

# **Høringsnotat om å avvike refusjon for laboratorieanalyser rekvirert av helprivate behandlere som ikke har avtale med det offentlige**

**Forslag til endringer i folketrygdloven,  
spesialisthelsetjenesteloven og forskrifter**

**Utsendt: 5. november 2025**

**Høringsfrist: 17. desember 2025**

## **Innholdsfortegnelse**

|     |                                                                                                                     |    |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1   | Innledning.....                                                                                                     | 3  |
| 2   | Bakgrunn.....                                                                                                       | 4  |
| 3   | Gjeldende rett.....                                                                                                 | 8  |
| 3.1 | Folketrygdloven og relevante forskrifter .....                                                                      | 8  |
| 3.2 | Spesialisthelsetjenesteloven og poliklinikkforskriften .....                                                        | 9  |
| 3.3 | Reglene om statsstøtte .....                                                                                        | 10 |
| 3.4 | Skatteplikt for helseforetak.....                                                                                   | 11 |
| 4   | Departementets vurderinger og forslag .....                                                                         | 11 |
| 4.1 | Krav om offentlig tilknytning for dekning av kostnader .....                                                        | 11 |
| 4.2 | Endring av de regionale helseforetakenes plikt til å sørge for medisinske laboratorieundersøkelser .....            | 12 |
| 4.3 | Adgang for at helseforetak kan yte laboratorietjenester mot full betaling fra private rekvirenter uten avtale ..... | 12 |
| 4.4 | Særlig om krav om offentlig tilknytning for dekning av utgifter innenfor EØS .....                                  | 13 |
| 4.5 | Forholdet til statsstøttereglene .....                                                                              | 15 |
| 5   | Økonomiske og administrative konsekvenser.....                                                                      | 17 |
| 6   | Forslag til endringer i lov .....                                                                                   | 19 |
| 7   | Forslag til endringer i forskrifter .....                                                                           | 20 |

# 1 Innledning

Regjeringens mål er å fornye, forsterke og forbedre vår felles helsetjeneste. Dette innebærer blant annet å sikre høy kvalitet, redusere ventetidene og legge til rette for innovasjon og nye tjenester. Regjeringen mener at et samarbeid mellom offentlige og private aktører bidrar til dette. Flertallet av fastlegene i Norge er selvstendig næringsdrivende, vi har et stort antall private avtalespesialister og de regionale helseforetakene vil i år kjøpe privat behandlingsskapasitet for over 18 milliarder kroner. Regjeringen vil fremover vurdere hvordan fritt sykehusvalg kan forsterkes og hvordan det kan inngås flere langsiktige avtaler med private. Regjeringen vil også vurdere en godkjenningsordning for private tilbydere, slik at private aktører som oppfyller visse kriterier i større grad kan integreres som en del av vår felles helsetjeneste.

I *Prop. 1 S (2025-2026) Helse- og omsorgsdepartementet* er det foreslått å avvikle refusjon for laboratorieanalyser når analysene er rekvirert av helprivate behandlere som ikke har avtale med det offentlige. Dette skal gjelde fra 1. mai 2026. For å følge opp regjeringens forslag, med forbehold om Stortingets budsjettvedtak, sender Helse- og omsorgsdepartementet på høring forslag til endringer i folketrygdloven § 5-5, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og relevante forskrifter.

Forslaget som nå sendes på høring handler om å støtte opp om, og prioritere ressursene i, vår felles helsetjeneste, inkludert i den delen av de private tjenestene som har avtale med det offentlige.

Forslaget går ut på at det innføres et vilkår om at laboratoriet kun skal ha rett til refusjon fra staten dersom helsepersonellet har rekvirert laboratorieanalysen som del av helsehjelp eller tannhelsetjenester fra den offentlig helse- og omsorgstjenesten, inkludert private med avtale. Dette omfatter helsehjelp eller tannhelsetjenester som ytes av helseforetak, kommune, fylkeskommune eller av private etter avtale med regionalt helseforetak, kommune, staten eller fylkeskommune. Det innebærer at staten ikke skal dekke kostnadene for medisinske laboratorieanalyser som private virksomheter eller helsepersonell rekvirerer som ledd i helsehjelp som ytes uten avtale med det offentlige. Denne gruppen omtales i det videre som «helprivate rekvirenter».

Som følge av dette foreslås det endringer i folketrygdloven § 5-5, forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter og i poliklinikkforskriften.

Avvikling av refusjon etter folketrygdloven § 5-5 til laboratorieprøver- og undersøkelser utført ved private medisinske laboratorier i Norge på grunnlag av rekvisisjon fra helprivate rekvirenter, vil også medføre bortfall av refusjon etter reglene i folketrygdloven § 5-24 når det gjelder prøver og undersøkelser som utføres i utlandet på grunnlag av rekvisisjon fra helprivate rekvirenter. Dette krever i seg selv ikke forskriftsendring. Forslaget vil ikke ha betydning for refusjon av laboratorieprøver- og undersøkelser rekvirert fra helprivate rekvirenter i forbindelse med annen helsehjelp som ytes i annet EØS-land etter forskriften til folketrygdloven § 5-24 a. Det vises til departementets redegjørelse under punkt 4.2 og forslag til forskriftsendring for å presisere dette.

Det er også behov for å endre spesialisthelsetjenesteloven. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 2 og § 5-2 første ledd pålegger i dag regionale helseforetak å tilby og finansiere medisinske laboratorieanalyser også for private virksomheter eller helsepersonell som yter helsehjelp uten avtale med det offentlige. Departementet foreslår å oppheve plikten til å tilby disse analysene gjennom en endring i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 2. Finansieringsansvaret for dette, jf. § 5-2 første ledd, faller med dette samtidig bort. Dette innebærer at private virksomheter eller helsepersonell som yter helsehjelp uten avtale med det offentlige må velge ved hvilket laboratorium prøven skal analyseres, og de må selv betale for analysene.

Departementet har vurdert om de regionale helseforetakene skal ha anledning til å tilby de medisinske laboratorieanalysene mot full betaling fra helprivate. Departementene vil foreslå endringer i lov og forskrift som vil gjøre det mulig for de regionale helseforetakene og helseforetakene å tilby analysene mot full betaling. Dette innebærer at helseforetakene i utgangspunktet selv kan bestemme om tilbudet skal videreføres. Departementet vil imidlertid gjennom styringen av de regionale helseforetakene i foretaksmøte eller i oppdragsdokument med vilkår for bevilgningen kunne bestemme om helseforetak skal eller ikke skal benytte seg av adgangen til å tilby analysene mot full betaling.

Helseforetak er i utgangspunktet skattefrie etter skatteloven § 2-30 første ledd bokstav g nr. 4. Dette er forenlig med statsstøtteregeverket, fordi de normalt ikke driver økonomisk aktivitet i EØS-rettslig forstand. Departementet legger til grunn at et tilbud om medisinske laboratorieanalyser mot full betaling fra pasienten eller rekvirenten, trolig vil regnes som økonomisk aktivitet som omfattes av EØS-avtalens regler om offentlig støtte. Dersom inntekter fra denne tjenesten også skulle være skattefrie, ville helseforetakene motta statsstøtte i form av skattefordeler. Dette ville være i strid med statsstøtteregeverket. Det er derfor behov for å endre skatteloven før helseforetak kan tilby analysene mot betaling.

Dersom det besluttes at helseforetakene skal ha anledning til å tilby de medisinske laboratorieanalysene mot full betaling fra helprivate, vil Finansdepartementet fremme forslag til endring i skatteloven § 2-30 i løpet av 2026. Forslaget vil innebære en tilsvarende skatteplikt for helseforetakenes salg av medisinske laboratorieanalyser som for salg av non-invasiv prenatal test (NIPT). Endringer i skatteloven vil kunne vedtas i desember 2026, med tilbakevirkende kraft for perioden frem til lovforslaget forutsetningsvis blir vedtatt.

