 kr. |
| Greitt af sjúkratryggingum | 6.400 kr. | 16.400 kr. | 26.400 kr. | 31.400 kr. |

Dæmin í töflunni sýna mishár greiðslur sjúkratryggðs eftir því hversu hár afsláttarstofn er fluttur frá fyrri mánuði. Í fyrsta dæminu sést að hafi sjúkratryggður ekki safnað upp í afsláttarstofn greiðir hann hámarksgreiðsluna sem hér er 33.600 kr. samanborið við hin dæmin þar sem uppsafnaður afsláttarstofn er mishár og myndar misháan frádrátt sem sjúkratryggingar greiða. Í dæmi fjögur greiðir sjúkratryggður 8.600 kr. og fyllir þar með afsláttarstofninn innan þess mánaðar og greiðir þar af leiðandi ekki meira í mánuðinum. Einstaklingur getur því hæst greitt 67.200 kr. á hálfu ári miðað við þessar forsendur eða 95.200 kr. á einu ári.

Í skýrslu nefndarinnar sem stýrt var af Pétri H. Blöndal er umfjöllun um greiðsluþátttökukerfi á Norðurlöndunum. Í Noregi og Svíþjóð greiða notendur fasta krónutölu fyrir heilbrigðisþjónustu á grundvelli gjaldskrár með þaki á heildarkostnað á hverju ári. Í Finnlandi er svipað fyrirkomulag en greitt er hlutfallsgjald af þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðinga. Í Danmörku er almenn heilbrigðisþjónusta gjaldfrjáls en greiða þarf t.d. fyrir sérfræðiþjónustu ef hún er sótt án tilvísunar. Í samanburði þykir núverandi kerfi á Íslandi flókið og fremur ógegnsett. Með frumvarpi þessu er lagt til að tekið verði upp nýtt greiðsluþátttökukerfi hér á landi sem útbúið var af dr. Pétri H. Blöndal og hefur verið lýst hér að framan.

Heilsugæslan fyrsti viðkomustaður sjúklinga.

Með frumvarpinu er lagt til að heimilt verði að ákveða að sjúkratryggðir sem sækja þjónustu á aðra heilsugæslustöð en þeir eru skráðir á þurfi að greiða hærra gjald fyrir þjónustuna. Nýtt fyrirkomulag við fjármögnun heilsugæslunnar byggist að miklu leyti á því að sjúkratryggðir séu skráðir á heilsugæslu, enda miðast fjármögnun heilsugæslustöðvar við sjúklingahóp sem hún þjónar. Því er talið rétt að það sé hvati til þess að sjúkratryggðir skrái sig á heilsugæslustöð þar sem þeir sækja þjónustu. Þá er lagt til að heimilt verði að ákveða að gjald fyrir þjónustu hjá sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmönnum og fyrirtækjum þeirra verði hærra ef sjúkratryggður sækir þjónustuna án tilvísunar frá heilsugæslu- eða heimilislækni. Mikilvægt er talið að heimild sem þessi sé í lögum til að unnt sé að beita henni til þjónustustýringar innan heilbrigðiskerfisins og unnt sé að áskilja tilvísun til ákveðinna sérgreina. Ekki hefur verið útfært hvernig heimildin verður nýtt í meðfylgjandi reglugerðardrögum. Einnig er gert ráð fyrir að heimilt sé að ákveða að gjald vegna heilbrigðisþjónustu fyrir börn verði lægra eða falli niður ef þjónustan er sótt með tilvísun heilsugæslu- eða heimilislæknis. Með hinu nýja greiðsluþáttökukerfi munu greiðslur þeirra sem sjaldan sækja heilbrigðisþjónustu almennt hækka en markmið ákvæðisins er að sporna við því að greiðslur á barnafjölskyldur hækki. Með þessum breytingum er stefnt að því að heilsugæslan sé ávallt fyrsti viðkomustaður sjúklinga. Gert er ráð fyrir að framkvæmdin verði nánar útfærð í reglugerð.

IV. Samræmi við stjórnarskrá og alþjóðlegar skuldbindingar.

Frumvarpið gefur ekki tilefni til skoðunar á samræmi við stjórnarskrá lýðveldisins Íslands né alþjóðlegar skuldbindingar.

V. Samráð.

Nefnd heilbrigðisráðherra sem skipuð var í ágúst 2013 var skipuð fulltrúum frá öllum þingflokkum. Nefndin lagði áherslu á að leita samráðs við helstu hagsmunaaðila vegna nýs greiðsluþáttökukerfis. Á fundi nefndarinnar komu fulltrúar frá Læknafélagi Íslands, Lyfjafræðingafélagi Íslands, Landssamtökum lífeyrissjóða, Alþýðusambandi Íslands, Landsamtökum eldri borgara, Öryrkjabandalagi Íslands og Velferðarvaktinni. Nefndin hélt einnig sérstakan kynningarfund á reiknireglum nýs greiðsluþáttökukerfis með Öryrkjabandalagi Íslands og Landssamtökum eldri borgara. Þá komu á fundi nefndarinnar fulltrúar þeirra stofnana sem helst tengjast greiðslum fyrir heilbrigðisþjónustu, þ.e. Tryggingastofnunar ríkisins og Sjúkratrygginga Íslands vegna umsýslu og Hagstofu Íslands vegna tölfræði um heilbrigðisútgjöld.

Við vinnslu frumvarpsins óskaði ráðuneytið einnig eftir umsögn Persónuverndar vegna 2. gr. frumvarpsins. Með ákvæðinu er ráðgert að koma á fót gagnagrunni með upplýsingum um greiðslur sjúkratryggðra vegna greiðsluþáttökukerfis heilbrigðisþjónustunnar. Persónuvernd lagði til að gerðar yrðu ákveðnar breytingar á ákvæðinu og farið var að þeim leiðbeiningum. Persónuvernd áréttaði jafnframt að verði frumvarpið að lögum beri að fara að öllum kröfum laga nr. 77/2000 við vinnslu persónuupplýsinga á grundvelli þeirra.

VI. Mat á áhrifum.

Verði frumvarpið að lögum munu sjúkratryggðir ekki greiða meira en nemur ákveðnu hámarksgjaldi fyrir heilbrigðisþjónustu í hverjum mánuði að teknu tilliti til stöðu afsláttarstofns. Ákvörðun hámarksgjalds mun einna helst miðast við að vernda þá sem þurfa á mikilli heilbrigðisþjónustu að halda, svo sem krabbameinssjúklinga, fyrir háum kostnaði vegna

heilbrigðisþjónustu. Í frumvarpinu er gert ráð fyrir því að greiðsluþak fyrir aldraða, öryrkja og börn verði ekki hærra en nemur 2/3 af greiðsluþaki annarra sjúkratryggðra. Með því að ákveða hámarksgreiðslur sjúkratryggðra er talin minni hætta á því að sjúkratryggðir fresti eða leiti sér síður heilbrigðisþjónustu vegna kostnaðar.

Árið 2015 fengu um 250.000 sjúkratryggðir niðurgreidda heilbrigðisþjónustu sem fellur undir 1.–4. tölul. 1. mgr. 29. gr. laganna, eða um 75% af íbúum landsins. Heildarkostnaður sjúkratryggðra nam um 6,5 milljörðum kr. Í frumvarpinu og meðfylgjandi reglugerð er gert ráð fyrir að ákvörðun hámarksgreiðslu sjúkratryggðra, hópaskipting og ákvörðun fjárhæða miðist við að heildargreiðslur sjúkratryggðra verði ekki hærra en sú fjárhæð, að teknu tilliti til verðlagsþróunar. Ætla má að útgjöld ríkissjóðs verði um 46 m.kr. innan ramma verði frumvarpið að lögum. Gert er ráð fyrir gjaldfrjálstri þjónustu sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna fyrir börn sem hafa fengið tilvísun frá heilsugæslustöð eða heimilislækni.

Frumvarpið og meðfylgjandi reglugerð gera ráð fyrir að greiðslur vegna kaupa á heilbrigðisþjónustu hækki hjá ákveðnum hópum og lækki hjá öðrum hópum. Hópurinn sem greiðslur hækka einna mest hjá eru almennir sjúkratryggðir og lífeyrisþegar sem sjaldan þurfa á heilbrigðisþjónustu að halda. Gert er ráð fyrir að greiðslur hjá þeim sem þurfa á mikilli þjónustu að halda og hjá börnum muni lækka. Í meðfylgjandi drögum að reglugerð um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu er gert ráð fyrir að gjöld vegna heilsugæsluþjónustu verði með svipuðu sniði og verið hefur. Ekki er gert ráð fyrir breytingu á gjaldi almennra og barna en gjöld annarra munu nema 2/3 hlutum af gjaldi almennra sjúkratryggðra sem hefur í för með sér lækun gjalda þeirra sem eru 67–69 ára sem nú greiða 80% af gjaldi almennra. Gjöld annarra lífeyrisþega mun aftur á móti hækka úr 50% í 67%. Gjaldtaka vegna þjónustu sjálfstætt starfandi sérgreinalækna verður einfölduð. Í núverandi kerfi greiða almennir sjúkratryggðir ákveðið lágmarksgjald og svo 40% af heildarkostnaði sem umfram er. Í nýju kerfi verður gert ráð fyrir að almennir sjúkratryggðir greiði almennt ákveðið heildarverð fyrir þjónustuna allt að hámarksgjaldi, að teknu tilliti til stöðu afsláttarstofns hverju sinni. Í núverandi kerfi greiða öryrkjar og þeir sem eru 70 ára og eldri um 50% af verði almennra sjúkratryggðra fyrir þessa þjónustu. Líkt og hjá heilsugæslu er nú gert ráð fyrir að aldraðir, öryrkjar og börn greiði sem nemur 2/3 af gjaldi almennra sjúkratryggðra. Börn með tilvísun frá heilsugæslustöð eða heimilislækni greiða ekki neitt og einstaklingar með umönnunarkort fá þjónustuna einnig gjaldfrjálst.

