

Høringsnotat

Høringsnotat med forslag til endringer i forskrift 22. november 2010 nr 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land (gjennomføring av pasientrettighetsdirektivet)

Utsendt: 27. juni 2014

Høringsfrist: 1. oktober 2014

1	Innledning.....	4
2	Pasientrettighetsdirektivet	5
2.1	Innledning	5
2.2	Direktivets formål og virkeområde	5
2.3	Kontaktpunkt.....	6
2.4	Behandlingslandets ansvar	7
2.5	Trygdelandets ansvar	8
2.6	Forhåndsgodkjenning.....	8
3	Andre ordninger for dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet	9
3.1	Forordning (EF) nr. 883/2004.....	9
3.2	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde ledd.....	11
3.3	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b femte ledd	12
4	Forslag til endringer.....	12
4.1	Virkeområdet	12
4.1.1	Innledning.....	12
4.1.2	Pasientrettighetsdirektivet	13
4.1.3	Gjeldende bestemmelse.....	13
4.1.4	Departementets vurdering og forslag	13
4.2	Utvidelse av retten til refusjon	13
4.2.1	Innledning.....	13
4.2.2	Pasientrettighetsdirektivet	14
4.2.3	Gjeldende bestemmelse.....	14
4.2.4	Departementets vurdering og forslag	15
4.3	Forhåndsgodkjenning.....	16
4.3.1	Innledning.....	16
4.3.2	Departementets vurderinger og forslag	17
4.4	Forhåndstilsagn	19
4.4.1	Innledning.....	19
4.4.2	Departementets vurderinger og forslag	19
4.5	Fastsettelse av refusjonsbeløp.....	20
4.5.1	Pasientrettighetsdirektivet	20

4.5.2	Gjeldende bestemmelse.....	20
4.5.3	Departementets vurderinger og forslag	21
4.6	Saksbehandling og frister.....	21
4.7	Opphevelse av overgangsordning - ikraftreden	22
5	Økonomiske og administrative konsekvenser	23
6	Utkast til endring i forskrift 22. november 2010 nr 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land	25

1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår endringer i forskrift 22. november 2010 nr 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land (heretter forskrift om stønad til helsetjenester i EØS).

Forskriften gir rett til å få refundert utgifter ved helsehjelp som er mottatt i annet EØS-land. Hovedvilkåret er at pasienten ville ha fått stønad eller bidrag til helsehjelpen etter folketrygdloven eller fått bekostet helsehjelpen i den offentlige helsetjenesten dersom den aktuelle helsehjelpen var mottatt i Norge. Videre gjelder de samme vilkårene for refusjon som for å få dekket tilsvarende helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge.

Utgifter til undersøkelse og behandling som innebærer overnatting eller som forutsetter ressurser, utstyr eller kompetanse som normalt forbindes med sykehusbehandling (heretter sykehusbehandling) er særskilt unntatt og refunderes ikke etter forskriften. Forslaget i høringsnotatet utvider dagens refusjonsordning til også å omfatte sykehusbehandling. Adgangen til å få refundert utgifter til sykehusbehandling i annet EØS-land vil gi pasienter økt valgfrihet med hensyn til om de vil motta slik helsehjelp i Norge eller i andre EØS-land.

Endringene er et ledd i gjennomføring av direktiv 2011/24/EU om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene (heretter pasientrettighetsdirektivet). Direktivet forventes å bli innlemmet i EØS-avtalen i løpet av 2014. Norge vil ta forbehold om at Stortinget samtykker i innlemmelsen av direktivet i EØS-avtalen, jf. Grunnloven § 26 andre ledd.

Ved lov 21. juni 2013 om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.) ble det vedtatt nødvendige lovendringer for å gjennomføre direktivet i norsk rett. Stortinget sluttet seg til å utvide dagens refusjonsordning hjemlet i folketrygdloven § 5-24a til å omfatte refusjon av utgifter til sykehusbehandling. Videre ble det vedtatt en hjemmel til å kunne stille krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til slik helsehjelp.