## **2 Bakgrunn**

I forbindelse med pasientbehandling er det ofte nødvendig å få analysert prøver fra pasienter, blant annet for å diagnostisere, behandle eller følge opp pasienten. Når for eksempel en fastlege eller en legespesialist som har avtale med regionalt helseforetak har tatt en blodprøve av en pasient, sendes prøven til analyse hos et offentlig laboratorium ved et helseforetak, eller til private laboratorier som har avtale med regionalt helseforetak. Laboratoriene får refusjon fra staten etter nærmere fastsatte refusjonssatser for den enkelte rekvirerte laboratorieanalysen.

Det samme gjelder når helprivate rekvirenter tar prøver av sine pasienter. Prøvene blir sendt til analyse hos et offentlig laboratorium ved et helseforetak, eller til private laboratorier som har avtale med regionalt helseforetak. Laboratoriene får samme refusjon fra staten som de får når rekvirenten har tilknytning til den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Dette innebærer at staten subsidierer en helprivat helsetjeneste der pasienten i utgangspunktet skal betale fullt ut for undersøkelse og behandling.

Helsedirektoratet har sammenstilt hvordan tjenesteytingen på landets sykehuslaboratorier og private laboratorier som har avtale med regionale helseforetak fordeles per fylke og per region. Dette er gjengitt i tabell 1 under.

| Fylkesnavn              | Utbetaling private rekvirenter | Total utbetaling     | Andel av totale private rekvirenter | Andel utbetaling fra private rekvirenter | Utbetaling private rekvirenter per innbygger |
|-------------------------|--------------------------------|----------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Agder</b>            | 15 704 991                     | 222 130 196          | 3,9 %                               | 7 %                                      | 49                                           |
| <b>Akershus</b>         | 62 252 834                     | 625 041 669          | 15,5 %                              | 10 %                                     | 84                                           |
| <b>Buskerud</b>         | 13 797 220                     | 216 098 783          | 3,4 %                               | 6 %                                      | 51                                           |
| <b>Oslo</b>             | 54 171 216                     | 661 596 213          | 13,5 %                              | 8 %                                      | 75                                           |
| <b>Innlandet</b>        | 28 832 291                     | 278 175 474          | 7,2 %                               | 10 %                                     | 76                                           |
| <b>Telemark</b>         | 6 623 311                      | 158 046 766          | 1,6 %                               | 4 %                                      | 37                                           |
| <b>Vestfold</b>         | 20 351 964                     | 262 270 819          | 5,1 %                               | 8 %                                      | 79                                           |
| <b>Østfold</b>          | 41 522 409                     | 290 277 098          | 10,3 %                              | 14 %                                     | 132                                          |
| <b>Total Sør-Øst</b>    | <b>243 256 236</b>             | <b>2 713 637 018</b> | <b>60,5 %</b>                       | <b>9 %</b>                               | 76                                           |
| <b>Rogaland</b>         | 4 654 421                      | 385 412 592          | 1,2 %                               | 1 %                                      | 9                                            |
| <b>Vestland</b>         | 6 657 874                      | 687 678 759          | 1,7 %                               | 1 %                                      | 10                                           |
| <b>Total Vest</b>       | <b>11 312 294</b>              | <b>1 073 091 351</b> | <b>2,8 %</b>                        | <b>1 %</b>                               | 10                                           |
| <b>Møre og Romsdal</b>  | 26 774 131                     | 203 180 708          | 6,7 %                               | 13 %                                     | 98                                           |
| <b>Trøndelag</b>        | 49 704 362                     | 342 261 021          | 12,4 %                              | 15 %                                     | 102                                          |
| <b>Total Midt-Norge</b> | <b>76 478 494</b>              | <b>545 441 730</b>   | <b>19,0 %</b>                       | <b>14 %</b>                              | 101                                          |
| <b>Nordland</b>         | 35 329 563                     | 203 751 526          | 8,8 %                               | 17 %                                     | 145                                          |
| <b>Troms</b>            | 23 157 676                     | 132 363 051          | 5,8 %                               | 17 %                                     | 136                                          |
| <b>Finnmark</b>         | 6 288 489                      | 47 521 255           | 1,6 %                               | 13 %                                     | 84                                           |
| <b>Total Nord</b>       | <b>64 775 727</b>              | <b>383 635 832</b>   | <b>16,1 %</b>                       | <b>17 %</b>                              | 132                                          |
| <b>Ukjent</b>           | 5 939 448                      | 27 578 939           | 1,5 %                               | 22 %                                     |                                              |
| <b>Total</b>            | <b>401 762 199</b>             | <b>4 743 384 869</b> | <b>100,0 %</b>                      | <b>8 %</b>                               | 72                                           |

Tabell 1: Utbetaling per fylke og region. Data f.o.m. september 2024 t.o.m. august 2025

Tabell 1 viser samlede refusjonsutbetalinger til sektoren for laboratorieanalyser og den andelen av utbetalingene som skyldes rekvirerte analyser fra leger uten avtale. I perioden september 2024 – august 2025 anslår Helsedirektoratet at det ble det utbetalt 401,8 mill. kroner til offentlige og private laboratorier som følge av rekvirerte analyser fra leger uten avtale. Anslaget er usikkert. Dataene som ligger til grunn for alle tabellene i dette delkapittelet er basert på KUHR-databasen, som er Helfos database for refusjonskrav. For hvert relevante refusjonskrav er rekvirentens id i helsepersonellregisteret (HPR-nummer) henført til aktive praksiser i Helfos register. Slike aktive praksiser innebærer en offentlig tilknytning som definert i kapittel 1 (ansettelse i eller etter avtale med regionalt helseforetak, kommune, staten eller fylkeskommune). I de tilfellene rekvirenten ikke kan henføres til noen aktiv praksis i Helfos register, antas rekvirenten å være helprivat. Helsedirektoratet vurderer generelt at det er lav usikkerhet knyttet til denne metoden, men peker likevel på enkelte usikkerhetsmomenter. Det kan for eksempel være ulik registreringspraksis av HPR-nummer på de ulike sykehusene.

Tabell 1 viser videre hvor stor andel av refusjonsutbetalingene som stammer fra leger uten avtale, samt hvor stor utbetaling per capita som stammer fra leger uten avtale. Tabell 1 viser at det er store forskjeller mellom fylkene og regionene når det gjelder hvor stor andel av aktiviteten som stammer fra prøver med privat rekvirent. På landsbasis er 8 prosent av prøvene rekvirert av privat lege uten avtale. Helse Sør-Øst ligger nært dette gjennomsnittet med 9 prosent, mens det er kun 1 prosent av prøvene blant pasienter i Helse Vest som er rekvirert av privat lege uten avtale. I motsatt ende er Helse Midt-Norge og Helse Nord, med henholdsvis 14 prosent og 17 prosent av prøvene fra privat rekvirent uten avtale. Noe av forskjellene kan skyldes ulik registreringspraksis av HPR-nummer på de ulike sykehusene. Forskjellene i refusjon per innbygger for prøver med private rekvirenter uten avtale viser et lignende mønster. Det er noe variasjon mellom de ulike fylkene i Helse Sør-Øst, men mindre variasjoner mellom fylkene innad i de øvrige pasientregionene. Samlet viser tabellen at det er klare geografiske forskjeller i andelen prøver med privat rekvirent uten avtale.