Sjúkraþjálfun, iðjuþjálfun og talþjálfun falla undir þjálfunarlið sjúkratrygginga. Þjálfun er í sérstöku greiðslukerfi og teljast greiðslur fyrir þjónustuna ekki inn í afsláttarkort vegna heilbrigðisþjónustu. Í núverandi kerfi greiða börn og einstaklingar með umönnunarkort 23% af umsömdu heildarverði fyrir fyrstu 30 meðferðarskiptin en ekkert eftir það á árinu. Aldraðir og öryrkjar með óskerta tekjutryggingu greiða 25% fyrir fyrstu 30 skiptin og 10% eftir það. Aldraðir og öryrkjar með skerta tekjutryggingu greiða 25% af verði fyrstu 30 meðferðarskipta og 15% eftir það. Aldraðir og öryrkjar án tekjutryggingar greiða 35% af verði fyrstu 30 skipta og 25% eftir það á árinu. Aðrir sjúkratryggðir einstaklingar greiða að fullu fyrir fyrstu fimm skiptin, 80% af næstu 25 skiptum og 40% fyrir skipti umfram 30 á árinu. Gjaldtaka í nýju kerfi verður mjög einfölduð frá eldra kerfi. Gert er ráð fyrir því í meðfylgjandi drögum að reglugerð að almennir sjúkratryggðir greiði umsamið heildarverð og aldraðir og öryrkjar 2/3 hluta verðsins, þar til takmarkanir nýs greiðsluþáttökukerfis lækka eða fella niður greiðslur sjúkratryggðs. Börn yngri en 18 ára og einstaklingar með umönnunarkort greiði ekkert gjald. Með því að færa þjálfun inn í sama greiðslukerfi og aðra heilbrigðisþjónustu eykst tryggingavernd sjúkratryggðra. Í eldra kerfi greiddu almennir sjúkratryggðir að fullu fyrir fimm fyrstu meðferðarskipti og voru greiðslur fyrir þá þjónustu

án þátttöku sjúkratrygginga. Í nýju kerfi falla greiðslur fyrir alla þjónustuna innan greiðsluþátttökukerfis og teljast upp í hámark og afsláttarstofn. Ekki er gert ráð fyrir að skiptafjöldi sem miðað er við vegna staðfestinga sem leggja þarf fram um læknisfræðilega þörf fyrir frekari þjónustu breytist, sbr. meðfylgjandi reglugerðardrög. Í núverandi kerfi er heimilt að sækja sex tíma í sjúkrahjálfun áður en lögð er fram beiðni frá lækni með sjúkdómsgreiningu.

Í eftirfarandi töflu má sjá hvernig gert er ráð fyrir því að greiðslur muni dreifast í hinu nýja kerfi miðað við útreikninga Sjúkratrygginga Íslands.

Tafla 2. Fjöldi einstaklinga í greiðslubili í núverandi og í nýju kerfi.

| Kostnaðarbil | Almennir | | | | Lífeyrisþegar og 67 ára og eldri | | | |
|-------------------|-----------------|---------|----------------|---------|----------------------------------|---------|---------------|---------|
| | Núverandi kerfi | Upps. % | Nýtt kerfi | Upps. % | Núverandi i kerfi | Upps. % | Nýtt kerfi | Upps. % |
| 0 - 9.999 | 55.321 | 35% | 48.206 | 30% | 13.859 | 26% | 9.435 | 18% |
| 10.000 - 19.999 | 28.102 | 53% | 24.891 | 46% | 14.321 | 53% | 6.161 | 30% |
| 20.000 - 29.999 | 17.965 | 64% | 15.924 | 56% | 8.209 | 69% | 6.622 | 42% |
| 30.000 - 39.999 | 13.813 | 73% | 16.583 | 67% | 5.066 | 78% | 7.834 | 57% |
| 40.000 - 49.999 | 11.483 | 80% | 15.085 | 76% | 3.400 | 85% | 17.507 | 90% |
| 50.000 - 59.999 | 8.142 | 85% | 12.714 | 84% | 2.556 | 90% | 4.558 | 99% |
| 60.000 - 69.999 | 5.773 | 89% | 13.141 | 93% | 1.758 | 93% | 678 | 100% |
| 70.000 - 79.999 | 4.118 | 91% | 7.158 | 97% | 1.308 | 96% | 29 | 100% |
| 80.000 - 89.999 | 3.007 | 93% | 3.571 | 99% | 875 | 97% | 3 | 100% |
| 90.000 - 99.999 | 2.254 | 95% | 895 | 100% | 505 | 98% | | 100% |
| 100.000 - 149.999 | 5.650 | 98% | | 100% | 849 | 100% | | 100% |
| 150.000 - 199.999 | 1.800 | 100% | | 100% | 90 | 100% | | 100% |
| 200.000 - 249.999 | 558 | 100% | | 100% | 20 | 100% | | 100% |
| 250.000 - 299.999 | 139 | 100% | | 100% | 5 | 100% | | 100% |
| 300.000 - 349.999 | 30 | 100% | | 100% | 4 | 100% | | 100% |
| 350.000 - 399.999 | 11 | 100% | | 100% | 1 | 100% | | 100% |
| 400.000 - 449.999 | 2 | 100% | | 100% | 1 | 100% | | 100% |
| Samtals | 158.168 | | 158.168 | | 52.827 | | 52.827 | |

Eins og sjá má í töflunni fækkar í hópum þeirra sem eru í lægstu kostnaðarbilunum með breytingu frá núverandi kerfi í það nýja. Það kemur til vegna herra verðs áður en afsláttarstofn hefur áhrif á greiðslur. Mat á áhrifum breytinga á barnafjölskyldur gerir ráð fyrir að öll börn eigi kost á ókeypis þjónustu með því að leita fyrst til heilsugæslu.

Í frumvarpinu er gert ráð fyrir því að Sjúkratryggingar Íslands beri ábyrgð á og starfræki gagnagrunn með þeim upplýsingum um greiðslur sjúkratryggðra sem eru nauðsynlegar vegna greiðsluþátttökukerfis heilbrigðisþjónustunnar til að reikna út greiðslur þeirra og greiðsluþátttöku sjúkratrygginga við kaup á heilbrigðisþjónustu. Hjá stofnuninni hefur verið unnið að uppbyggingu tölvukerfa og nauðsynlegra tenginga til þess að unnt sé að starfrækja gagnagrunninn.

Samkvæmt ákvæðum frumvarpsins verður heimilt að ákveða að sjúkratryggðir sem leita til sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna án tilvísunar frá heilsugæslustöð eða heimilislækni greiði herra gjald vegna heilbrigðisþjónustu. Þá er heimilt að ákveða að gjald vegna þjónustu fyrir börn verði lægra eða falli niður ef þjónustan er sótt með tilvísun frá heilsugæslustöð eða heimilislækni. Markmið ákvæðisins er að heilsugæslan verði fyrsti viðkomu-

staður sjúkratryggðra í heilbrigðiskerfinu. Í meðfylgjandi drögum að reglugerð er gert ráð fyrir að heimildin verði nýtt hvað varðar gjaldtöku barna. Hafi heimild þessi tilætluð áhrif má ætla að sjúkratryggðir leiti síður beint til sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna án viðkomu á heilsugæslu. Ætla má að sjúkratryggðir sækji í auknum mæli á heilsugæslu og er talið að heilbrigðiskerfið sé undirbúið fyrir þær breytingar.

Í 16. gr. reglna nr. 11/2013 um starfshætti ríkisstjórnar kemur fram að við undirbúning stjórnarfrumvarpa skuli þegar tilefni er til meta sértæk áhrif frumvarpa, m.a. áhrif frumvarpa á jafnrétti kynjanna. Markmið frumvarpsins er að vernda þá sem þurfa á mikilli heilbrigðisþjónustu að halda og byggja upp réttlátt og rökrétt greiðsluþátttökukerfi óháð aldri og kyni. Bæði kyn hafa sama aðgengi að heilbrigðisþjónustu sem frumvarpið nær til og miðast greiðslur vegna þjónustunnar við reglugerð um greiðsluþátttöku sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu. Almennt nota konur heilbrigðisþjónustu í meira mæli en karlar og fleiri konur leita til sjálfstætt starfandi sérgreinalækna, eða um 99 þúsund konur á móti 81 þúsund körlum árið 2014. Konur á kynþroska- og barneignaaldri nýta þjónustu heilsugæslu og sérgreinalækna í meiri mæli en karlar á sama reki. Komureikningar kvenna voru um 46% fleiri á árinu 2015 og þær greiddu um 36% meira fyrir þjónustu kerfisins. Með hliðsjón af framangreindu má ætla að breytingarnar hafi meiri áhrif á konur en karla.

Samkvæmt kostnaðarmati er gert ráð fyrir 46 m.kr. lækkun á útgjöldum ríkissjóðs verði frumvarpið að lögum og ný reglugerð um greiðsluþátttöku sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu tekur gildi. Þó með þeim fyrirvara að nokkur óvissa er um áhrif breytinganna á notkun þjónustunnar eins og fram kemur í meðfylgjandi kostnaðarmati. Gert ráð fyrir viðbótarframlagi í fjármálaáætlun ráðuneytisins vegna þessa og til að sporna við hækkandi hlutdeild einstaklinga í kostnaði við heilbrigðisþjónustu að hámarki 400 m.kr.

Athugasemdir við einstakar greinar frumvarpsins.

Um 1. gr.

Í ákvæðinu eru lagðar til breytingar á 29. gr. laganna sem miða annars vegar að því að koma á fót nýju greiðsluþátttökukerfi heilbrigðisþjónustunnar og hins vegar að innleiða tilvísunarkerfi í tengslum við heilsugæslustöðvar og heimilislæknaþjónustu.

Í fyrstu er lögð til breyting sem heimilar að sjúkratryggður sem sækir heilbrigðisþjónustu á aðra heilsugæslustöð en hann er skráður á skuli greiða herra gjald fyrir þjónustuna. Innleiðing nýs fyrirkomulags við fjármögnun heilsugæslunnar miðar að því að fjármagn fylgi sjúklingum. Fjármögnun heilsugæslustöðva miðast þá við þann sjúklingahóp sem hún þjónar. Með ákvæði þessu er lagt til að heimilt verði að innheimta herra gjald ef sjúkratryggður ákveður að sækja heilbrigðisþjónustu á aðra heilsugæslustöð eða til annars heimilislæknis en hann er skráður hjá. Markmiðið er að hvetja sjúkratryggða til að sækja þjónustu þar sem þeir eru skráðir. Gert er ráð fyrir að framkvæmd verði nánar útfærð í reglugerð.

Í öðru lagi er lagt til að heimilt verði að ákveða að gjald fyrir þjónustu skuli vera herra ef sjúkratryggður sækir þjónustu sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanns án tilvísunar frá heilsugæslustöð eða heimilislækni. Heilsugæslan er aðgengileg og ódýr valkostur sem á að vera fyrsti viðkomustaður sjúklinga innan heilbrigðiskerfisins. Því er talið eðlilegt að til sé heimild til þess að ákveða með reglugerð að sjúkratryggðir sem ákveða að fara beint til sjálfstætt starfandi sérfræðinga í stað þess að fara á heilsugæslu greiði herra gjald. Í því felst hvati til þess að heilsugæslan verði fyrsti viðkomustaður sjúklinga. Þá er lagt til að heimilt verði að ákveða að gjald vegna þjónustu fyrir börn verði lægra eða falli niður ef þjónusta sjálfstætt starfandi sérfræðinga er sótt með tilvísun frá heilsugæslustöð eða heimilislækni.

