



LANDSLAGET FOR OFFENTLIGE PENSJONISTER

Helse og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Oslo 26 september 2014

Høringsnotat av 27.06.2014 fra Helse-ogomsorgsdepartementet: forslag til endringer i forskrift om stønad til helsetjenester i EØS-området

Forslaget til forskriftsendring er ment som en tilpasning til EØS-avtalens regler om fritt valg av tjenester innen EØS-området.

EU har vedtatt et eget pasientrettighetsdirektiv av 09.03.2011 som en venter vil bli implementert i EØS i løpet av 2014. På denne bakgrunn ble det vedtatt en del endringer i pasientrettighetsloven våren 2003, som så langt ikke har trådt i kraft. I følge notatet tar en sikte på ikrafttredelse i løpet av 2015. Forskriftsendringene i høringsnotatet baserer seg på de nye lovreglene og det nye pasientrettighetsdirektivet.

ESA har i brev av 14. mai 2014 gjennomgått de norske reglene for finansiering av utenlandsbehandling, og finner at disse ikke er i tråd med EØS-avtalens krav til fritt behandlingsvalg. En ber derfor om at de norske reglene endres. Departementet har svart på dette i brev til ESA av 15. august 2014. Her nekter en for at dagens regler er i strid med EØS-avtalen. Samtidig viser en bl.a. til høringsnotatet som en dokumentasjon av de regelendringene i det norske systemet som en tar sikte på å gjennomføre.

Postadresse: Stortingsgt 2, 0158 Oslo

Tlf: 22 42 22 55 Konto: 7878 05 54616 Org nr 979 388 306

E-post: post@lop.no

Internett adresse: www.lop.no



Pasientrettighetsdirektivets grunnprinsipp

Det er opp til det enkelte land å avgrense hvilke typer helsetjenester som vil være gjenstand for offentlig finansiering. Direktivets prinsipp er at når en behandlingstjeneste faller innenfor det som finansieres offentlig, skal denne finansieringen også gis når behandlingen skjer i et annet EØS-land. En kan bare kreve dekket tilsvarende av hva en hjemlig ytelse ville kostet. Reisekostnader etc. faller av den grunn utenfor finansieringsansvaret.

ESA har i sitt brev av 14. mai 2014 påpekt at en rekke av de praktiske bestemmelsene i det norske regelverket i dag bryter med et direktivet. Det vises til at en bare gir stønad til utenlandsbehandling etter at en har konstatert brudd på maksimalfristene for ventetid, også når en i forkant ser at fristene ikke vil bli overholdt. Det vises til at en nekter å betale for utenlandsbehandling dersom det finnes behandlingskompetanse innenlands, selv når denne ikke er tilgjengelig for pasienten. Her defineres tilgjengelig kompetanse generelt for større fagområder, slik at en anser at kompetanse foreligger selv om denne ikke er relevant for det spesielle tilfellet som angår den enkelte pasient. Endelig vises det til at når en etter en slik restriktiv vurdering godtar å dekke utenlandsbehandling, er det helsemyndighetene som bestemmer behandlingssted og ikke pasienten selv. Slike begrensninger ber om å få endret.

Forslagene til endringer i forskriften

Telemedisin

Det foreslås tatt inn i forskriften at telemedisin skal anses levert av tilbyder i leveringslandet selv om pasienten er i Norge. Dette er presisert i EØS-direktivet men har ikke vært eksplisitt omtalt i dagens regelverk. Vi anser dette som en klar forbedring.

Inkludering av sykehusbehandling

I dag har de norske forskriftene om utenlandsbehandling gjort eksplisitt unntak for sykehusbehandling. Det betyr at en ikke har rett til dette på samme måte som for øvrige helsetjenester. Dette unntaket foreslås nå fjernet, ut fra at sykehustjenester eksplisitt inngår i

Postadresse: Stortingsgt 2, 0158 Oslo

Tlf: 22 42 22 55 Konto: 7878 05 54616 Org nr 979 388 306

E-post: post@lop.no

Internett adresse: www.lop.no



EU/EØS-direktivet. Dette punktet ble også tatt opp ved behandlingen av lovendringen i 2013, hvor en mente at forskriften burde endres slik at også sykehustjenester ble dekket. Dette er en viktig utvidelse som vi støtter.

Avvikling av forhåndsgodkjenning

Dagens regler om forhåndsgodkjenning før en mottar helsetjenester fra andre EØS-land foreslås tatt ut. Dermed imøtekommer en et viktig punkt i ESAs brev av 14. mai 2014. Det vil nå bli adgang for den enkelte pasient til selv å velge behandlingsinstitusjon utenlands når en ellers faller innenfor de avgrensninger som gjelder for offentlig helsetjenestefinansiering.

Det vises til at det ved stortingsbehandlingen av lovendringene i 2013 ble gitt en fullmakt til departementet å utarbeide forskrift om forhåndsgodkjenning av utenlandsbehandling. Dette har en nå valgt ikke å gjøre, ut fra prinsippet om fritt behandlervalg. En forbeholder seg likevel retten til å innføre en slik forskrift senere omomfanget skulle bli så stort at dette blir påkrevet ut fra hensynet til å opprettholde en nasjonal behandlingskompetanse. Et slikt hensyn er nevnt i pasientrettighetsdirektivet som et legitimt hensyn for å innføre unntak fra den generelle reglen om fritt behandlervalg over landegrensene.