Tabell 2 under viser gjennomsnittlig utbetaling per innbygger for prøver rekvirert av leger uten avtale, fordelt etter kommunestørrelse. Som det fremgår av tabellen, er det liten forskjell.

| Kommunestørrelse                  | Utbetalt refusjon  | Utbetaling private rekvirenter per innbygger |
|-----------------------------------|--------------------|----------------------------------------------|
| Liten kommune (≤5 000)            | 28 719 433         | 71                                           |
| Mellomstor kommune (5 001–15 000) | 58 511 950         | 68                                           |
| Stor kommune (15 001–50 000)      | 108 617 657        | 67                                           |
| Storbykommune (>50 000)           | 200 145 469        | 74                                           |
| Ukjent                            | 5 767 690          |                                              |
| <b>Total</b>                      | <b>401 762 199</b> | <b>72</b>                                    |

Tabell 2: Gjennomsnittlig utbetaling per innbygger per kommunestørrelse

Tabell 3 under viser hvor stor andel av prøvene som er rekvirert av lege uten avtale på de forskjellige helseforetakene. Samlet viser oversikten at 8,5 pst. eller knapt 300 mill. kroner av refusjonsutbetalingene skyldes laboratorieanalyser som er rekvirert av leger uten offentlig avtale eller tilknytning. Det er forskjeller mellom sykehusene med tanke på hvor stor andel av prøvene som er rekvirert av lege uten avtale. Denne er svært lav hos Oslo universitetssykehus HF (0,5 prosent) og høy hos Akershus universitetssykehus HF (28,1 prosent) og Helgelandssykehuset HF (59,8 prosent). Fra høsten 2024 til og med første tertial 2025 var det særlig stor vekst i utbetalt refusjon innen fagområdet medisinsk mikrobiologi som følge av parallelle epidemier av luftveisinfeksjoner. Helgelandssykehusets høye andel utbetaling fra rekvirenter uten avtale kan i stor grad knyttes til slike luftveisinfeksjonsprøver. Man kan videre anta at Helgelandssykehusets andel utbetalinger fra rekvirenter uten avtale skyldes registreringspraksis av HPR-nummer på sykehuset.

| Behandler                           | Utbetaling          |                      | Andel av totale private rekvirenter | Andel utbetaling fra private rekvirenter |
|-------------------------------------|---------------------|----------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
|                                     | private rekvirenter | Total utbetaling     |                                     |                                          |
| Akershus Universitetssykehus HF     | 36 128 102          | 128 389 402          | 12,0 %                              | 28,1 %                                   |
| Oslo Universitetssykehus HF         | 2 912 141           | 616 508 334          | 1,0 %                               | 0,5 %                                    |
| Sykehuset i Vestfold HF             | 9 976 684           | 136 991 783          | 3,3 %                               | 7,3 %                                    |
| Sykehuset Innlandet HF              | 21 375 878          | 162 906 797          | 7,1 %                               | 13,1 %                                   |
| Sykehuset Østfold HF                | 62 881 698          | 273 861 811          | 21,0 %                              | 23,0 %                                   |
| Sørlandet Sykehus HF                | 7 867 743           | 124 820 238          | 2,6 %                               | 6,3 %                                    |
| Vestre Viken HF                     | 20 349 432          | 218 585 606          | 6,8 %                               | 9,3 %                                    |
| Martina Hansens Hospital AS         | 508 153             | 730 978              | 0,2 %                               | 69,5 %                                   |
| St. Olavs Hospital HF               | 55 210 687          | 252 025 801          | 18,4 %                              | 21,9 %                                   |
| Helse Møre Og Romsdal HF            | 15 670 386          | 131 410 238          | 5,2 %                               | 11,9 %                                   |
| Helse Nord-Trøndelag HF             | 3 613 057           | 19 668 156           | 1,2 %                               | 18,4 %                                   |
| Nordlandssykehuset HF               | 7 820 680           | 113 145 047          | 2,6 %                               | 6,9 %                                    |
| Helgelandssykehuset HF              | 15 883 784          | 26 549 424           | 5,3 %                               | 59,8 %                                   |
| Finnmarkssykehuset HF               | 1 350 252           | 8 313 921            | 0,5 %                               | 16,2 %                                   |
| Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 38 357 591          | 199 716 985          | 12,8 %                              | 19,2 %                                   |
| Øvrige offentlige behandlere        | -                   | 1 120 689 555        | 0,0 %                               | 0,0 %                                    |
| <b>Totalt</b>                       | <b>299 906 269</b>  | <b>3 534 314 076</b> | <b>100,0 %</b>                      | <b>8,5 %</b>                             |

Tabell 3: Utbetaling av refusjon per helseforetak

| Behandler            |                                |                  | Andel av totale private rekvirenter | Andel utbetaling fra private rekvirenter |
|----------------------|--------------------------------|------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
|                      | Utbetaling private rekvirenter | Total utbetaling |                                     |                                          |
| Private laboratorier | 101 855 930                    | 1 209 070 793    | 100,00 %                            | 8,4 %                                    |

Tabell 4: Utbetaling av refusjon til private laboratorier

Tabell 4 viser at private laboratorier i perioden september 2024 t.o.m. august 2025 hadde knapt 102 mill. kroner i refusjon knyttet til prøver med private rekvirenter, noe som utgjorde 8,4 prosent av refusjonsinntektene.

### 3 Gjeldende rett

#### 3.1 Folketrygdloven og relevante forskrifter

Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) § 5-5 første ledd bokstav a bestemmer at trygden yter stønad til et medlems utgifter til prøver og undersøkelser ved private medisinske laboratorier som omfattes av avtale mellom virksomheten og regionalt helseforetak. Det er et vilkår for rett til stønad for prøver og undersøkelser ved private medisinske laboratorier at det foreligger rekvisisjon fra lege, tannlege eller jordmor, jf. § 5-5 andre ledd.

Nærmere regulering følger av forskrift 27. juni 2003 nr. 959 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter. Det fremgår av forskriften § 1 at det ytes stønad til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt og i private sykehus som driver laboratorie- og røntgenvirksomhet. Utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter godtgjøres etter takster som er fastsatt i forskriften kapittel II, jf. § 2. I forskriften § 3 gjentas kravet om offentlig tilknytning for laboratoriene og at undersøkelsen ved laboratorievirksomheten må være rekvirert av lege, tannlege eller jordmor.

Det er det enkelte medlem av folketrygden som har rett til stønad etter § 5-5, jf. folketrygdloven § 22-1. Laboratorier som har inngått avtale om direkte oppgjør med Helfo, kan i stedet få stønaden utbetalt til seg, jf. folketrygdloven § 22-2. Dette er en forenklet oppgjørsmåte som innebærer at medlemmet bare betaler en eventuell egenandel til laboratoriet. Medlemmet slipper i disse tilfellene å legge ut selv og deretter kreve utgiftene refundert av Helfo.

Det er også gitt forskrifter med hjemmel i folketrygdloven §§ 5-24 og 5-24 a som blant annet regulerer stønad til dekning av utgifter til prøver og undersøkelser ved medisinske laboratorier utført i utlandet. Det gjelder:

- Forskrift 30. april 1997 nr. 390 om stønad til dekning av utgifter til helsetjenester i utlandet (forskrift om helseutgifter i utlandet) § 3
- Forskrift 30. april 1997 nr. 391 om utvidet stønad til helsetjenester under opphold i utlandet (forskrift om utvidet helsetjeneste i utlandet) §§ 3 og 4



- Forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land (forskrift om stønad til helsetjenester i EØS) §§ 3, 5, 7 og 12.

### **3.2 Spesialisthelsetjenesteloven og poliklinikkforskriften**

Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1 a første ledd bestemmer at «[d]et regionale helseforetak skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder [...] 2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester».