Tilgangur ákvæðisins er að lækka álögur á barnafjölskyldur innan kerfisins. Samkvæmt meðfylgjandi drögum að reglugerð um greiðsluþátttöku sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu er gert ráð fyrir að þessi heimild verði nýtt og börn fái þjónustu hjá sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmönnum gjaldfrjálst sé þjónustan sótt með tilvísun.

Í þriðja lagi er lagt til að þremur nýjum málsgreinum verði bætt við 29. gr. þar sem fjallað er um hið nýja greiðsluþátttökukerfi heilbrigðisþjónustunnar. Í ákvæðinu er gert ráð fyrir því að greiðslur sjúkratryggðs fyrir heilbrigðisþjónustu sem fellur undir hið nýja greiðsluþátttökukerfi myndi svokallaðan afsláttarstofn sem er nýttur við ákvörðun á greiðslum sjúkratryggðs við kaup á heilbrigðisþjónustu. Í afsláttarstofn getur safnast allt að því sem nemur hámarksgreiðslum sjúkratryggðs. Gert er ráð fyrir því að ráðherra ákveði með reglugerð hámarksgreiðslur sjúkratryggðs í hverjum almanaksmánuði fyrir heilbrigðisþjónustu sem sjúkratryggður greiðir fyrir skv. 1.–4. tölul. 1. mgr. Undir hámarksgreiðslur fellur sú þjónusta sem sjúkratryggður greiðir fyrir á heilsugæslu, almenn og sérhæfð heilbrigðisþjónustu á göngudeild, dagdeild, slysadeild og bráðamóttöku sjúkrahúsa sem veitt er án þess að um innlögn sé að ræða, þjónusta sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna og fyrirtækja þeirra sem starfa samkvæmt samningi við sjúkratryggingastofnunina og rannsóknir, geisla og myndgreiningar sem framkvæmdar eru á sjúkrahúsum eða hjá sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmönnum. Um greiðsluþátttöku sjúkratryggðra er nánar kveðið í reglugerð, sbr. meðfylgjandi drög. Ráðherra er samkvæmt ákvæðinu heimilt að ákveða að tiltekin þjónusta falli utan hámarksgreiðslna og teljist ekki í hinn svokallaða afsláttarstofn. Í ákvæðinu er í dæmaskyni talin upp þjónusta sem mætti undanskilja, svo sem námskeið og heilbrigðisskoðanir í tengslum við leyfisveitingar. Ástæða þess að ráðherra er veitt heimild til að undanskilja tiltekna þjónustu er að þar er um að ræða þjónustu sem í núverandi kerfi veitir ekki rétt til afsláttarkorts og rétt þykir að sjúkratryggður beri kostnað vegna þessarar þjónustu sjálfur. Í meðfylgjandi drögum að reglugerð um greiðsluþátttöku sjúkratryggðra í heilbrigðisþjónustu er sem dæmi gert ráð fyrir að gjöld vegna lyfjaleitar í þvagi, foreldrafærninámskeið og skoðun til öflunar flugréttinda falli ekki undir hámarksgreiðslur sjúkratryggðra vegna heilbrigðisþjónustu.

Samkvæmt ákvæðinu skal hámarksgreiðsla sjúkratryggðra vera lægri hjá öldruðum, öryrkjum og börnum og skal hún ekki vera hærri en 2/3 hlutar af greiðslum annarra sjúkratryggðra. Ástæða þykir til þess að styðja sérstaklega við þessa hópa og hlífa þeim við fullri greiðsluþátttöku. Í meðfylgjandi drögum að reglugerð er gert ráð fyrir að þessir hópar greiði einnig 2/3 af gjaldi sem sjúkratryggðir greiða almennt. Þó er gert ráð fyrir því að þjónusta fyrir börn sé að meginstefnu til gjaldfrjáls og að börn með sama fjölskyldunúmer samkvæmt skilgreiningu Þjóðskrár Íslands teljist sem einn einstaklingur. Þjónusta sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna verði gjaldfrjáls ef þjónustan er sótt með tilvísun frá heilsugæslustöð eða heimilislækni.

Ef samanlagðar greiðslur sjúkratryggðs eru lægri en hámarksgreiðsla greiðir sjúkratryggður kostnaðinn allt að hámarksgreiðslu í hverjum almanaksmánuði. Kostnaður vegna þjónustunnar sem er umfram hámarksgreiðslu greiðist af sjúkratryggingum. Ef afsláttarstofn hefur náð hámarki fellur kostnaður vegna heilbrigðisþjónustu sjúkratryggðs á sjúkratryggingar út almanaksmánuðinn. Um hver mánaðamót er því sem nemur 1/6 af hámarksgreiðslum dreginn frá afsláttarstofni. Hafi sjúkratryggður fyllt afsláttarstofn í fyrri mánuði og kaupir heilbrigðisþjónustu í þeim næsta þá greiðir hann allt að 1/6 af hámarksgreiðslu fyrir þjónustuna. Ef tveir mánuðir líða frá því að sjúkratryggður fyllti afsláttarstofn greiðir hann því sem nemur allt að 2/6 af hámarksgreiðslu.

Um 2. gr.

Með ákvæðinu er sjúkratryggingastofnuninni falið að bera ábyrgð á og starfrækja gagnagrunn með þeim upplýsingum um greiðslur sjúkratryggðra sem nauðsynlegar eru vegna greiðsluþáttökukerfis heilbrigðisþjónustunnar til að reikna út greiðslur þeirra og greiðsluþáttöku sjúkratrygginga við kaup á heilbrigðisþjónustu. Skráning og vinnsla þessara upplýsinga er forsenda þess að unnt sé að starfrækja greiðsluþáttökukerfið. Til þess að hægt sé að ákveða hvort og þá hversu mikið sjúkratryggður á að greiða fyrir heilbrigðisþjónustu þurfa að liggja fyrir upplýsingar um hversu mikið sjúklingur hefur greitt fyrir heilbrigðisþjónustu til að unnt sé að reikna út afsláttarstofn. Þær upplýsingar sem um ræðir eru um greiðslur sjúkratryggðs fyrir heilbrigðisþjónustu, tegund heilbrigðisþjónustu og stöðu sjúkratryggðs innan kerfisins. Ástæða þess að talið er nauðsynlegt að skrá tegund heilbrigðisþjónustu er sú að samkvæmt frumvarpinu verður heimilt að undanskilja ákveðna heilbrigðisþjónustu þannig að hún falli ekki undir hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og teljist ekki í afsláttarstofn. Þá er einnig nauðsynlegt að hafa upplýsingar um stöðu sjúkratryggðra þar sem hámarksgreiðslur og greiðslur samkvæmt reglugerð um greiðsluþáttöku sjúklinga í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu gera ráð fyrir að aldraðir, öryrkjar og börn greiði lægri gjöld og að hámarksgreiðsla þessara hópa verði lægri.

Heilbrigðisstofnunum og heilbrigðisstarfsmönnum sem innheimta gjöld sem falla innan greiðsluþáttökukerfisins er samkvæmt ákvæðinu skylt að tengjast gagnagrunninum, nýta upplýsingar grunnsins við útreikning á greiðsluþáttöku og veita upplýsingar í hann. Nauðsynlegt er að allar þessar upplýsingar séu skráðar til þess að sjúkratryggðir fái notið þeirra réttinda sem þeim eru tryggð með frumvarpi þessu þannig að ekki sé greitt hærra gjald en nemur ákveðnu hámarksgjaldi innan almanaksmánaðar.

Um 3. gr.

Greinin þarfnast ekki skýringa.

Um ákvæði til bráðabirgða.

Í samræmi við tillögur nefndar sem frumvarp þetta byggist á er í ákvæði til bráðabirgða gert ráð fyrir því að tekið verði tillit til greiðslusögu sjúkratryggðra við upptöku hins nýja kerfis. Gert er ráð fyrir því að afsláttarstofn hvers og eins miðist við greiðslur fyrir þjónustu síðustu fimm mánuði fyrir gildistöku.

Fylgiskjal I.

*Velferðarráðuneyti,
skrifstofa hagmála og fjárlaga:*

Kostnaðarumsögn.

Með frumvarpi til laga um breytingu á lögum nr. 112/2008, um sjúkratryggingar, með síðari breytingum (hámarksgreiðslur sjúkratryggðra og þjónustustýring), er lagt til að sjúkratryggðir muni ekki greiða meira en sem nemur ákveðnu hámarksgjaldi fyrir heilbrigðisþjónustu í hverjum mánuði að teknu tilliti til stöðu afsláttarstofns. Ákvörðun hámarksgjalds mun einna helst miðast við að vernda þá sem þurfa á mikilli heilbrigðisþjónustu að halda, svo sem krabbameinssjúklinga, fyrir háum kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu. Í frumvarpinu er gert ráð fyrir því að greiðsluþak fyrir aldraða, öryrkja og börn verði ekki hærra en nemur 2/3 af greiðsluþaki annarra sjúkratryggðra. Með því að ákveða hámarksgreiðslur sjúkratryggðra er talin minni hætt á því að sjúkratryggðir fresti eða leiti sér síður heilbrigðisþjónustu vegna kostnaðar.

Breyting á gjöldum heilsugæslu, sérgreinalækna og þjálfunar.

Í drögum að reglugerð um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu verða gerðar breytingar sem lýst er nánar í greinargerð frumvarpsins. Helstu breytingarnar eru þær að hópaskipting verður þannig að börn og þeir sem eru 67–69 ára munu verða í sama greiðsluhóp og lífeyrisþegar. Börn munu þó eftir sem áður ekki greiða fyrir þjónustu heilsugæslustöðva, göngudeildarþjónustu sjúkrahúsa og komu á slysadeild og bráðamóttöku.