Vi ser den foreslåtte forskriftsendringen som en klar forbedring. Det vil ofte være pasientens kjennskap til og tillit til enkeltbehandlere som er bakgrunnen for ønsket om behandling utenfor hjemlandet. Det vil være uheldig om en ikke respekterer slike hensyn over landegrensene når en gjør dette som en selvfølgelighet innenlands.

Det framgår av høringsnotatet, og spesielt av departementets brev til ESA av 15. august 2014, at en dermed også unngår at pasienten må vente til ventelistefristen er utgått før en kan rekvirere utenlandsbehandling. Dette må anses som et viktig aspekt som vi bør respekteres selv om det ikke eksplisitt framgår av forskriften.

Forhåndstilsagn



For å unngå usikkerhet om hvorvidt en vil få dekket utgiftene i utlandet etter behandlingen foreslås det at en kan be om forhåndstilsagn om å få utgiftene dekket før behandlingen finner sted. Dette vil redusere den økonomiske risikoen for pasienten.

Vi synes dette er et fornuftig forslag. Vi er derfor kritiske til at en begrenser omfanget av denne rettigheten.

I forslaget er rettigheten begrenset til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det vil nok være av størst betydning her siden kostnadene normalt er høyere her enn for annen helsehjelp. Like fullt bør en kunne gi forhåndstilsagn også når dette bes om for andre helsetjenester, eventuelt at en slik rett begrenses til pasienter med lav inntekt sett i forhold til behandlingstkostnaden.

Andre hensyn

Et viktig punkt i ESAs brev er at de norske reglene krever at behandlingsbehovet skal aksepteres av den norske spesialisthelsetjenesten før en får dekket utgiftene til spesialistbehandling utenlands. Det vises til at klagenemnda systematisk avviser klager over avslag på utenlandsbehandling dersom det finnes behandlingskompetanse innenlands, selv når denne ikke er tilgjengelig for pasienten. Det tas heller ikke hensyn til om pasienten trenger en mer spesialisert kompetanse rettet inn mot sitt eget problem, som ikke alltid finnes hos de norske fagekspertene.

Departementet avviser dette blankt i sitt brev til ESA av 15. august 2014. Det vedlegges et par uttalelser fra klagenemnda hvor nemnda, etter å ha påpekt at kriteriet for aksept er at det ikke skal være kompetanse i Norge og at tilgjengelighet ikke er et kriterium, likevel viser til at det i de 3-4 aktuelle sakene faktisk har vært tilgjengelig kompetanse for den aktuelle pasient. Dette endrer intet på ESAs anførsler. Det finnes rikelig med avslag fra klagenemnda i tilfeller hvor det er dokumentert at den antatte innenlandske kompetanse ikke er tilgjengelig. ESA har konkrete henvisninger til en rekke av disse avslagene, og pasientforeningene i Norge kjenner til en lang rekke tilsvarende tilfeller.

Skal en få bukt med dette må regelverket endres. Det må kreves at det foreligger tilgjengelig kompetanse med spesialkunnskap egnet for pasienten før en kan avslå utenlandsbehandling.



Det holder ikke med faktafornektende påstander fra departementets side om at dette i dag ikke er noe problem.

En burde avgjort ha benyttet anledningen i denne runden til å få endret regelverket slik at ESAs innvendinger imøtekommes.

Et tilhørende aspekt er når det norske synet på hva en kan anbefale av behandling avviker fra internasjonal konsensus. Flere av de eksemplene ESA nevner er i en slik kategori. I et lite land som bestreber seg på å ha fagkompetanse i nær sagt alle disipliner vil det norske fagmiljøet lett bli magert på flere områder. Da kan en fort komme dit at det en ikke behersker blir ansett som uinteressant.

Dette gjelder bl.a. på kjevekirurgiens område. Det er internasjonal konsensus om at replassering av forskutte leddskiver er en egnet behandlingsform når andre ikke-kirurgiske teknikker ikke fører til bedring hos pasienten. I Norge anerkjennes ikke dette. En viser til negative erfaringer fra 1980-tallet, hvor teknikken var langt mer primitiv enn det som nå tilbys internasjonalt. Avvisningen begrunnes med at en replassering da vil medføre tilbakefall etter inngrepet, noe som er et ikke-problem ved de institusjoner som i dag gir slik behandling utenlands (bl.a. ved Massachusetts General Hospital og flere institusjoner i EØS-området).

Det er viktig at en ikke benytter manglende hjemlig nisjekompetanse som begrunnelse for å avvise utenlandsbehandling under dekke av at det som gjøres utenlands ikke skal kunne anbefales. Da får en heller innse at det finnes fagnisjer hvor en nasjonalt ikke har opparbeidet nok kunnskap innen feltet, og akseptere en internasjonal arbeidsdeling på slike områder.

En grei løsning burde være å akseptere utenlandsbehandling der en i behandlingslandet anser behandlingen som støtteberettiget av de nasjonale helsemyndighetene.

Med hilsen

Isak Rosenvold

Styreleder

Karin S Woldseth

Daglig leder