Det innebærer at regionale helseforetak har plikt til å sørge for at det finnes et tilbud om medisinske laboratorietjenester. Det skilles ikke i bestemmelsens ordlyd mellom henvisninger fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten og henvisninger fra virksomheter som tilbyr helsehjelp uten avtale med det offentlige. Tilbudet skal derfor etter ordlyden dekke begge behovene, og de offentlige laboratoriene kan ikke avvise prøvene.

Spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 første ledd første punktum bestemmer at «[d]et regionale helseforetakets behandlings- og forpleiningsutgifter og reiseutgifter til behandling skal dekkes av det regionale helseforetak i pasientens bostedsregion, jf. § 5-1». Det samme gjelder etter andre punktum utgifter til behandling, forpleining og reise som ytes av andre tjenesteytere etter avtale med det regionale helseforetak i pasientens bostedsregion, jf. § 2-1a. Medisinske laboratorietjenester anses som «behandlings- og forpleiningsutgifter», og skal derfor dekkes fullt ut av de regionale helseforetakene, uavhengig av om henvisningen kommer fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten eller fra private virksomheter uten avtale med det offentlige.

Spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 sjette ledd andre og tredje punktum bestemmer:

«De regionale helseforetakene skal gjøre kjent hvilke medisinske laboratorier og røntgeninstitutt de har avtale med. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om finansieringen av laboratorie- og røntgentjenester, herunder overgangsordninger».

Departementet har gitt forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften) med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1 a og 5-5. Forskriften regulerer godtgjørelse fra staten av utgifter til poliklinisk helsehjelp i helseforetakene og virksomheter som har avtale med regionalt helseforetak. De offentlige laboratoriene som eies av helseforetakene får godtgjørelse for laboratorieanalyser etter takstene i poliklinikkforskriften, mens de private laboratoriene som har avtale med regionalt helseforetak får godtgjørelse som nevnt i punkt 3.1 etter folketrygdloven.

Det følger av poliklinikkforskriften § 2 at pasienten normalt skal være henvist fra lege, kiropraktor, manuellterapeut, tannlege eller psykolog utenfor vedkommende sykehus for at godtgjørelse etter denne forskriften skal ytes. I tillegg kan jordmor rekvirere laboratorieanalyser. Det betyr at helseforetak og regionale helseforetak selv dekker egne undersøkelser, og at de bare får dekket undersøkelser som rekvireres av andre offentlige eller private virksomheter.

Godtgjørelse fra staten ytes etter de reglene og takstene som er fastsatt i forskriften. Godtgjørelse fra staten utbetales til det regionale helseforetaket som eier eller har driftsavtale med den helseinstitusjonen der den polikliniske helsehjelpen ytes, og direkte til statlige institusjoner som ikke er eid av et regionalt helseforetak. Dette følger av poliklinikkforskriften § 3.

### **3.3 Reglene om statsstøtte**

Helsetjenester som ytes av det offentlige, men som fullt ut eller hovedsakelig betales av brukeren selv eller en privat virksomhet, må vurderes opp mot det EØS-rettslige regelverket om offentlig støtte (statsstøtte). Dette skyldes at slike tjenester kan anses som økonomisk aktivitet, og at foretak som yter slike tjenester i utgangspunktet ikke kan motta statsstøtte.

Samtidig har avtalen enkelte unntak fra dette utgangspunktet, som innebærer at det kan gis slik støtte så lenge vilkårene i unntaksreglene er oppfylt. Seks vilkår må være oppfylt for at statsstøtte foreligger, jf. EØS-avtalen artikkel 61:

- Mottaker oppnår en økonomisk fordel, som den ikke kunne oppnådd under normale markedsmessige forhold.
- Fordelen er gitt av staten eller av statsmidler i enhver form.
- Mottaker er et foretak som utøver en økonomisk aktivitet (foretaksvilkåret).
- Fordelen kan virke konkurransevridende.
- Fordelen kan påvirke samhandelen mellom EØS-landene.
- Fordelen begunstiger enkelte foretak eller produksjonen av enkelte varer eller tjenester (selektivitetsvilkåret).

Rettspraksis og EU-kommisjonens og ESAs vedtak og veiledning gir grunnlag for å oppstille to kumulative vilkår for når helse- og omsorgstjenester ikke skal regnes som økonomisk aktivitet, men som et tilbud solidarisk finansiert over skatteseddelen som det offentlige gir for å ivareta befolkningens behov:

- Tilbudet er en del av et offentlig helsetjenestesystem.
- Tilbudet er helt eller i hovedsak finansiert av offentlige midler

Når vilkårene for at det foreligger statsstøtte etter EØS-avtalens artikkel 61(1) er oppfylt, må det undersøkes om noen unntaksbestemmelser kommer til anvendelse slik at støtten kan gis som lovlig statsstøtte. Alternativt kan det gjøres tiltak som sikrer at fordelsvilkåret ikke er oppfylt, slik at tjenesten kan tilbys i samsvar med reglene om offentlig støtte i EØS-avtalens artikkel 61 (1). Dette omfatter blant annet tiltak for å unngå krysssubsidiering, enten ved innføring av separate regnskaper mellom ikke-økonomisk aktivitet og økonomisk aktivitet, eller ved å skille ut den økonomiske aktiviteten i et eget rettssubjekt. Det må også undersøkes om det offentlige har andre økonomiske fordeler, som ikke avhjelpes ved tiltakene mot krysssubsidiering, og som i så fall må nøytraliseres på annen måte.

### **3.4 Skatteplikt for helseforetak**

Etter skatteloven § 2-30 første ledd bokstav g nr. 4 første punktum er regionale helseforetak og helseforetak generelt fritatt fra skatteplikt. Helseforetakene har likevel skatteplikt for inntekt knyttet til sykehusapotekenes publikumsutsalg og salg av non-invasiv prenatal test (NIPT), jf. andre punktum. Inntekt fra andre kilder enn sykehusapotekenes publikumsutsalg og salg av non-invasiv prenatal test (NIPT), er omfattet av skattefritaket i første punktum.

Skatteplikten for sykehusapotekenes publikumsutsalg ble innført fra og med inntektsåret 2015, jf. Prop. 1 LS (2014–2015) kapittel 11. Bakgrunnen var at EFTAs overvåkningsorgan (ESA) konkluderte med at finansieringen av norske offentlig eide sykehusapotek, ikke var i tråd med EØS-avtalens regler om offentlig støtte (vedtak 460/13/COL av 20. november 2013.) Dette hadde sammenheng med at inntekter fra publikumsutsalget i offentlige sykehusapotek, på det tidspunktet var omfattet av skattelovens generelle skattefritak for helseforetak. Dette kunne lede til uheldig konkurransevridning mellom offentlig eide sykehusapotek (uten skatteplikt) og private apotek med alminnelig skatteplikt.

Skatteplikten for salg av NIPT ble innført fra og med inntektsåret 2024, jf. Prop. 1 LS (2024–2025) kapittel 8.6. Bakgrunnen var at regjeringen besluttet at helseforetak skulle gis mulighet til å tilby NIPT til gravide uten medisinsk indikasjon, se Prop. 104 S (2023–2024). Det vil si gravide som er under 35 år og ikke har andre indikasjoner for fosterdiagnostikk. For denne gruppen skal tilbudet være fullt ut brukerfinansiert.