Departementet foreslår ikke å stille krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling, jf. pkt 4.3. Et krav om forhåndsgodkjenning innebærer en begrensning i pasienters valgfrihet og vil være ressurskrevende å administrere.

Erfaringstall fra Sverige viser at det kun er et begrenset antall pasienter som velger å reise ut. Norge har også erfaring med at pasienter i liten grad benytter adgangen til fritt å velge sykehus. Departementet mener det er uhensiktsmessig å etablere en slik ordning for det antatt lave antallet pasienter som vil reise ut, men vil følge utviklingen over tid. Dersom det oppstår store pasientstrømmer til andre EØS-land som fører til at det blir vanskelig å opprettholde et godt helsetilbud i Norge, vil departementet på nytt vurdere behovet for å innføre forhåndsgodkjenning.

Departementet foreslår at pasienter som er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven skal kunne kreve forhåndstilsagn, jf. utkast til ny § 10 a i forskriften. Forhåndstilsagnet skal avklare om pasienten har krav på stønad til slik helsehjelp som pasienten ønsker å motta i et annet

EØS-land. Videre skal forhåndstilsagnet fastsette det høyeste beløpet pasienten vil kunne få utbetalt.

Departementet foreslår at det i forskriften § 1 om virkeområde tas inn en bestemmelse om hvor helsetjenesten antas mottatt ved bruk av telemedisin, jf. pkt 4.1. Forslaget er i samsvar med definisjonen av behandlingsmedlemsstat i pasientrettighetsdirektivet artikkel 3 bokstav d.

Etter pasientrettighetsdirektivet skal behandlingslandet sørge for at helsetjenesteytere leverer klare fakturaer og klare opplysninger om priser på helsehjelpen som ytes. Som del av oppfølgingen av dette, vedtok Stortinget en endring i spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 første ledd om at helseinstitusjonen eller tjenesteyteren skal sørge for at pasienten mottar spesifisert regning som viser hvilke ytelser pasienten har mottatt, og hvilken pris som er beregnet for ytelsene. Videre ble det vedtatt en hjemmel for departementet til å gi forskrift om beregning av behandlings- og forpleiningsutgifter for helsehjelp som mottas i Norge av pasienter fra andre EØS-land.

Det følger av pasientrettighetsdirektivet at medlemslandene skal sikre at tjenesteyterne bruker den samme prisskalaen for pasienter fra andre EØS-land som for egne pasienter. I de tilfeller det ikke finnes relevante priser for landets egne pasienter, skal prisen være utregnet etter objektive ikke-diskriminerende kriterier. Departementet legger til grunn at dagens praksis med prissetting i helseforetakene er i samsvar med kravene i direktivet. Departementet mener det derfor ikke er nødvendig å gi bestemmelser om beregning av behandlings- og forpleiningsutgifter for pasienter fra andre EØS-land som mottar helsehjelp i Norge. Departementet vil følge med på hvordan praksisen med prisfastsetting utvikler seg og vil i den forbindelse vurdere behovet for fremtidig forskriftsregulering.

2 Pasientrettighetsdirektivet

2.1 Innledning

Pasientrettighetsdirektivet ble vedtatt 9. mars 2011. EU-landene fikk frist til 25. oktober 2013 med å gjennomføre direktivet i nasjonal rett. Direktivet anses som EØS-relevant og er klarert av EFTA-landene. For at direktivet skal få virkning for Norge, må det innlemmes i EØS-avtalen. Innlemmelse i EØS-avtalen forventes å skje i løpet av 2014.

2.2 Direktivets formål og virkeområde

Det fremgår av direktivets fortale (10) og artikkel 1 at formålet med direktivet er å fastsette bestemmelser som gjør det lettere å sikre helsetjenester av høy kvalitet over landegrensene og fremme et samarbeid om helsetjenester mellom medlemslandene. Med helsetjenester over landegrensene menes helsetjenester som leveres eller er foreskrevet i et annet medlemsland enn trygdelandet. Direktivet har også til formål å klargjøre forholdet til forordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering av trygdeordninger.