Gjaldtaka fyrir þjónustu sérgreinalækna mun verða einfölduð. Almennir sjúkratryggðir munu greiða ákveðið heildarverð fyrir þjónustuna allt að hámarksgjaldi, að teknu tilliti til stöðu afsláttarstofns hverju sinni, í stað ákveðins fastagjalds að viðbættu hlutfallsgjaldi fyrir þjónustu sem umfram er. Það sama gildir um gjaldtöku annarra hópa sem munu nú greiða 67% af gjaldi almennra. Þetta hefur í för með sér hækkun gjalda lífeyrisþega úr um 50% í 67% af gjöldum almennra og barna úr 1/9 af gjöldum almennra í 67%. Þetta skýrir mikla hækkun í þessum hópum. Á móti kemur að greiðsluþök þessa hóps verða lægri og börn með tilvísun frá heilsugæslustöð eða heimilislækni greiða ekkert gjald. Einstaklingar með umönnunarkort fá þjónustuna einnig gjaldfrjálst.

Greiðslur fyrir þjálfun munu vera felldar inn í nýtt kerfi en þær falla ekki í núverandi afsláttarkort vegna heilbrigðisþjónustu. Gjaldtaka í nýju kerfi verður mjög einfölduð frá eldra kerfi. Gert er ráð fyrir því í meðfylgjandi drögum að reglugerð að almennir sjúkratryggðir greiði umsamið heildarverð og aldraðir og öryrkjar 2/3 hluta verðsins, þar til takmarkanir nýs greiðsluþáttökukerfis lækka eða fella niður greiðslur sjúkratryggðs. Börn yngri en 18 ára og einstaklingar með umönnunarkort greiði ekkert gjald. Með því að færa þjálfun inn í sama greiðslukerfi og aðra heilbrigðisþjónustu eykst tryggingavernd sjúkratryggðra.

Mat á kostnaði.

Árið 2015 fengu um 250.000 sjúkratryggðir niðurgreidda heilbrigðisþjónustu sem fellur undir 1.–4. tölul. 1. mgr. 29. gr. laganna, eða um 75% af íbúum landsins. Heildarkostnaður sjúkratryggðra nam um 6,5 milljörðum króna. Í frumvarpinu og meðfylgjandi reglugerð er gert ráð fyrir að ákvörðun hámarksgreiðslu sjúkratryggðra, hópaskiptinga og ákvörðun fjárhæða miðist við að heildargreiðslur sjúkratryggðra verði ekki hærra en sú fjárhæð, að teknu

tilliti til verðlagsþróunar. Ætla má að útgjöld ríkissjóðs verði um 46 m.kr. innan ramma verði frumvarpið að lögum og taki meðfylgjandi reglugerð um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu gildi. Þó með þeim fyrirvara að óvissa er um útreikninga á breytingum á útgjöldum einstaklinga úr núverandi kerfi og í nýtt kerfi. Helstu ástæður þess eru þær að útreikningarnar hafa farið fram á raungrunni Sjúkratrygginga Íslands sem heldur utan um allar greiðslur einstaklinga. Þar er um mikið magn upplýsinga að ræða sem hafa borist í grunninn með misjöfnum hætti á tímabilinu og greiðslukerfin eru misjöfn. Einnig geta breytingar sem kunna að verða á notkun sjúkratryggðra á heilbrigðisþjónustu með tilkomu nýs kerfis bæði leitt til aukningar á notkun þjónustunnar og dregið úr henni. Gert er ráð fyrir viðbótarframlagi í fjármálaáætlun ráðuneytisins vegna þessa sem og til að sporna við hækkandi hlutdeild einstaklinga í kostnaði við heilbrigðisþjónustu að hámarki 400 m.kr.

Áhrif á mismunandi hópa.

Samkvæmt útreikningum Sjúkratrygginga Íslands verða um 48% sjúkratryggðra fyrir kostnaðaraukningu á meðan greiðslur 30% sjúkratryggðra lækka. Þetta byggist á útreikningum sem taka mið af því að hámarksgjald innan almanaksánaðar verði ákveðið 33.600 kr. hjá almennum en 22.400 kr. hjá öðrum. Það leiðir til að enginn greiðir meira en sem nemur 95.200 kr. á ársgrundvelli og að þeir sem greiða reglulega upphæð umfram 1/6 af hámarksgreiðslu fyrir þjónustu sem fellur undir kerfið greiði ekki meira en nemur 67.200 kr. Hámarkskostnaður annarra en almennra verður 63.467 kr. á ársgrundvelli og 44.800 kr. ef þeir greiða oft og reglulega upphæð umfram 1/6 af hámarksgreiðslu fyrir heilbrigðisþjónustu sem fellur undir kerfið. Að auki er gert ráð fyrir gjaldfrjálsri þjónustu sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna við börn sem hafa fengið tilvísun frá heilsugæslustöð eða heimilislækni. Gert er ráð fyrir að flestar barnafjölskyldur munu nýta sér það úrræði en að hluti þeirra sem nýtir sér þjónustu barnalækna muni gera það áfram án tilvísunar.

Í töflu 2 í frumvarpinu má sjá hvernig gert er ráð fyrir að greiðslur muni dreifast í hinu nýja kerfi miðað við útreikninga Sjúkratrygginga Íslands. Samkvæmt þeim útreikningum fækkar í hópum þeirra sem eru í lægstu kostnaðarbilunum með breytingu frá núverandi kerfi í það nýja. Það kemur til vegna herra verðs áður en afsláttarstofn hefur áhrif á greiðslur. Mat á áhrifum breytinga á barnafjölskyldur gerir ráð fyrir að öll börn eigi kost á ókeypis þjónustu með því að leita fyrst til heilsugæslu.

Samkvæmt útreikningunum verður hækkunin mest í hópi um 85.000 almennra sjúkratryggðra einstaklinga sem nota heilbrigðisþjónustu sjaldan um sem nemur um 688 m.kr. eða um 8.100 kr. að meðaltali. Greiðslur u.þ.b. 27.000 einstaklinga í hópi almennra sem nýtt kerfi ver fyrir háum greiðslum lækka um u.þ.b. 852 m.kr. eða um 31.600 kr. að meðaltali á ársgrundvelli. Í þessum hópi eru einstaklingar sem hafa greitt mjög háar fjárhæðir fyrir þá heilbrigðisþjónustu sem kerfið tekur til eða allt að 450.000–500.000 kr. á almanaksári. Í hópi almennra voru tæplega 5.000 manns sem greiddu meira en 100.000 kr. á árinu 2015 en eftir kerfisbreytinguna munu engir almennir sjúkratryggðir greiða hærri fjárhæð en sem nemur 95.200 kr.

Gera má ráð fyrir að greiðslur um 37.000 manna hóps aldraðra og lífeyrisþega sem nota kerfið lítið muni hækka um 503 m.kr. eða um 13.400 kr. að meðaltali. Greiðslur um 18.000 einstaklinga í hópi aldraðra og lífeyrisþega sem þurfa á mikilli þjónustu að halda munu lækka um 259 m.kr. eða um 14.700 kr. að meðaltali á ársgrundvelli. Hæstu greiðslur á árinu 2015 innan þess hóps námu um 300.000–350.000 kr. og um 970 einstaklingar greiddu hærri fjárhæð en 100.000 kr. Þar af 939 á bilinu 100.000–150.000 kr.

Tafla 3. Áhrif nýs kerfis á mismunandi hópa.

| Hópur | Fjöldi í hópi | Heildarfjárhæð greiðslna. Núverandi kerfi í m.kr. | Breyting, m.kr. |
|---------------------------|---------------|--|--------------------|
| Almennir sjúkratryggðir | 85.143 | 2.218 | 688 |
| | 47.817 | 266 | 0 |
| | 26.971 | 2.359 | -852 |
| Aldraðir og lífeyrisþegar | 37.431 | 687 | 503 |
| | 261 | 0 | 0 |
| | 17.590 | 727 | -259 |

Á árinu 2015 var í um 99% tilfella greitt minna en 50.000 kr. vegna barna fyrir þá heilbrigðisþjónustu sem fellur undir kerfið. Útreikningarnir benda til að barnafjölskyldur muni bera um 34 m.kr. lægri kostnað í nýju kerfi. Án tillits til tilvísunarkerfis mundu greiðslur þessa hóps aukast um u.þ.b. 600 m.kr.

Þekkt er að einstaklingar dragi úr neyslu á vöru og þjónustu með hækkandi verði og auki neyslu þegar verð lækkar. Almenn er talið að notkun heilbrigðisþjónustu breytist lítið við breytingar á verði, þar sem um nauðsynjar er að ræða. Verðteygni lýsir þessu sambandi verðs og eftirspurnar og er eftirspurn eftir nauðsynjavöru óteyginn og tölugildi hennar er undir einum, þ.e. breyting á eftirspurn er minni en breyting verðs. Rannsóknir benda til verðteygni heilbrigðisþjónustu geti verið á bilinu -0,08 til -0,12 sem þýðir að breyting um 1% geti haft í för með sér 0,08–0,12% minnkun á notkun þjónustunnar.

Hækkun á heildargreiðslum almennra notenda heilbrigðisþjónustu í nýju kerfi er áætluð um 31% sem getur dregið úr notkun þeirra um 2,5–3,7% miðað við teygni eftirspurnar eftir heilbrigðisþjónustu. Sá hópur greiddi um 2.218 m.kr. á árinu 2015. Greiðslur annarra hópa, utan barna, hækka með kerfisbreytingunni um 73%. Þær námu um 687 m.kr. á árinu 2015 og kunna að dragast saman um 5,8–8,8% vegna minni eftirspurnar.

Á móti kemur að heildargreiðslur hóps almennra sem greiddi 2.359 m.kr. í eldra kerfi munu lækka um 36% sem getur aukið eftirspurn þeirra um 2,9–4,3%. Heildarlækkun þeirra sem kerfið ver fyrir háum greiðslum úr hópi annarra nemur einnig um 36% en heildargreiðslur þeirra voru 727 m.kr.

Breytingarnar geta því leitt til 95–143 m.kr. samdráttar í eftirspurn vegna hækkana og aukningar um 88–133 m.kr. vegna lækkana. Hér er þó um að ræða breytingar á eftirspurn eftir mismunandi tegund heilbrigðisþjónustu þannig að fjárhagsleg áhrif eru óljós. Hámarks-greiðslu, aflsáttarstofni og gjaldfrjálsri þjónustu við börn er ætlað að koma til móts við hækkana sem verða á gjaldskrá þjónustunnar en til að sporna við sóun í kerfinu er tryggt að enginn greiði minna en sem svarar 1/6 af hámarksgjaldi innan almanaksánaðar. Þannig njóti enginn, fyrir utan börn, gjaldfrjálsrar þjónustu lengur en hluta úr mánuði.

Áhrif á jafnrétti kynjanna.