## **4 Departementets vurderinger og forslag**

### **4.1 Krav om offentlig tilknytning for dekning av kostnader**

Dagens regelverk åpner for at både offentlige laboratorier ved helseforetak og private laboratorier som har avtale med regionalt helseforetak, kan få refusjon fra staten for laboratorieundersøkelser uavhengig av om helsepersonellet har rekvirert laboratorieundersøkelsen som ledd i helsehjelp eller tannhelsetjenester som ytes av helseforetak, kommune, fylkeskommune eller av private etter avtale med regionalt helseforetak, kommune, staten eller fylkeskommune, eller ikke.

Forslaget som nå sendes på høring handler om å støtte opp om, og prioritere ressursene i, vår felles helsetjeneste, inkludert i den delen av de private tjenestene som har avtale med det offentlige. Departementet foreslår derfor at det innføres et vilkår om at laboratoriet kun skal ha rett til refusjon fra staten dersom helsepersonellet har rekvirert laboratorieanalysen som del av helsehjelp eller tannhelsetjenester fra den offentlig helse- og omsorgstjenesten, inkludert private etter avtale. Dette omfatter helsehjelp eller tannhelsetjenester som ytes av helseforetak, kommune, fylkeskommune eller av private etter avtale med regionalt helseforetak, kommune, staten eller fylkeskommune. Det innebærer at staten ikke dekker kostnadene for medisinske laboratorieanalyser som private virksomheter eller

helsepersonell rekvirerer som ledd i helsehjelp som ytes uten avtale med det offentlige. Denne gruppen omtales i det videre som «helprivate rekvirenter».

Som følge av dette må folketrygdloven § 5-5, forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter og poliklinikkforskriften endres. Det foreslås som vilkår for rett til stønad etter folketrygdloven § 5-5 for prøver og undersøkelser ved private medisinske laboratorier, at disse er rekvirert av lege, tannlege eller jordmor som del av helsehjelp eller tannhelsetjenester fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Forslaget vil være uten betydning for pasienter hos fastleger eller legespesialister med avtale med regionalt helseforetak. Pasienter som oppsøker behandlere uten nevnte tilknytning til den offentlige helsetjenesten, vil imidlertid selv måtte betale for laboratorieundersøkelser på samme måte som de betaler for selve undersøkelsen og/eller behandlingen.

## **4.2 Endring av de regionale helseforetakenes plikt til å sørge for medisinske laboratorieundersøkelser**

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 2 og § 5-2 første ledd pålegger i dag regionale helseforetak å tilby og finansiere medisinske laboratorieanalyser også for private virksomheter eller helsepersonell som yter helsehjelp uten avtale med det offentlige.

Departementet foreslår å oppheve de regionale helseforetakenes plikt til å sørge for et tilbud av disse analysene for helprivate tjenesteytere gjennom en endring i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 2, med samme begrunnelse som for bortfall av den statlige kostnadsdekningen. De regionale helseforetakenes finansieringsansvar for dette, jf. § 5-2 første ledd, faller med dette samtidig bort.

Det foreslås at det regionale helseforetakets sørge for-ansvar for laboratorietjenester etter nr. 2 begrenses til medisinske laboratorietjenester som del av helsehjelp eller tannhelsetjenester fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Se forslag til endringer i høringsnotatets kapittel 6.

## **4.3 Adgang for at helseforetak kan yte laboratorietjenester mot full betaling fra private rekvirenter uten avtale**

Departementet har vurdert om de regionale helseforetakene skal ha anledning til å tilby de medisinske laboratorieundersøkelsene mot full betaling fra private virksomheter eller helsepersonell som yter helsehjelp uten avtale med det offentlige. Alternativet er at sykehusene ikke skal utføre disse laboratorieanalysene, men at hele volumet blir kanalisert til private tilbydere.

Departementet er usikre på om private laboratorier på kort sikt vil være i stand til å håndtere et økt volum. Det er en risiko for at den nasjonale kapasiteten i en overgangsperiode blir for liten til å håndtere volumet av analyser som kan komme fra helprivate helsetjenesteleverandører.

Departementet foreslår derfor at de regionale helseforetakene og helseforetakene skal kunne ha mulighet til å tilby analysene mot full betaling. Dette innebærer at helseforetakene i utgangspunktet selv kan bestemme om tilbudet skal videreføres. Det er viktig at det finnes tilstrekkelig laboratoriekapasitet for både offentlige og private aktører. Departementet vil gjennom styringen av de regionale helseforetakene i foretaksmøte eller i oppdragsdokument med vilkår for bevilgningen derfor kunne bestemme om helseforetak skal benytte seg av adgangen eller ikke til å tilby analysene mot full betaling.

#### **4.4 Særlig om krav om offentlig tilknytning for dekning av utgifter innenfor EØS**

Det er to stønadsordninger for helsetjenester mottatt henholdsvis i utlandet generelt (folketrygdloven § 5-24) og innenfor EØS (folketrygdloven § 5-24 a), som her er aktuelle å vurdere når det gjelder krav om at rekvirenten må ha offentlig tilknytning.

Etter folketrygdloven § 5-24 gis det stønad til dekning av nødvendige utgifter som et medlem av folketrygden har til helsetjenester under langvarig opphold eller bosetting i utlandet. Stønaden er i utgangspunktet begrenset til de samme helsetjenestene som det ytes stønad til i Norge etter bestemmelsene i kapittel 5, og stønaden skal i utgangspunktet ytes på samme vilkår som gjelder for den enkelte tjenesten i Norge. Det er i forskrifter til § 5-24 gitt enkelte særregler for utlandet når det gjelder størrelsen på stønaden. Blant annet skal personer som er medlemmer i folketrygden med rett til utvidet stønad, få dekket 75 prosent av nødvendige utgifter til prøver og undersøkelser ved medisinske laboratorier.

Retten til stønad etter folketrygdloven § 5-24 bortfaller dersom det foreligger en gjensidighetsavtale mellom Norge og ett eller flere andre land som gir rett til dekning av utgifter til helsetjenester etter det andre landets regler under opphold eller bosetting der. En slik gjensidighetsavtale er EØS-avtalens forordning 883/2004 om koordinering av trygdeordninger (trygdeforordningen). Etter trygdeforordningen beror det på oppholdslandets nasjonale lovgivning hvorvidt man får dekket utgifter til de aktuelle helsetjenestene, som for eksempel laboratorieprøver- og analyser.

Trygdeforordningen avskjærer likevel ikke retten til stønad etter folketrygdloven § 5-24 for helsetjenester som er gitt i 14 av EØS-statene, hvor det offentlige helsesystemet ikke anses for å være tilfredsstillende med hensyn til blant annet kvalitet, pasientsikkerhet og tilgjengelighet for norske pasienter. Medlemmer i folketrygden som oppholder seg over tid eller er bosatt i ett av disse 14 landene, kan dermed velge å søke om refusjon etter reglene i folketrygdloven § 5-24, dersom dette er gunstigere for den enkelte enn det som følger av trygdeforordningen. For eksempel gis det etter folketrygdloven § 5-24 dekning for behandling hos private tjenesteytere, mens trygdeforordningen i utgangspunktet er begrenset til behandling innenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Avvikling av refusjon etter folketrygdloven § 5-5 til laboratorieprøver- og undersøkelser utført ved private medisinske laboratorier i Norge på grunnlag av rekvisisjon fra helprivate rekvirenter, medfører også at det ikke gis refusjon etter reglene i folketrygdloven § 5-24 for slike prøver og undersøkelser som er rekvirert av helprivate

rekvirenter og som utføres i utlandet. Det skal også for slike undersøkelser være et vilkår for refusjon at de er rekvirert av lege, tannlege eller jordmor som del av helsehjelp eller tannhelsetjenester fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten i det landet tjenesten ytes. Dette medfører ikke behov for forskriftsendring. Det følger som nevnt direkte av hovedprinsippet i § 5-24 at stønad ytes på samme vilkår som i Norge. Dette gjelder for alle helsetjenestene som er nevnt i folketrygdloven kapittel 5. Departementet kan ikke se at det er grunn til å fravike dette prinsippet bare for stønad til laboratorieprøver- og analyser i utlandet. Departementet legger i den forbindelse vekt på at bestemmelsene i folketrygdloven § 5-24 og tilhørende forskrifter i hovedsak har betydning for helsetjenester som mottas i land utenfor EØS, hvor Norge i liten grad har folkerettslige forpliktelser på dette området.