Direktivet kommer til anvendelse uansett hvordan helsetjenesten organiseres, ytes og finansieres. Det er opp til det enkelte medlemsland å bestemme hvordan helsetjenesten i eget land skal organiseres og finansieres, jf. TEUV (traktaten om den europeiske unions virkemåte) artikkel 168. Det fremgår av pasientrettighetsdirektivets artikkel 1 nr. 4 at direktivet ikke skal berøre medlemslandenes regler vedrørende organiseringen og finansieringen av helsehjelp dersom disse ikke gjelder grenseoverskridende helsetjenester.

Direktivet er begrenset til grenseoverskridende helsehjelp. Dette innebærer at direktivet ikke gir rett til å få refusjon av utgifter til helsehjelp som ytes i trygdlandet utover det som følger av nasjonalt regelverk. Med andre ord gir ikke direktivet norske pasienter sterkere rettigheter til å få dekket utgifter til helsehjelp mottatt av private tjenesteytere i Norge.

Unntatt fra direktivet er også ytelser knyttet til langtidspleie som har til formål å støtte personer som trenger hjelp til rutinemessige og dagligdagse oppgaver. Fortalen utdyper at direktivet ikke kommer til anvendelse på langvarige pleie- og omsorgstjenester som anses nødvendige for at den personen som trenger pleien kan leve et så fullstendig og uavhengig liv som mulig. Direktivet omfatter dermed ikke langtidspleieytelser som ytes av hjemmehjelpstjenesten, i omsorgsboliger, i sykehjem eller andre institusjoner for eldre.

Videre er tildeling av og adgang til organer med henblikk på transplantasjoner unntatt.

Direktivet unntar også offentlige vaksinasjonsprogrammer mot smittsomme sykdommer som utelukkende er rettet mot å beskytte helsen hos befolkningen på medlemslandets eget område og som er underlagt særskilte planleggings- og gjennomføringstiltak.

2.3 Kontaktpunkt

Medlemslandene skal etablere et eller flere nasjonale kontaktpunkt som skal gi informasjon til pasienter. Kontaktpunktet skal bistå med informasjon dels til pasienter som bor i landet og dels til pasienter i andre land som ønsker informasjon om helsetjenesten i det aktuelle landet.

For pasienter fra eget land som ønsker behandling utført i et annet medlemsland, skal kontaktpunktet gi informasjon om vilkårene for refusjon av utgifter. Videre skal pasienten orienteres om saksgangen, klageordninger eller rettsmidler dersom rettighetene ikke innfris. Etter anmodning skal pasienter få kontaktopplysninger for de nasjonale kontaktpunktene i andre medlemsland.

Kontaktpunktet i behandlingslandet skal gi pasientene etter anmodning relevant informasjon om tjenesteytere, blant annet informasjon om den enkelte tjenesteyters rett til å yte helsetjenester og om eventuelle begrensninger i deres praksis. Kontaktpunktet skal også gi informasjon om standarder og retningslinjer for kvalitet og sikkerhet som gjelder i landet, herunder bestemmelser om tilsyn og vurdering av tjenesteytere og om hvilke tjenesteytere som er underlagt retningslinjene eller standardene for helsetjenesten. Videre skal kontaktpunktet kunne opplyse om tilrettelegging for funksjonshemmede i sykehus. Kontaktpunktene skal dessuten informere om pasientrettigheter, klageordninger,

erstatningsordninger for pasientskader og muligheter for bruk av rettsmidler ved pasientskade.

I Norge skal Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) være kontaktpunkt.

2.4 Behandlingslandets ansvar

I artikkel 4 gis det bestemmelser om det behandelende medlemslands ansvar ved helsetjenester over landegrensene. Behandlingslandet skal sørge for at helsetjenestene ytes i overensstemmelse med lovgivningen i eget land, i samsvar med de standarder og retningslinjer for kvalitet og sikkerhet som er fastsatt av behandlingslandet og EU-lovgivningen om sikkerhetsstandarder.

Videre skal behandlingslandet sikre at det nasjonale kontaktpunktet gir pasienter relevant informasjon, se nærmere om dette i pkt 2.3.