Almennt nota konur heilbrigðisþjónustu í meira mæli en karlar og fleiri konur leita til sjálfstætt starfandi sérgreinalækna. Komureikningar kvenna voru um 46% fleiri á árinu 2015 og þær greiddu um 36% meira fyrir þjónustu kerfisins.

Komureikningar kvenna innan hóps almennra sjúkratryggðra voru um 41% fleiri og þær greiddu um 34% meira fyrir þjónustuna en karlar í sama hópi. Heildargreiðslur stærra hlutfalls kvenna (57%) en karla (49%) í hópi almennra sjúkratryggðra hækka við kerfisbreytinguna. Það sama á við um heildargreiðslur þeirra sem lækka en 18% heildargreiðslna

kvenna munu lækka og 15% karla í hópi almennra sjúkratryggðra. Kerfisbreytingin hefur ekki áhrif á um 25% kvenna og 35% karla í þessum hópi.

Munurinn er minni í hópi aldraðra og lífeyrisþega en þar hækka greiðslur um 67% kvenna og 69% karla. Greiðslur 33% kvenna í þessum hópi munu lækka og 30% karla. Af þessu má ætla að breytingarnar hafi meiri áhrif á konur en karla, þ.e. fleiri konur munu njóta góðs af nýju greiðslufyrirkomulagi en einnig munu fleiri konur sem nota þjónustuna sjaldan greiða herra gjald.

Kostnaður við starfrækslu gagnagrunns og greiðslukerfis.

Vegna reksturs hins nýja kerfis og gagnagrunns er gert ráð fyrir að bæta þurfi við tveimur stöðugildum hjá Sjúkratryggingum Íslands. Laun og annar kostnaður vegna þeirra er áætlaður um 23 m.kr. á ársgrundvelli. Þá þarf að fjárfesta í nýjum hugbúnaði til að halda utan um greiðslustöðu sjúklinga og auglýsa og kynna nýtt kerfi fyrir hagsmunaaðilum og almenningi. Áætlað er að kostnaður vegna framangreindra verkefna hjá Sjúkratryggingum Íslands verði um 70 m.kr., sem falla til á árunum 2016–2018. Gert er ráð fyrir að árlegur rekstrarkostnaður við búnaðinn nemi síðan um 14 m.kr. Fjárhæðin rúmast engu að síður innan ramma málaflokksins.

Tafla 4. Kostnaður við gagnagrunn í m.kr.

| | 2016 | 2017 | 2018 | Varanlegur kostnaður |
|-------------------------------------|-------|------|-------|-------------------------|
| Laun og starfsmannakostnaður | 11,4 | 22,8 | 23 | 23 |
| Viðhald tölvukerfa, leyfi og hýsing | 1,5 | 10,6 | 12,2 | 13,8 |
| Hugbúnaður, þróun og kynningar | 48,25 | 11,3 | 9,65 | |
| | 61,15 | 44,7 | 44,85 | 36,8 |

Veikleikar í kostnaðarmati nýs greiðsluþátttökukerfis.

Útreikningar taka mið af notkun og verði þjónustunnar á árinu 2015. Breytingarnar miða við að hlutur sjúkratryggðra í kostnaði vegna þjónustunnar sem var á árinu 2015 um 36% af heildarkostnaði þeirrar þjónustu sem frumvarpið nær til haldist hinn sami eftir kerfisbreytinguna. Þannig má gera ráð fyrir að ef fleiri sækja þjónustu muni um 36% kostnaðarins falla á sjúkratryggða og 64% á Sjúkratryggingar Íslands eða heilbrigðisstofnanir. Hægt er að aðlaga kerfið með breytingu á hámarksgreiðslu sjúkratryggðs verði útkoman önnur en áætlað er í kostnaðarmati.

Fylgiskjal II.**Reglugerð um greiðsluþátttöku sjúkratryggðra
í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu.**

(Drög.)

I. KAFLI

Almenn ákvæði.

1. gr.

Gildissvið.

Í reglugerð þessari er kveðið á um þau gjöld sem sjúkratryggðir skulu greiða fyrir heilbrigðisþjónustu sem veitt er á heilsugæslustöðvum og sjúkrahúsum og fyrir heilbrigðisþjónustu sem veitt er hjá sjálfstætt starfandi læknum, sjúkraþjálfurum, iðjuþjálfum og talmeinafræðingum sem Sjúkratryggingar Íslands hafa samið við skv. IV. kafla laga nr. 112/2008, um sjúkratryggingar. Enn fremur er í reglugerðinni kveðið á um þau gjöld sem sjúkratryggðir skulu greiða fyrir meðferð húðsjúkdóma sem veitt er af öðrum heilbrigðisstarfsmönnum en læknum samkvæmt samningum. Loks er kveðið á um gjald fyrir sjúkraflutninga.

Þjónustuveitendum, sbr. 1. mgr., er óheimilt að innheimta hærrí eða önnur gjöld af sjúkratryggðum en kveðið er á um í reglugerð þessari og fylgiskjali með henni.

Sjúkratryggingar Íslands skulu kynna almenningi efni þessarar reglugerðar.

2. gr.

Fagleg samskipti heilsugæslulækna, heimilislækna og sérgreinalækna.

Í samræmi við markmið um að tryggja fagleg samskipti milli heilsugæslulækna, heimilislækna og sérgreinalækna er gert ráð fyrir því sem meginreglu í reglugerð þessari að samskipti sjúklings og læknis hefjist hjá heilsugæslu- eða heimilislækni.

Sjúklingur sem kemur til sérgreinalæknis fyrir milligöngu heilsugæslu- eða heimilislæknis skal hafa fengið tilvísun frá heilsugæslu- eða heimilislækni. Sérgreinalæknirinn skal ávallt senda læknaþréf til heilsugæslu- eða heimilislæknis sjúklings, sbr. þó 4. mgr.

Komi sjúklingur til sérgreinalæknis án milligöngu heilsugæslu- eða heimilislæknis skal sérgreinalæknir ávallt senda heilsugæslu- eða heimilislækni sjúklingsins læknaþréf. Komi sjúklingur til sérgreinalæknis fyrir milligöngu annars sérgreinalæknis skal síðari sérgreinalæknirinn ávallt senda læknaþréf til heilsugæslu- eða heimilislæknis sjúklingsins og þess sérgreinalæknis sem hafði milligöngu um samskiptin, sbr. þó 4. mgr.

Sjúklingi er heimilt að óska þess við lækni að hann sendi ekki upplýsingar honum viðkomandi til annarra lækna. Þess skal þá getið í sjúkraskrá. Lækni er og skylt að útskýra fyrir sjúklingi ábyrgð þá sem þessu fylgir fyrir sjúklinginn sjálfan.

3. gr.

Hverjir eru sjúkratryggðir.

Sjúkratryggður er sá sem er búsettur á Íslandi og hefur verið það a.m.k. síðustu sex mánuðina áður en bóta er óskað úr sjúkratryggingum að uppfylltum öðrum skilyrðum laga um sjúkratryggingar nema annað leiði af milliríkjasamningum, sbr. 10. gr. laga um sjúkratryggingar. Með búsetu er átt við lögheimili í skilningi lögheimilislaga. Börn og unglingar yngri en 18 ára sem búsett eru hér á landi eru sjúkratryggð með foreldrum sínum. Sama á við um stjúpbörn og fósturbörn. Að öðru leyti gilda um það hverjir teljast sjúkratryggðir hér á landi 10.–16. gr. laga um sjúkratryggingar.

Sjúkratryggingar Íslands ákvarða hvort einstaklingur telst sjúkratryggður.

4. gr.

Orðskýringar.

Í reglugerð þessari hafa eftirfarandi orð svofellda merkingu:

1. Aldraður: Sjúkratryggður einstaklingur 67 ára og eldri og sjómaður 60 ára og eldri sem stundað hefur sjómennsku í 25 ár eða lengur, sbr. 3. og 4. mgr. 17. gr. laga nr. 100/2007, um almannatryggingar.
2. Börn: Sjúkratryggðir einstaklingar yngri en 18 ára.
3. Börn með umönnunarkort: Sjúkratryggð börn og einstaklingar á aldrinum 18 og 19 ára sem eru með umönnunarkort frá Tryggingastofnun ríkisins, sbr. 4. gr. reglugerðar nr. 504/2007, um fjárhagslega aðstoð við framfærendur fatlaðra og langveikra barna, með síðari breytingum.
4. Sjúkratryggðir almennt: Sjúkratryggðir einstaklingar aðrir en aldraðir, öryrkjar, börn og einstaklingar á aldrinum 18 og 19 ára sem eru með umönnunarkort frá Tryggingastofnun ríkisins.
5. Öryrki: Sjúkratryggður einstaklingur með örorkuskírteini frá Tryggingastofnun ríkisins.
6. Umsamið heildarverð: Gjald sem samið hefur verið um í samningum Sjúkratrygginga Íslands við veitendur heilbrigðisþjónustu, skv. IV. kafla laga nr. 112/2008, um sjúkratryggingar.

II. KAFLI

Heilsugæsla.

5. gr.

Komugjöld á dagvinnutíma.

Fyrir komu á heilsugæslustöð eða til heimilislæknis á dagvinnutíma skulu sjúkratryggðir greiða sem hér segir:

1. Sjúkratryggðir almennt, 1.200 kr.
2. Aldraðir og öryrkjar, 800 kr.
3. Börn og börn með umönnunarkort greiða ekkert gjald.

Undanþegnar gjaldskyldu eru komur vegna mæðraverndar og heilsuverndar barna, heilsugæsla í skólum og unglíngamóttaka í heilsugæslu sem veitir ráðgjöf og fræðslu um forvarnir. Með mæðravernd og heilsuvernd barna er átt við mæðravernd og heilsuvernd barna eins og hún er skilgreind í leiðbeiningum Embættis landlæknis.

Gjöld samkvæmt þessari grein renna til reksturs heilsugæslustöðvar eða stofureksturs heimilislæknis.

6. gr.

Komugjöld utan dagvinnutíma.

Fyrir komu á heilsugæslustöð eða til heimilislæknis utan dagvinnutíma, þ.e. milli kl. 16.00 og 08.00 og á laugardögum og helgidögum, skulu sjúkratryggðir greiða sem hér segir:

1. Sjúkratryggðir almennt, 3.100 kr.
2. Aldraðir og öryrkjar, 2.050 kr.
3. Börn og börn með umönnunarkort greiða ekkert gjald.

Hafi læknir sjálfur valið að sinna læknisstarfi utan dagvinnutíma skal greitt skv. 5. gr.