Etter folketrygdloven § 5-24 a ytes det stønad til dekning av utgifter til helsetjenester som et medlem har hatt i et annet EØS-land etter regler fastsatt av departementet i forskrift. Det er gitt nærmere bestemmelser i forskrift 22. november 2010 nr. 1466 (heretter stønadsforskriften). Bestemmelsene i § 5-24 a og stønadsforskriften gjennomfører pasientrettighetsdirektivet (direktiv 2011/24/EU) i norsk rett.

Det følger av stønadsforskriften § 2 at stønad ytes bare for helsehjelp som medlemmet ville fått dekket i den offentlige helse- og omsorgstjenesten dersom den aktuelle helsehjelpen var mottatt i Norge. Videre ytes det i utgangspunktet stønad på samme vilkår som for tilsvarende helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge. Dette gjelder med mindre det er gjort unntak eller tilpasninger i stønadsforskriften.

Stønadsforskriften § 3 henviser blant annet til folketrygdloven § 5-5 når det gjelder hvilke typer helsehjelp som det ytes stønad til.

Det følger av stønadsforskriften § 5 femte ledd at vilkår om rekvisisjon utstedt av lege eller annet helsepersonell kan oppfylles også ved rekvisisjon utstedt av tilsvarende helsepersonell som praktiserer i et annet EØS-land. Rekvisisjon til prøver og undersøkelser ved medisinske laboratorier skal likevel være utstedt av helsepersonell som praktiserer i Norge, med mindre prøven eller undersøkelsen er nødvendig i forbindelse med annen helsehjelp som mottas i et EØS-land. I slike tilfeller er det tilstrekkelig med rekvisisjon fra en rekvirent i det aktuelle landet der behandlingen utføres.

Videre følger det av stønadsforskriften § 6 at det ikke er et vilkår at helsehjelpen er utført av helsepersonell som er tilknyttet den offentlige helsetjenesten, selv om dette er et vilkår for tilsvarende helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge. Medlemmet kan dermed få refundert utgifter til behandling hos en privat tjenesteyter i et annet EØS-land.

I Norge er det i mange tilfeller et vilkår for å få helsehjelp på det offentliges bekostning at hjelpen mottas i den offentlige helsetjenesten. Formålet med kravet om offentlig tilknytning er å sikre at helsetjenester som utføres av private og som finansieres av det offentlige, ikke unndras offentlige prioriteringer. Bakgrunnen for at det i stønadsforskriften ikke er stilt krav om at tjenesteytere i et annet EØS-land må ha offentlig tilknytning, er at det kan være en restriksjon som er vanskelig forenlig med EØS-rettens prinsipper om fri bevegelighet av tjenester og personer. Dette er nærmere drøftet i

Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) *Om lov om endringer i folketrygden m.m. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land)* punkt 12.2.

I punkt 12.3 i lovproposisjonen er det også vurdert i hvilken grad det kan stilles krav om henvisning og rekvisisjon i et annet EØS-land dersom et slikt krav gjelder i pasientens hjemland. Drøftingen i proposisjonen er begrenset til hvorvidt utenlandsk henvisning og rekvisisjon kan godtas i stedet for norsk, og berører ikke spørsmålet om en utenlandsk rekvirent må ha tilknytning til den offentlige helsetjenesten i et annet EØS-land. Dette må ses i lys av at det i Norge ikke er et generelt krav for refusjon at helsepersonell som utsteder henvisninger og rekvisisjoner har offentlig tilknytning. Departementet viser her til vurderingene som er gjort i proposisjonen når det gjelder unntaket for krav om offentlig tilknytning for tjenesteytere i andre EØS-land som er nedfelt i stønadsforskriften § 6. Etter departementets vurdering kan et tilsvarende tilleggskrav om at en norsk eller utenlandsk rekvirent må ha tilknytning til den offentlige helsetjenesten, være vanskelig forenlig med EØS-retten. Departementet finner på denne bakgrunn ikke grunn til å stille som vilkår for stønad til dekning av utgifter til laboratorieprøver- og analyser rekvirert i forbindelse med annen helsehjelp i andre EØS-land etter forskriften til folketrygdloven § 5-24 a, at en norsk eller utenlandsk rekvirent må ha offentlig tilknytning. Sett i lys av bestemmelsen i stønadsforskriften § 2 andre ledd, må unntak fra vilkår som gjelder i Norge fremgå eksplisitt av forskriften. Departementet foreslår derfor at det tas inn en bestemmelse i stønadsforskriften § 5 femte ledd som presiserer at det ikke er et vilkår at rekvisisjon til laboratorieprøver- og undersøkelser i forbindelse med annen helsehjelp som mottas i et annet EØS-land er utstedt av helsepersonell som er tilknyttet den offentlige helsetjenesten.

#### **4.5 Forholdet til statsstøttoreglene**

Departementet legger til grunn at tilbud fra helseforetak om medisinske laboratorieundersøkelser mot full betaling fra pasienten eller rekvirenten, trolig vil regnes som økonomisk aktivitet som omfattes av EØS-avtalens regler om offentlig støtte.

For at tilbudet skal være i tråd med forbudet mot offentlig støtte i EØS-avtalens artikkel 61(1), må det derfor innføres tiltak for å nøytralisere den økonomiske fordel som følger av gjeldende skattefritak.

I det følgende vurderes det om vilkårene etter EØS-avtalen artikkel 61 er oppfylt.

Skattefrihet er en økonomisk fordel som helseforetak ikke kunne oppnådd under normale markedsmessige forhold. Skattefrihet vil begunstige det offentlige tilbudet av medisinske laboratorieundersøkelser fremfor private tilbydere av laboratorieundersøkelser på en måte som vil være egnet til å vri konkurransen. Det vil også kunne overføres andre økonomiske fordeler til den økonomiske aktiviteten på grunn av krysssubsidiering mellom ikke-økonomisk aktivitet og økonomisk aktivitet. Det kan for eksempel skyldes manglende eller for lav betaling for bruk av felles lokaler, utstyr og personell mv. Manglende eller ikke markedsmessige avkastningskrav på tilbudet vil videre kunne innebære en økonomisk fordel.

Det er på det rene at økonomisk fordeler vil anses å være gitt av statsmidler og begunstige helseforetak. Disse vilkårene utdypes derfor ikke nærmere.

De regionale helseforetakene har ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd ansvaret for å sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste, slik at pasientenes rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b oppfylles. Tjenestene gjøres tilgjengelig gjennom de regionale helseforetakenes heleide helseforetak eller ved å kjøpe tjenester som blir en del av det offentlige tilbudet fra private tjenesteytere. Det følger av rettspraksis, samt ESAs vedtak og veiledning, at spesialisthelsetjenester som tilbys av helseforetak, normalt ikke regnes som økonomisk aktivitet i statsstøtterettslig sammenheng. Det skyldes at helseforetakene som en integrert del av det nasjonale helsesystemet yter tilnærmet gratis tjenester til befolkningen finansiert over skatteseddelen. Tjenestene ytes i en solidarisk ordning. Når helseforetak kan velge å gi tilbud om medisinske laboratorietjenester mot full egenbetaling, vil de konkurrere med private tjenestetilbydere som allerede er etablert i samme marked. På slike vilkår, vil helseforetakene etter departementets vurdering drive økonomisk aktivitet.