Behandlingslandet skal også sikre at tjenesteytere stiller relevant informasjon til rådighet for de enkelte pasientene, slik at pasientene kan foreta et informert valg med hensyn til helsetjenester. Informasjonen skal blant annet omfatte behandlingsalternativer, tilgjengeligheten til og kvaliteten på og sikkerheten ved de helsetjenestene som tjenesteyteren leverer. Likeså må behandlingslandet sikre at tjenesteyterne leverer klare fakturaer og klare opplysninger om priser. Tjenesteytere må dessuten stille til rådighet opplysninger om godkjennings- eller autorisasjonsstatus og deres forsikringsdekning eller andre tiltak for personlig eller kollektiv beskyttelse når det gjelder yrkesansvar. Dersom den nevnte informasjonen allerede er gjort generelt tilgjengelig for pasientene i behandlingslandet, stiller ikke direktivet krav til ytterligere informasjon.

Behandlingslandet er videre forpliktet til å sørge for klageordninger og ordninger som gjør det mulig for pasientene å få behandlet krav for skader oppstått ved behandling de har mottatt i behandlingslandet. Videre skal det foreligge forsikring eller garantier eller lignende ordninger for behandlinger som utføres i behandlingslandet.

Behandlingslandet må videre sørge for at personvernet og taushetsplikten ivaretas i overensstemmelse med det nasjonale regelverket. Det er en forutsetning at regelverket ivaretar EU-bestemmelser om beskyttelse av personopplysninger.

Pasienter skal videre sikres skriftlig eller elektronisk pasientjournal for den behandlingen de har mottatt og adgangen til en utskrift av journalen.

Prinsippet om ikke-diskriminering med hensyn til nasjonalitet gjelder for pasienter fra andre medlemsland. Behandlingslandet har imidlertid mulighet til å begrense pasientflyten inn i landet, dersom tvingende allmenne hensyn gjør seg gjeldende.

Behandlingslandet må også sikre at det ikke skjer forskjellsbehandling med hensyn til priser for pasienter fra andre medlemsland. I de tilfeller det ikke finnes noen tilsvarende pris for innenlandske pasienter, skal prisene beregnes etter objektive og ikke-diskriminerende kriterier.

2.5 Trygdelandets ansvar

Trygdelandet er det landet der pasienten er medlem i trygden eller det landet som pasienten har rett til ytelser fra. Trygdelandet skal sikre at utgiftene ved behandling i annet medlemsland refunderes i samsvar med reglene i direktivet. Etter direktivet har pasienten rett til å få refundert utgifter til helsetjenester, dersom pasienten har rett til å få dekket de aktuelle helsetjenestene i trygdelandet. Refusjonen er begrenset til det beløpet tilsvarende helsetjeneste ville belastet det offentlige med dersom helsetjenesten var mottatt i trygdelandet. Det skal ikke ytes refusjon utover det beløpet helsetjenesten rent faktisk kostet.

Trygdelandet kan stille vilkår om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter i særskilte tilfeller, se pkt 2.6. Som det fremgår under i pkt 4.3.2, vil departementet ikke foreslå å stille krav om forhåndsgodkjenning.

Pasienten har ikke krav på å få dekket reise og oppholdsutgifter etter direktivet. Medlemslandene kan selv bestemme om de vil dekke slike utgifter.

Trygdelandet skal videre sørge for at det finnes ordninger slik at pasienter etter forespørsel kan få informasjon om sine rettigheter med hensyn til refusjon av utgifter til helsetjenester mottatt i et annet medlemsland. Slik informasjon omfatter vilkår og betingelser for å motta refusjon, saksgang, klageadgang og muligheten for å prøve spørsmålet i retten dersom pasienten mener at rettighetene knyttet til grenseoverskridende helsetjenester ikke er oppfylt.

Trygdelandet skal også sørge for at pasient som har fått helsetjenester i annet medlemsland mottar medisinsk oppfølging på samme betingelser som om helsetjenesten var blitt gitt i trygdelandet.

Pasienter som ønsker å motta eller mottar grenseoverskridende helsetjenester skal sikres tilgang til eller få utlevert en kopi av egen pasientjournal i trygdelandet.