Gjöld samkvæmt þessari grein renna til reksturs heilsugæslustöðvar eða stofureksturs heimilislæknis.

7. gr.

Gjöld vegna vitjana lækna.

Fyrir vitjun læknis á dagvinnutíma skulu sjúkratryggðir greiða sem hér segir:

1. Sjúkratryggðir almennt, 3.400 kr.
2. Aldraðir og öryrkjar, 2.250 kr.
3. Börn og börn með umönnunarkort greiða ekkert gjald.

Fyrir vitjun læknis utan dagvinnutíma skulu sjúkratryggðir greiða sem hér segir:

1. Sjúkratryggðir almennt, 4.500 kr.
2. Aldraðir og öryrkjar, 3.000 kr.
3. Börn og börn með umönnunarkort greiða ekkert gjald.

Með vitjun samkvæmt þessari grein er átt við þjónustu læknis utan heilsugæslustöðvar.

Hafi læknir sjálfur valið að sinna vitjun utan dagvinnutíma skal greiða vitjanagjald dagvinnutíma skv. 1. mgr.

Vitjanagjald greiðist lækni og dregst frá samningsbundinni þóknun hans fyrir vitjanir.

8. gr.

Gjöld fyrir aðra þjónustu.

Auk komugjalda skv. 4. og 5. gr. skulu sjúkratryggðir greiða gjald fyrir bólusetningar á heilsugæslustöð eða hjá heimilislækni sem starfar utan heilsugæslustöðva miðað við kostnaðarverð/innkaupsverð fyrir hvern skammt bóluefnis. Verðskrá skal birt á vefsíðu Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og gildir hún fyrir allar heilsugæslustöðvar og heimilislækna. Þó er bóluefni við árstíðabundinni influensu að kostnaðarlausu þeim sem eru í sérstökum áhættuhópum og sóttvarnalæknir tilgreinir. Gjöldin skulu einnig greidd í heimahjúkrun.

Ekkert gjald er greitt fyrir heilsuvernd barna og heilsugæslu í skólum, sbr. 2. mgr. 4. gr. Í heilsuvernd barna er ekki greitt gjald fyrir bólusetningar við stífkrampa, mænusótt, rauðum hundum og MMR (mislingar + hettusótt + rauðir hundar), barnaveiki, kíghósta, H. influ-

enzae b sjúkdómi, mislingum, hettusótt, meningókokkasjúkdómi C, pneumókokkasjúkdómi og leghálskrabbameini af völdum HPV.

Auk komugjalda skv. 4. og 5. gr. skulu sjúkratryggðir, aðrir en börn, greiða gjald fyrir aðra þjónustu en greinir í 1. mgr. sem hér segir:

1. Þungunarpróf, 740 kr.
2. Streptokokkarannsóknir, 840 kr.
3. Lyfjaleit í þvagi, 2.600 kr.
4. CRP (C-reaktíft prótein), 990 kr.
5. HbA1c (glýkósýlerað hemóglóbín), 1.900 kr.
6. Berklapróf (Mantoux), kostnaðarverð/innskaupsverð.
7. Lykkja (T), 7.400 kr.
8. Hormónalykkja, kostnaðarverð/innskaupsverð.
9. Foreldrafræðsla/fæðingarfræðsla, kvöldnámskeið, gildir fyrir báða foreldra, 9.800 kr.
10. Uppeldisnámskeið fyrir foreldra:
 - a. Uppeldisnámskeið fyrir foreldra, 9.800 kr. fyrir eitt foreldri og 12.100 kr. fyrir báða foreldra.
 - b. Uppeldis- og foreldrafærninámskeið fyrir foreldra barna með ADHD, 10.900 kr. fyrir eitt foreldri og 14.700 kr. fyrir báða foreldra.
 - c. PMT-foreldrafærninámskeið (fyrir foreldra barna með hegðunarerfiðleika), 18.000 kr. fyrir eitt foreldri og 24.100 kr. fyrir báða foreldra.
 - d. Snillingarnir – færniþjálfunarnámskeið (samskipti, tilfinningastjórn, athygli o.fl.) fyrir 8–10 ára börn með ADHD, 8.400 kr.

Gjöld samkvæmt þessari grein renna til reksturs heilsugæslustöðvar.

9. gr.

Gjöld vegna krabbameinsleitar.

Vegna krabbameinsleitar á heilsugæslustöðvum og hjá heimilislæknum (legstrok og mynd af brjóstum) skal sjúkratryggður greiða sem hér segir:

1. Fyrir legstrok, sjúkratryggður almennt, 4.400 kr. Aldraðir og öryrkjar greiða 2.900 kr.
2. Fyrir mynd af brjóstum, sjúkratryggður almennt 4.400 kr. Aldraðir og öryrkjar 2.900 kr.
3. Þegar legstrok er tekið og mynd af brjóstum er tekin í sömu komu greiða sjúkratryggðir almennt 6.600 kr. Aldraðir og öryrkjar 4.400 kr.

Gjöld samkvæmt þessari grein renna til Krabbameinsfélags Íslands vegna úrlesturs frum-sýna, röntgenmynda og leitarstarfs.

III. KAFLI

Sjúkrahús.

10. gr.

Komugjöld.

Fyrir komu og endurkomu á slysadeild og bráðamóttöku sjúkrahúsa skulu sjúkratryggðir greiða sem hér segir:

1. Sjúkratryggðir almennt, 6.200 kr.
2. Aldraðir og öryrkjar, 4.100 kr.
3. Börn og börn með umönnunarkort greiða ekkert gjald.

Fyrir komu og endurkomu á göngudeild sjúkrahúsa vegna þjónustu annarra en sérgreina-lækna skulu sjúkratryggðir greiða sem hér segir:

1. Sjúkratryggðir almennt, 3.400 kr.
2. Aldraðir og öryrkjar, 2.300 kr.
3. Börn og börn með umönnunarkort greiða ekkert gjald, sbr. þó 4. og 5. mgr.

Sjúkratryggðir sem koma oftast en einu sinni á sólarhring í lyfjagjafir eða sáraskiptingar skulu einungis greiða fyrir eina komu á sólarhring.

Sjúkratryggðir skulu, þrátt fyrir 2. mgr., taka þátt í kostnaði við iðjuþjálfun, sjúkrahjálfun og talþjálfun á sjúkrahúsum á sama hátt og þeir sem leita til þjálfara sem starfa samkvæmt samningi við Sjúkratryggingar Íslands, sbr. 19. gr. Skiptafjöldi í viðurkenndri iðjuþjálfun, sjúkrahjálfun og talþjálfun, sem veitt er á göngudeildum sjúkrahúsa, telst ekki til meðferðar-skipta skv. 17. gr.

Sjúkratryggðir skulu, þrátt fyrir 2. mgr., taka þátt í kostnaði við meðferð húðsjúkdóma, sem veitt er á sjúkrahúsi af öðrum en læknum, á sama hátt og þeir sem leita til meðferðaraðila sem starfa samkvæmt samningi við Sjúkratryggingar Íslands, sbr. 21. gr.

Sjúkratryggðir almennt skulu greiða 9.600 kr. fyrir keiluskurðaðgerðir. Aldraðir og öryrkjar greiða 6.400 kr.

Sjúkratryggðir almennt skulu greiða 9.600 kr. fyrir kransæða- og hjartaþræðingu. Aldraðir og öryrkjar skulu greiða 6.400 kr. fyrir kransæða- og hjartaþræðingu. Börn og börn með umönnunarkort greiða ekkert gjald.

Aldraðir sem njóta þjónustu dagvistar í tengslum við sjúkrahús skulu taka þátt í kostnaði af dagvistinni skv. 19. gr. laga nr. 125/1999, um málefni aldraðra.

Gjöld fyrir þjónustu skv. VI. kafla greiðast til viðbótar við komugjöld skv. 1. mgr., þó skulu komugjald og gjöld skv. VI. kafla takmarkast við hámarksgjald í almanaksmánuði, sbr. 25. gr.

Gjöld samkvæmt þessari grein skulu renna til reksturs sjúkrahúss.

11. gr.

Gjald fyrir endurtengingu eggjaleiðara eftir ófrjósemisaðgerð.

Fyrir endurtengingu eggjaleiðara eftir ófrjósemisaðgerð skal sjúkratryggður greiða 247.000 kr.

Gjald samkvæmt þessari grein rennur til reksturs sjúkrahúss.

IV. KAFLI

Sameiginleg ákvæði fyrir þjónustu í heilsugæslu og á sjúkrahúsum.

12. gr.

Gjöld fyrir læknisvottorð í heilsugæslu og á sjúkrahúsum.

Fyrir læknisvottorð á eyðublöðum Tryggingastofnunar ríkisins vegna lífeyristrygginga eða bóta félagslegrar aðstoðar og á eyðublöðum Sjúkratrygginga Íslands vegna sjúkratrygginga eða slysatrygginga skulu sjúkratryggðir greiða sem hér segir:

1. Ekkert gjald fyrir örorkuvottorð vegna lífeyristrygginga (A og B), örorkuvottorð vegna slysatrygginga (A), vottorð vegna fjárhagslegrar aðstoðar við fötluð og sjúk börn eða vottorð vegna endurhæfingarlífeyris.
2. Fyrir framhaldsvottorð vegna slysatrygginga, 570 kr.
3. Fyrir læknisvottorð vegna slysatrygginga (áverkavottorð), vegna beiðni um þjálfun, vegna öflunar hjálpartækja, vegna lengingar fæðingarorlofs, vegna hreyfihömlunar (uppbót vegna reksturs bifreiðar), vegna umsóknar um styrk og uppbót til kaupa á bifreið fyrir fatlaða, vegna heimahjúkrunar, vegna umsóknar um lyfjaskírteini, vegna meðferðar sjúklings erlendis, sjúkradagpeningavottorð eða skýrslu vegna ferðakostnaðar innanlands, 1.200 kr.