Påvirkningen på samhandelen fremstår som mer enn hypotetisk. Analyse av prøver kan utføres av laboratorier i naboland eller av private laboratorier etablert i Norge. Det er også en mulighet for at utenlandske aktører kan ønske å etablere virksomhet i Norge som tilbyr undersøkelser. Dersom helseforetak kan selge medisinske laboratorieundersøkelser uten å bli skattlagt for inntektene eller uten å nøytralisere andre økonomiske fordeler, kan det bli mindre attraktivt å sende prøver til utlandet. Det kan også føre til at det blir mer attraktivt å motta sende prøvene internt i Norge eller mindre attraktivt å etablere seg i Norge. Samhandlingsvilkåret synes derfor å være oppfylt.

Helse- og omsorgsdepartementet mener på denne bakgrunn at skattefrihet og andre økonomiske fordeler som begunstiger helseforetakenes tilbud av medisinske laboratorieundersøkelser i utgangspunktet vil utgjøre statsstøtte.

Dette betyr at helseforetakene må ta ut en avkastning som er sammenlignbart med hva en privat investor ville forvente av en lignende virksomhet (minimumsnivå), i tråd med det statsstøtterettslige markedsinvestorprinsippet. Formålet med dette er å sikre at det offentlige ikke underbyr de private aktørene ved hjelp av krysssubsidiering fra offentlige midler. For at det ikke skal gis offentlig støtte etter EØS-avtalens artikkel 61(1), må tiltak for å sikre at krysssubsidiering mellom ikke-økonomisk aktivitet og økonomisk aktivitet i form av laboratorietjenester innføres via enten separate regnskaper eller utskilling av den økonomiske aktiviteten. I tillegg må andre eventuelle økonomiske fordeler nøytraliseres, herunder skattefordelen til sykehusene.

Departementene ser på denne bakgrunn behov for å sikre at den delen av helseforetakene som gir tilbud om medisinske laboratorieundersøkelser mot full egenbetaling ikke tilføres økonomiske fordeler. Det innebærer blant annet føring av separate regnskaper og korrekt fordeling av inntekter og kostnader mellom tilbudet mot full egenbetaling og helseforetakets øvrige virksomhet, samt innføring av skatteplikt for salg av laboratorieundersøkelsene.



Dersom det besluttes å åpne for at helseforetakene kan tilby medisinske laboratorieundersøkelser mot full egenbetaling, vil Finansdepartementet fremme forslag til endring av skatteloven § 2-30 første ledd bokstav g nr. 4 i løpet av 2026. Forslaget vil bygge på de prinsippene som det er redegjort for i Prop. 1 LS (2024–2025) kapittel 8.6 vedrørende skatteplikten for salg av NIPT, og gis virkning fra og med inntektsåret 2026.

## **5 Økonomiske og administrative konsekvenser**

Forslaget om at laboratoriene ikke lenger skal kunne kreve refusjon for laboratorieanalyser foretatt for rekvirenter som ikke har offentlig avtale eller tilknytning, men skal kunne ta betalt fra rekvirentene for utførte laboratorieanalyser, vil ha økonomiske og administrative konsekvenser.

Helprivate rekvirenter vil i utgangspunktet fortsatt kunne rekvirere analyser ved helseforetak og private laboratorier med offentlig avtale. Rekvirentene vil trolig på kort sikt fortsette å sende prøvene til de samme laboratoriene som tidligere. Siden laborativirksomhetene ikke lenger kan kreve refusjon for laboratorieanalysene, men kan kreve betalt fra rekvirentene, vil laboratoriene fakturere de helprivate legene for de utførte analysene. På noe lengre sikt kan det tenkes at samhandlingsmønsteret endres, blant annet som følge av hvilke priser de forskjellige laboratoriene vil kreve av de helprivate legene. Det kan for eksempel tenkes at deler av analysevolumet vil analyseres i praksisene til de helprivate legene. De helprivate legene vil da måtte investere i nytt utstyr og dekke kostnadene til å drifte dette.

Uansett hvilken tilpasning som finner sted, vil de helprivate legene stilles overfor økte kostnader. Dette kan bidra til effektiv ressursbruk, ettersom det å måtte bidra i kostnadsdekningen generelt gir bedre incentiver til gjennomføring og rekvirering av analyser. Denne kostnadsøkning for de helprivate legene vil etter departementets vurdering sannsynligvis veltes helt eller delvis over på de privatbetalende pasientene. Hvor stor andel av de økte kostnadene som veltes over, vil være avhengig av blant annet markedsmessige vurderinger på tilbudssiden.

Pasienter som anvender helprivat helsetjeneste vil på denne bakgrunnen oppleve en prisøkning på legetjenester. Det er ikke mulig å si hvor mye prisene vil øke. Dette vil være avhengig av både hvor stor kostnadsøkning de helprivate legene får og av hvor stor andel av kostnadsøkningen som vil veltes over på pasientene. En prisøkning kan medføre at noen av pasientene vil oppsøke tilbud som har offentlig tilknytning, for eksempel lege tilknyttet fastlegeordningen. Dette vil innebære lavere etterspørsel av helprivate legetjenester og dermed mulig lavere markedspris for tjenestene. Dersom pasienter i større grad velger å oppsøke fastlege for å få utført laboratorieanalyser, kan dette medføre økt etterspørsel i fastlegetjenesten.

Også ideelle og frivillige organisasjoner benytter i noen grad laboratorietjenester i lavterskelarbeid med rusmiddelavhengige. Kostnadene antas imidlertid å være beskjedne.

Helseforetakene mottar i dag laboratorierefusjoner tilsvarende om lag 320 mill. kroner per år som følge av utførte analyser rekvirert av helprivate leger. Disse refusjonsinntektene vil

bortfalle når helseforetakene ikke lenger skal kunne kreve slik refusjon. Dersom deler av dagens tjenesteyting hos helprivate leger vil flyttes til leger med offentlig tilknytning (for eksempel fastlegeordningen) som i sin tur rekvirerer analyser hos helseforetakene, vil inntektsbortfallet bli mindre fordi helseforetakene da fremdeles vil analysere deler av det aktuelle prøvevolumet og kreve refusjon for dette. For det prøvevolumet som fremdeles vil tilflytte helseforetakene fra helprivate leger, vil helseforetakene kunne kreve betalt fra de helprivate legene. Samlet sett vurderer departementet at inntektsbortfallet helt eller delvis vil motsvares av en kombinasjon av økte refusjonsinntekter som følge av endret sammensetning av tjenesteytere som rekvirerer laboratorieanalyser og inntekter som følge av helprivate legers betaling til laboratoriet.

Forslaget innebærer at helseforetakene må føre separate regnskaper for laboratorieanalyser som foretas for helprivate rekvirenter. Dette vil medføre økte administrative kostnader for helseforetakene.