2.6 Forhåndsgodkjenning

I pasientrettighetsdirektivet artikkel 8 nr. 2 er det gitt kriterier for hvilken helsehjelp som det kan kreves forhåndsgodkjenning for. Etter artikkel 8 nr. 2 bokstav a kan det kreves forhåndsgodkjenning for helsetjenester som krever planlegging for å sikre at det i det aktuelle landet foreligger et tilstrekkelig, varig og balansert tilbud av behandling av høy kvalitet, eller å styre omkostningene og unngå dårlig utnyttelse av økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser. I tillegg kreves det at helsetjenesten enten innebærer sykehusinnleggelse over natten eller bruk av høyt spesialisert og kostnadskrevenende medisinsk infrastruktur eller medisinsk utstyr.

Videre følger det av artikkel 8 nr. 2 bokstav b, at det også kan kreves forhåndsgodkjenning for helsetjenester som innebærer behandlinger som utgjør en særlig risiko for pasienter eller befolkningen. Dette kan tenkes å være aktuelt hvor pasienten er i et behandlingsforløp som må ses under ett og hvor det ikke vil være forsvarlig at deler av behandlingsforløpet skilles ut og gjennomføres i et annet land.

Artikkel 8 nr. 2 bokstav c åpner for at det kan kreves forhåndsgodkjenning der det er forhold ved tjenesteyter som kan gi anledning til alvorlig og særlig bekymring vedrørende helsehjelpens kvalitet og sikkerhet.

Et krav om forhåndsgodkjenning er en restriksjon i den frie bevegligheten av tjenester og må således være begrenset til det som anses nødvendig og rimelig for å unngå de uheldige konsekvensene, og må ikke føre til vilkårlig forskjellsbehandling.

Trygdelandet er som hovedregel forpliktet til å gi forhåndsgodkjenning i de tilfellene pasienten har krav på å få dekket den aktuelle helsehjelpen i trygdelandet og helsehjelpen ikke kan tilbys pasienten innen en tidsfrist som er medisinsk forsvarlig. Avgjørelsen av hva som er en medisinsk forsvarlig tidsfrist, skal tas på bakgrunn av en medisinsk vurdering av pasientens helsetilstand, pasientens sykdom og den forventede utviklingen av den, graden av pasientens smerte og/eller omfanget av pasientens funksjonsnedsettelse på det tidspunkt da søknad om forhåndsgodkjenning ble levert, jf. artikkel 8 nr. 5 i direktivet.

I artikkel 8 nr. 6 er det stilt opp enkelte unntak ut fra hensyn som også fremgår i artikkel 8 nr. 2. Etter artikkel 8 nr. 6 bokstav a kan trygdelandet nekte pasienten forhåndsgodkjenning dersom pasienten etter en medisinsk vurdering vil bli utsatt for en risiko som ikke kan anses akseptabel i forhold til den nytte pasienten vil ha av å motta den aktuelle helsehjelpen. Et eksempel på dette kan være at pasienten av medisinsk faglige hensyn ikke burde reise.

Etter artikkel 8 nr. 6 bokstav b kan forhåndsgodkjenning avslås dersom befolkningen med rimelig sikkerhet vil bli utsatt for en vesentlig sikkerhetsrisiko som følge av den grenseoverskridende helsehjelpen. Dette kan for eksempel være utbrudd av en farlig smittsom sykdom ved den aktuelle helseinstitusjonen.

Videre følger det av artikkel 8 nr. 6 bokstav c at forhåndsgodkjenning også kan avslås dersom det foreligger alvorlig og særlig bekymring vedrørende kvaliteten og pasientsikkerheten ved helsehjelpen som ytes av den aktuelle tjenesteyteren. Et eksempel på dette kan være at tjenesteyter ikke innehar nødvendig kompetanse til å yte den aktuelle helsehjelpen.

Som nevnt under i pkt 4.3.2 vil departementet ikke foreslå å stille krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling.