Fyrir önnur læknisvottorð en tilgreind eru í 1. mgr. skal innheimta gjöld sem hér segir:

1. Ekkert gjald fyrir vottorð vegna andláts (dánarvottorð).
2. Fyrir vottorð um fjarvistir nemenda úr skólum, 570 kr.
3. Fyrir vottorð vegna sjúkranudds, 1.200 kr.
4. Fyrir vottorð um fjarvistir til atvinnurekenda, ónæmisaðgerðir og alþjóðaónæmis-skírteini, heilsufar nemenda til skóla, leikskóla og sumarbúða, undanþágu til bílbeltanotkunar, vegna veitingar ökuleyfis og endurgreiðslu ferðakostnaðar, svo sem ferðarofs, og til skattfyrivalda, 1.800 kr.
5. Fyrir vottorð vegna bóta úr slysa- og sjúkrasjóðum stéttarfélaga, án greinargerðar, 1.200 kr.
6. Fyrir vottorð vegna umsókna um örorkubætur til lífeyrissjóða, fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðar skal miða við hversu langan tíma það tekur lækni að gera vottorðið og skal greiða 4.200 kr. fyrir hverjar byrjaðar 20 mínútur.
7. Fyrir vottorð vegna byssuleyfis, skóla erlendis og um heilsufar eða vinnufærni vegna umhverfis eða atvinnu, þ.m.t. vegna atvinnuréttinda, 5.000 kr.
8. Fyrir vottorð til lögmanna og tryggingafélaga vegna sjúkdóma eða slysa, tryggingafélaga vegna líf- og sjúkdómatrygginga eða umsókna um örorkubætur, ættleiðingu, lögreglu, sýslumanna, vegna dvalar- og/eða atvinnuleyfa hér á landi og dvalar eða starfa erlendis skal miða við hversu langan tíma það tekur lækni að gera vottorðið og skal greiða 4.200 kr. fyrir hverjar byrjaðar 20 mínútur.

Gjöld fyrir vottorð samkvæmt þessari grein skulu renna til viðkomandi stofnunar.

V. KAFLI
**Sameiginleg ákvæði fyrir þjónustu utan sjúkrahúsa
 og á göngudeildum sjúkrahúsa.**

13. gr.

Gjöld fyrir sérgreinalæknishjálp.

Fyrir hverja komu til sérgreinalæknis utan sjúkrahúsa og á göngudeild sjúkrahúsa, sbr. þó 11. gr., skulu sjúkratryggðir greiða sem hér segir:

1. Sjúkratryggðir almennt, umsamið heildarverð við komuna, sbr. þó 25. gr.

Fyrir komu til sérfræðings í augnlækningum til sjónmælingar vegna sjónlagsgalla greiða sjúkratryggðir almennt umsamið heildarverð. Greiðslur samkvæmt þessari málsgrein falla ekki í afsláttarstofn, sbr. 26. gr.

Stafi sjónlagsgallinn, eða notkun gleraugna, af slysi eða sjúkdómi falla greiðslur þó í afsláttarstofn, sbr. 24. gr.

Fyrir komu á göngudeild til sérfræðings í háls-, nef- og eyrnalækningum vegna sérhæfðrar skoðunar til öflunar eða viðhalds flugréttindum greiða sjúkratryggðir umsamið heildarverð. Greiðslur samkvæmt þessari málsgrein falla ekki í afsláttarstofn, sbr. 26. gr.

2. Aldraðir og öryrkjar 2/3 af umsömdu heildarverði við komuna, sbr. þó 25. gr.
3. Börn með tilvísun frá heilsugæslu- eða heimilislækni greiða ekkert gjald, annars 2/3 af umsömdu gjaldi við komuna, sbr. þó 25. gr. Börn greiða ekkert gjald vegna komu til sérgreinalæknis á göngudeild sjúkrahúsa.
4. Börn með umönnunarkort greiða ekkert gjald.

Fyrir kostnað vegna einnota áhaldna og efna, sem notuð eru vegna aðgerða utan sjúkrahúsa hjá sérfræðingum í skurðlækningum og svæfingum, greiða sjúkratryggðir ekkert gjald.

Fyrir rafræn samskipti (símtöl og tölvupóst) við sérgreinalækni greiða sjúkratryggðir umsamið heildarverð, sbr. 1. mgr.

Með komu til sérgreinalæknis á göngudeild sjúkrahúsa skv. 1. mgr. er átt við ferliverk, þ.e. lækni meðferð sem unnt er að veita hvort sem er á læknaðstofum utan sjúkrahúsa eða á sjúkrahúsum og krefst ekki innlagnar á sjúkradeild nema í undantekningartilvikum. Sjúkratryggður greiðir umsamið heildarverð, sbr. 1. mgr., og gildir þá einu þótt næturdvöl kunni að reynast nauðsynleg í einstökum tilvikum.

Sjúkratryggður greiðir gjald skv. 1. mgr. fyrir þjónustu svæfingarlæknis á sjúkrahúsi vegna aðgerðar hjá sjálfstætt starfandi tannlækni. Sjúkrahúsinu er óheimilt að krefjast annarra gjalda vegna aðgerðarinnar.

Gjöld vegna þjónustu á göngudeild sjúkrahúsa skulu renna til reksturs viðkomandi sjúkrahúss.

VI. KAFLI

**Sameiginleg ákvæði fyrir þjónustu í heilsugæslu,
á sjúkrahúsum og utan sjúkrahúsa.**

14. gr.

Gjöld fyrir rannsóknir, geisla- og myndgreiningar og beinþéttmælingar.

Fyrir hverja komu til rannsóknar á rannsóknarstofu og vegna rannsóknar á sýni sem sent er til rannsóknar í rannsóknarstofu, sbr. þó 11. gr., skulu sjúkratryggðir greiða sem hér segir:

1. Sjúkratryggðir almennt, 2.500 kr.
2. Aldraðir og öryrkjar, 1.650 kr.
3. Börn með tilvísun frá heilsugæslu- eða heimilislækni greiða ekkert gjald, annars 1.650 kr.
4. Börn með umönnunarkort greiða ekkert gjald.

Fyrir hverja komu til geisla- og myndgreiningar og beinþéttmælingar skulu sjúkratryggðir greiða sem hér segir, sbr. þó 15. gr.:

1. Sjúkratryggðir almennt, umsamið heildarverð eða verð samkvæmt fylgiskjali 1., sbr. þó 25. gr.
2. Aldraðir og öryrkjar 2/3 af því sem sjúkratryggðir almennt greiða, sbr. þó 25. gr.
3. Börn með tilvísun til sérgreinalæknis frá heilsugæslu- eða heimilislækni greiða ekkert gjald, annars 2/3 af því sem sjúkratryggðir almennt greiða, sbr. þó 25. gr.
4. Börn með umönnunarkort greiða ekkert gjald.

Gjöld vegna þjónustu á heilsugæslustöð og á sjúkrahúsum skulu renna til reksturs stofnanna.

VII. KAFLI

Þjálfun.

15. gr.

Þjálfun.

Þjálfun sem telst læknisfræðilega nauðsynleg og samið hefur verið um fellur undir greiðsluþátttöku Sjúkratrygginga Íslands þegar eftirfarandi skilyrði eru uppfyllt:

1. Þjálfun er nauðsynlegur liður í að greina og meðhöndla vandamál sem orsaka skerðingu á færni.
2. Þjálfun er nauðsynlegur liður í endurhæfingu eða til að fyrirbyggja frekari færni-skerðingu vegna fötlunar, frávika í eðlilegum þroska, langvinnra sjúkdóma eða í kjölfar aðgerða, veikinda og slysa.

16. gr.

Orðskýringar.

Í kafla þessum hafa eftirfarandi orð svofellda merkingu:

1. *Þjálfun*: Sjúkraþjálfun, iðjuþjálfun og talþjálfun.
2. *Ar*: 365 dagar, talið frá fyrsta meðferðarskipti.

17. gr.

Réttur sjúkratryggðs til þjálfunar.

Forsenda fyrir greiðslubátttöku Sjúkratrygginga Íslands í þjálfun er að fyrir liggi beiðni frá lækni þar sem fram kemur sjúkdómsgreining. Þó er heimilt að víkja frá þessu skilyrði vegna bráðameðferðar hjá sjúkraþjálfara sem nemur allt að sex skiptum á einu ári.

Sjúkratryggður sem þarf á þjálfun að halda, að mati læknis og þjálfara, sbr. þó undantekningu í 1. mgr., á rétt á allt að 20 nauðsynlegum meðferðarskiptum á einu ári. Sjúkratryggður á einnig rétt á nauðsynlegri viðbótarþjálfun, sbr. 3. og 4. mgr., enda hafi Sjúkratryggingar Íslands samþykkt slíka meðferð.

Ef nauðsyn er talin vera fyrir fleiri skiptum en 20 á einu ári er Sjúkratryggingum Íslands heimilt í eftirfarandi tilvikum, samkvæmt umsókn, að ákvarða viðbótarþjálfun sem sjúkratryggingar taka til, í samræmi við vinnureglur sem stofnunin setur sér:

1. Ef sjúkratryggður er með mjög skerta færni og áframhaldandi þjálfun er ótvírætt nauðsynleg.
2. Ef sjúkratryggður er haldinn langvarandi sjúkdómi sem leitt getur til færniskerðingar sem áframhaldandi þjálfun getur að öllum líkindum seinkað eða komið í veg fyrir.
3. Ef um er að ræða áframhaldandi þjálfun sem er þáttur í nauðsynlegri endurhæfingu í kjölfar veikinda, aðgerðar eða slyss.
4. Ef um er að ræða fjölþætt vandamál sem ekki falla undir lið 1–3 þar sem þjálfun er nauðsynlegur hluti af skipulögðu endurhæfingarferli.

Sækja skal um viðbótarþjálfun fyrir fram. Umsókn um viðbótarþjálfun skal vera á því formi sem Sjúkratryggingar Íslands ákveða. Stofnunin skal hafa tekið afstöðu til umsóknarinnar innan tveggja vikna frá því að hún, ásamt öllum nauðsynlegum gögnum, er móttekin.

Sjúkratryggingum Íslands er heimilt að samþykkja sjúkraþjálfun í heimahúsum ef sjúkratryggður einstaklingur er þannig líkamlega á sig kominn að hann kemst ekki í meðferð á sjúkraþjálfunarstofu. Sækja skal fyrir fram um greiðslubátttöku til Sjúkratrygginga Íslands vegna þessarar meðferðar.

Heimilt er Sjúkratryggingum Íslands að samþykkja sjúkraþjálfun á hestbaki þegar um er að ræða skaða í miðtaugakerfi enda sé þjálfunin framkvæmd af sjúkraþjálfara sem hefur sérþekkingu á sjúkraþjálfun á hestbaki. Sækja skal fyrir fram um greiðslubátttöku til Sjúkratrygginga Íslands vegna þessarar meðferðar.

18. gr.

Greiðslubátttaka sjúkratryggðs.

Greiðslur sjúkratryggðra einstaklinga fyrir þjálfun skv. 17. gr. skulu vera sem hér segir:

1. Sjúkratryggðir almennt, umsamið heildarverð, sbr. þó 25. gr.
2. Aldraðir og öryrkjar 2/3 af umsömdu heildarverði, sbr. þó 25. gr.
3. Börn og börn með umönnunarkort greiða ekkert gjald.