Private laboratorier med avtale med regionalt helseforetak har i dag anledning til å kreve refusjon også der laboratorieanalysen er rekvirert av helprivat lege. I dag er det ett privat laboratorium med slik avtale. Dette laboratoriet mottar om lag 100 mill. kroner per år i slike refusjoner. Disse refusjonsinntektene vil bortfalle når laboratoriet ikke lenger skal kunne kreve slik refusjon. Dersom deler av dagens tjenesteyting hos helprivate rekvirenter vil flyttes til rekvirenter med offentlig tilknytning (for eksempel fastlege) som i sin tur rekvirerer analyser hos private laboratorier, vil inntektsbortfallet bli mindre fordi det private laboratoriet da fremdeles vil analysere deler av det aktuelle prøvevolumet og kreve refusjon for dette. For det prøvevolumet som fremdeles vil tilflytte det private laboratoriet fra helprivate rekvirenter, vil laboratoriet kunne kreve betalt fra de helprivate rekvirentene. Samlet sett vurderer departementet at inntektsbortfallet helt eller delvis vil motsvares av en kombinasjon av økte refusjonsinntekter som følge av endret sammensetning av tjenesteytere som rekvirerer laboratorieanalyser og inntekter som følge av helprivate legers betaling til laboratoriet.

Refusjonene som utbetales til *de regionale helseforetakene* som følge av utførte laboratorieanalyser ved helseforetakene utbetales av Helfo og regnskapsføres statsbudsjettets kapittel 732, post 77. Helsedirektoratet har anslått at det årlig utbetales om lag 319 mill. kroner i laboratorierefusjon som følge av utførte laboratorieanalyser som er rekvirert av leger uten avtale med det offentlige. Dersom slik refusjon ikke lenger skal kunne kreves, vil dette innebære en innsparing for staten tilsvarende 319 mill. kroner per år. Dersom deler av dagens tjenesteyting hos helprivate leger flyttes til leger med offentlig tilknytning (for eksempel fastlegeordningen), vil innsparingen bli mindre fordi helseforetakene da fremdeles vil analysere deler av det aktuelle prøvevolumet og kreve refusjon for dette.

Refusjonene som utbetales til *de private laboratoriene* utbetales av Helfo og regnskapsføres folketrygden gjennom statsbudsjettets kapittel 2711, post 76. Helsedirektoratet har anslått at det årlig utbetales om lag 110 mill. kroner i laboratorierefusjon som følge av utførte laboratorieanalyser som er rekvirert av leger uten avtale med det offentlige. Dersom slik refusjon ikke lenger skal kunne kreves, vil dette

innebære en innsparing for folketrygden (staten) tilsvarende 110 mill. kroner per år. Dersom deler av dagens tjenesteyting hos helprivate leger vil flyttes til leger med offentlig tilknytning (for eksempel fastlegeordningen), vil innsparingen bli mindre fordi helseforetakene da fremdeles vil analysere deler av det aktuelle prøvevolumet og kreve refusjon for dette. En situasjon der leger med offentlig tilknytning overtar deler av dagens tjenesteyting fra helprivate leger vil også øke trygdens utgifter gjennom økte takstutgifter til fastlegene (statsbudsjettets kapittel 2755, post 70) og økte takstutgifter til legespesialister som har driftsavtale med regionalt helseforetak (statsbudsjettets kapittel 2711, post 70).

I Prop. 1 S (2025–2026) legges til grunn at innsparingen over kap. 732, post 77 og kap. 2711, post 70 til sammen blir 292 mill. kroner i 2026. Samlet innsparing i helårseffekt fra 2027 anslås til 438 mill. kroner.

Landets kommuner har ansvaret for fastlegeordningen. Dersom deler av dagens tjenesteyting hos helprivate leger vil flyttes til fastlegeordningen, vil det bli en aktivitetsøkning i fastlegeordningen og herunder mulig økt ventetid for å få time hos fastlegen.

Landets fylkeskommuner vil ikke oppleve noen økonomiske eller administrative konsekvenser av forslaget.

Departementet har prioritert utrulling av løsningen Pasientens prøvesvar slik at alle prøvesvar skal være tilgjengelig for alt helsepersonell med tjenstlig behov for disse. De vil kunne få tilgang til prøvesvar gjennom Kjernejournal. Dette gjelder også de prøvesvarene som helprivate tilbydere har behov for tilgang til og som er rekvirert fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Prøvesvarene fra private laboratorier er allerede tilgjengelige i løsningen. Det arbeides med å tilgjengeliggjøre polikliniske prøvesvar også fra sykehuslaboratoriene.

Forslaget vil også innebære bortfall av refusjon etter folketrygdloven § 5-24 for laboratorieprøver- og undersøkelser utført i utlandet etter rekvisisjon fra helprivate rekvirenter. Forslaget vil dermed kunne ha konsekvenser blant annet for medlemmer i folketrygden som oppholder seg over tid, er bosatt, arbeider eller studerer i utlandet. Forslaget forutsetter dokumentasjon på at vilkåret for refusjon, det vil si kravet om rekvirent innenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten, er oppfylt også i utlandet. Forslaget har ingen betydning for retten til refusjon av utgifter til laboratorieprøver- og undersøkelser utført i et annet EØS-land etter folketrygdloven § 5-24 a.

## 6 Forslag til endringer i lov

Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) § 5-5 andre ledd skal lyde:

Det er et vilkår for rett til stønad for prøver og undersøkelser ved private medisinske laboratorier at *disse er rekvirert av lege, tannlege eller jordmor som del av helsehjelp eller tannhelsetjenester fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten, inkludert private etter avtale med det offentlige* Det er et vilkår for rett til stønad for undersøkelser og

behandling ved private røntgeninstitutter at det foreligger rekvisisjon fra lege, tannlege, kiropraktor eller manuellterapeut.

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) gjøres følgende endringer:

§ 2-1 a første ledd nr. 2 og 3 skal lyde:

2. medisinske laboratorietjenester *som del av helsehjelp eller tannhelsetjenester fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten, inkludert private med avtale med det offentlige,*

3. radiologiske tjenester,

§ 2-1 a første ledd nr. 3 til nr. 7 blir nr. 4 til nr. 8.

## **7 Forslag til endringer i forskrifter**

Forskrift 27. juni 2003 nr. 959 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter § 3 andre ledd skal lyde:

Det er et vilkår for refusjon at undersøkelsen ved laboratorievirksomheten er rekvirert av lege, tannlege eller jordmor *som del av helsehjelp eller tannhelsetjenester fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten, inkludert private med avtale med det offentlige.*

Forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften) § 2 første ledd skal lyde:

*Godtgjørelse etter denne bestemmelsen ytes kun for undersøkelse som er del av helsehjelp eller tannhelsetjenester fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten, inkludert private med avtale med det offentlige.* Pasienten skal normalt være henvist fra lege, kiropraktor, manuellterapeut, tannlege eller psykolog utenfor vedkommende sykehus for at godtgjørelse etter denne forskriften skal ytes. Pasienten kan også være henvist fra optiker til øyenlegespesialist/øyeavdeling utenfor vedkommende sykehus. Videre kan pasienter være henvist til poliklinisk tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet fra kommunal helse- og omsorgstjeneste eller sosialtjeneste. Barnevernet kan henvise pasienter til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og psykiatrisk ungdomsteam. Jordmor kan rekvirere laboratorieundersøkelser.

Forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land (forskrift om stønad til helsetjenester i EØS) § 5 femte ledd skal lyde:

Vilkår om rekvisisjon utstedt av lege eller annet helsepersonell kan oppfylles også ved rekvisisjon utstedt av tilsvarende helsepersonell som praktiserer i et annet EØS-land. Rekvisisjon til prøver og undersøkelser ved medisinske laboratorier og radiologiske undersøkelser og behandling, skal likevel være utstedt av helsepersonell som praktiserer i

Norge med mindre prøven, undersøkelsen eller behandlingen er nødvendig i forbindelse med annen helsehjelp som mottas i et annet EØS-land. *Det er ikke et vilkår at rekvisisjon til laboratorieprøver- og undersøkelser er utstedt av helsepersonell som er tilknyttet den offentlige helse- og omsorgstjenesten.*