Ef samið er um herra heildarverð fyrir tilgreinda hópa sjúkratryggðra eða tilgreinda meðferð reiknast greiðsla sjúkratryggðra einstaklinga út frá heildarverði fyrir almennt umsamda

þjálfunarmeðferð. Þetta á þó ekki við um sérstakt umsamið skoðunargjald, sérfræðiálag og sérstakt menntunarálag sjúkraþjálfara.

Með fjölda skipta er átt við samanlagðan skiptafjölda sjúkratryggðs á ári í þjálfun.

Hver tvö skipti í hópmeðferð hjá þjálfara, sbr. 1. mgr., teljast svara til eins skiptis í annarri þjálfun við talningu af heimild.

Fyrir heimameðferð sem Sjúkratryggingar Íslands hafa samþykkt, sbr. 5. mgr. 17. gr., greiðir sjúkratryggður sama gjald og vegna sjúkraþjálfunar á stofu. Í sérstökum tilvikum ef um mjög alvarlegt sjúkdómsástand eða mjög alvarlega fötlun er að ræða er Sjúkratryggingum Íslands heimilt að samþykkja heimasjúkraþjálfun án greiðslu sjúkratryggðs.

Fyrir nauðsynlega þjálfun á hestbaki sem Sjúkratryggingar Íslands hafa samþykkt, sbr. 6. mgr. 17. gr., greiðir sjúkratryggður sama gjald og vegna sjúkraþjálfunar á stofu.

19. gr.

Þjálfun á göngudeildum heilbrigðisstofnana.

Greiðslur sjúkratryggðra einstaklinga fyrir þjálfun á göngudeildum heilbrigðisstofnana skulu fara eftir ákvæðum 18. gr.

20. gr.

Vottorð.

Sjúkratryggingar Íslands geta krafist vottorðs frá þjálfara eða lækni sjúklings um nauðsyn þjálfunar, einkum vegna þjálfunarmeðferðar umfram 20 skipti á ári og vegna annarrar langtínameðferðar.

VIII. KAFLI

Meðferð húðsjúkdóma sem veitt er af öðrum en læknum.

21. gr.

Meðferð húðsjúkdóma.

Meðferð húðsjúkdóma, sem veitt er af öðrum heilbrigðisstarfsmönnum en læknum samkvæmt samningi, fellur undir greiðsluþátttöku sjúkratrygginga þegar um er að ræða nauðsynlega meðferð vegna húðsjúkdóma sem felst í B-geislum, B- og A-geislum, PUVA-meðferð eða margþættri húðmeðferð sem veitt er af öðrum en læknum samkvæmt fyrir-mælum læknis.

22. gr.

Meðferðarstaður.

Meðferð húðsjúkdóma skal fara fram á starfsstöð rekstraraðila sem hlotið hefur staðfestingu landlæknis skv. 6. gr. laga nr. 41/2007, um landlækni og lýðheilsu, og starfar samkvæmt samningi við Sjúkratryggingar Íslands, sbr. IV kafla laga um sjúkratryggingar. Meðferð má einungis veita samkvæmt tilvísun læknis.

Meðferð skal veitt samkvæmt fyrir-mælum læknis, sérfræðings í húðsjúkdómum þar sem því verður við komið. Að meðferðinni skulu starfa hjúkrunarfræðingar eða aðrir heilbrigðisstarfsmenn sem hafa nægilega kunnáttu til starfans.

23. gr.

Greiðsluþátttaka sjúkratryggðs.

Greiðslur sjúkratryggðra almennt fyrir meðferð skv. 1. og 3. gr. skulu vera sem hér segir:

1. Fyrir meðferð sem felst í B-geislum og/eða B- og A-geislum, með eða án smyrsla: umsamið heildarverð, sbr. þó 25. gr.
2. Fyrir meðferð sem felst í PUVA-meðferð: umsamið heildarverð, sbr. þó 25. gr.
3. Fyrir margþætta húðmeðferð: sama gjald og tilgreint er í 1. tölul.

Greiðslur aldraðra og öryrkja skulu vera 2/3 af umsömdu heildarverði, sbr. þó 25. gr.

Börn og börn með umönnunarkort greiða ekkert gjald.

IX. KAFLI

Afsláttarstofn og greiðslur sjúkratryggðs.

24. gr.

Afsláttarstofn og greiðslur sjúkratryggðs fyrir heilbrigðisþjónustu.

Greiðslur sjúkratryggðs fyrir heilbrigðisþjónustu samkvæmt reglugerð þessari mynda afsláttarstofn. Afsláttarstofn er nýttur við ákvörðun á greiðslum sjúkratryggðs við kaup á heilbrigðisþjónustu. Afsláttarstofn verður aldrei hærri en hámarksgreiðsla sjúkratryggðs í almanaksmánuði, sbr. 25. gr. Afsláttarstofn flyst á milli mánaða að frádregnum 1/6 hluta af hámarksgreiðslu um hver mánaðamót, óháð greiðslum sjúkratryggðs.

Við ákvörðun greiðsluþátttöku sjúkratryggðs vegna heilbrigðisþjónustu samkvæmt reglugerð þessari skal leggja saman afsláttarstofn og greiðslur sjúkratryggðs við kaup á heilbrigðisþjónustu. Séu samanlagðar greiðslur lægri en hámarksgreiðsla, sbr. 25. gr., greiðir sjúkratryggður kostnaðinn allt að hámarksgreiðslu. Kostnaður umfram hámarksgreiðslu sjúkratryggðs greiðist af Sjúkratryggingum Íslands ef um er að ræða þjónustu sem þær taka þátt í að greiða, annars af viðkomandi heilbrigðisstofnun.

25. gr.

Hámarksgreiðsluþátttaka sjúkratryggðra.

Hámarksgreiðsla sjúkratryggðs almennt í almanaksmánuði fyrir heilbrigðisþjónustu samkvæmt reglugerð þessari er 33.600 kr. Fari heildarkostnaður sjúkratryggðs í almanaksmánuði yfir þá fjárhæð greiða sjúkratryggingar, þ.e. Sjúkratryggingar Íslands eða viðkomandi heilbrigðisstofnun, það sem umfram er, sbr. þó 24. gr.

Hámarksgreiðsla aldraðra, öryrkja, barna og einstaklinga með umönnunarkort fyrir heilbrigðisþjónustu, sbr. 1. mgr., í almanaksmánuði er 22.400 kr. Fari heildarkostnaður í almanaksmánuði yfir þá fjárhæð greiða sjúkratryggingar, þ.e. Sjúkratryggingar Íslands eða viðkomandi heilbrigðisstofnun, það sem umfram er, sbr. þó 24. gr.

Börn með sama fjölskyldunúmer samkvæmt skilgreiningu Þjóðskrár Íslands skulu teljast einn einstaklingur. Hámarksgreiðsla barna í sömu fjölskyldu fyrir heilbrigðisþjónustu, sbr. 1. mgr., í almanaksmánuði er 22.400 kr. Fari heildarkostnaður í almanaksmánuði yfir þá fjárhæð greiða Sjúkratryggingar Íslands eða viðkomandi heilbrigðisstofnun það sem umfram er, sbr. þó 24. gr.

Til að sjúkratryggðir njóti réttinda samkvæmt þessari grein ber veitanda heilbrigðisþjónustu að skila reikningsupplýsingum til Sjúkratrygginga Íslands á því formi sem stofnunin ákveður.

26. gr.

Greiðslur sem falla ekki í afsláttarstofn.

Greiðslur skv. 8. gr. vegna þjónustu í heilsugæslu með þar tilgreindum undantekningum, 8. mgr. 10. gr. vegna kostnaðar við dagvist aldraðra, 11. gr. vegna endurtengingar eggjaleiðara eftir ófrjósemisaðgerð, 12. gr. vegna læknisvottorða, 2. og 4. mgr. 1. tölul. 1. mgr. 13. gr. vegna komu til sérfræðings í augnlækningum og komu á göngudeild til sérfræðings í háls-, nef og eyrnalækningum í nánar tilgreindum tilvikum og 29. gr. vegna sjúkraflutninga, falla ekki í afsláttarstofn skv. 24. gr.

X. KAFLI

Ýmis ákvæði.

27. gr.

Reikningsupplýsingar.

Þegar reikningur er gerður til Sjúkratrygginga Íslands skal þjónustuveitandi draga greiðslu sjúkratryggðra frá umsömdu heildarverði. Ekki er gerður reikningur til Sjúkratrygginga Íslands vegna þjónustu sem veitt er á sjúkrahúsum eða á heilsugæslustöðvum nema sérstaklega hafi verið um það samið skv. IV. kafla laga nr. 112/2008, um sjúkratryggingar. Reikningar skulu að öðru leyti uppfylla skilyrði laga og reglna á hverjum tíma. Þeir skulu vera á því formi sem Sjúkratryggingar Íslands ákveða og getur stofnunin krafist þess að þeir berist á rafrænu formi.

28. gr.

Sérreglur fyrir líffæragjafa.

Þeir sem gefa líffæri eða fyrirhugað er að gefi líffæri eru undanþegnir öllum gjöldum samkvæmt reglugerð þessari vegna rannsókna og/eða meðferðar sem er í beinum tengslum við brott nám líffæris eða fyrirhugað brott nám líffæris.

29. gr.

Gjald fyrir sjúkraflutninga.

Fyrir sjúkraflutning á sjúkrahús og frá sjúkrahúsi skulu sjúkratryggðir greiða 6.500 kr.

30. gr.

Gildistaka.

Reglugerð þessi, sem sett er með heimild í 1. mgr. 29. gr. laga nr. 112/2008, um sjúkratryggingar, sbr. 17. gr., 18. gr., 19. gr., 21. gr. og 22. gr. sömu laga og 37. gr. laga nr. 40/2007, um heilbrigðisþjónustu, öðlast gildi frá og með 1. júní 2016. Frá sama tíma falla úr gildi reglugerð nr. 1144/2015, um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu, reglugerð nr. 166/2014, um þjálfun sem sjúkratryggingar taka til og hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði við þjálfun, og reglugerð nr. 208/2014, um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði við meðferð húðsjúkdóma, veitta af öðrum en læknum.

31. gr.

Ákvæði til bráðabirgða.

Afsláttarstofn miðast við greiðslur sjúkratryggðs fyrir heilbrigðisþjónustu sem reglugerðin tekur til, síðustu fimm mánuði fyrir gildistöku.