3 Andre ordninger for dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet

3.1 Forordning (EF) nr. 883/2004

Europaparlaments- og rådsforordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering av trygdeordninger ble vedtatt 29. april 2004 (heretter forordning (EF) nr. 883/2004). Forordningen er inkorporert i norsk rett ved forskrift av 22. juni 2012. Hovedformålet med forordningen er å gjøre det enklere for personer å bevege seg over landegrensene i EU ved å sikre trygderettighetene deres.

Forordning (EF) nr. 883/2004 inneholder bestemmelser som har til formål å koordinere medlemslandenes trygdeordninger slik at personer som flytter fra et land til et annet kan beholde de rettigheter som de har opptjent (pensjonsrettigheter m.v.) og gis adgang til trygdeordninger i tilflyttingslandet. Naturalytelser ved sykdom, graviditet og fødsel er koordinert på en slik måte at de som hovedregel kun skal gis i bostedslandet.

Forordningen gir pasienter rett til å få dekket utgifter til helsehjelp mottatt i andre EØS-land. Forordningen gir i likhet med pasientrettighetsdirektivet rett til å få dekket utgifter til både helsehjelp som er nødvendig under midlertidig opphold og planlagt helsehjelp. Det er dermed to ulike systemer som pasienten kan velge mellom for å få dekket utgifter til helsehjelp i andre EØS-land. Nedenfor er vilkårene etter forordningen nærmere skissert.

Rett til naturalytelser ved bosetting i et annet EØS-land

Det følger av forordning (EF) nr. 883/2004 at arbeidstakere som hovedregel er medlem i arbeidslandets trygdeordning. Personer som er bosatt i et annet EØS-land enn trygdlandet (for eksempel personer som arbeider i ett land, men bor i et annet), har som hovedregel rett til naturalytelser i bostedslandet. Utgiftene dekkes etter lovgivningen i bostedslandet, i prinsippet for trygdlandets regning. Retten til helsetjenester dokumenteres med gyldig dokumentasjon som utstedes av trygdlandet.

Rett til naturalytelser under midlertidig opphold i et annet EØS-land

Forordning (EF) nr. 883/2004 artikkel 19 nr. 1 gir rett til helsehjelp som blir nødvendig under midlertidig opphold i et annet EØS-land enn trygdlandet. Etter norske regler regnes midlertidig opphold som opphold på inntil ett års varighet. Dette er typisk kortere tjenestereiser og ferier. Varer oppholdet i utlandet utover dette, regnes ikke vedkommende lenger som bosatt i Norge.

Retten til helsetjenester omfatter de ytelser som fra et medisinsk synspunkt måtte bli nødvendige under oppholdet, sett ut fra ytelsens art og oppholdets varighet. Dette gjelder således også helsehjelp utover øyeblikkelig hjelp.

Retten etter artikkel 19 nr. 1 omfatter som hovedregel ikke planlagt behandling. Visse typer løpende behandling, som for eksempel dialyse- og oksygenbehandling, anses som nødvendige ytelser og kan mottas på de vilkår som gjelder i oppholdslandet dersom oppholdets varighet og pasientens tilstand tilsier det. Det er et krav at behandlingen gis som ledd i en allerede regelmessig fortløpende behandling og at hensikten med reisen ikke er å oppnå slik behandling i oppholdslandet. Etter artikkel 19 nr. 2 nødvendiggjør slik behandling en forhåndsavtale mellom den berørte personen og behandlingsinstitusjonen.

Pasienter kan i henhold til forordning (EF) nr. 883/2004 også få dekket utgifter til legemidler kjøpt under midlertidig opphold i andre EØS-land.

Retten til helsehjelp under midlertidig opphold dokumenteres ved Europeisk helsetrygdkort (EHIC).

Utgiftene til naturalytelser dekkes etter de regler og satser som gjelder i det land der vedkommende oppholder seg og mottar helsehjelpen. Pasienten betaler egenandel på lik linje

med oppholdslandets egne innbyggere. Behandling hos privat helsepersonell eller i privat sykehus dekkes bare i den utstrekning myndighetene i oppholdslandet betaler for slik behandling.

Reise til et annet EØS-land i den hensikt å motta helsehjelp der

Pasient som ønsker å reise til et annet EØS-land i den hensikt å motta (planlagt) helsehjelp der, kan søke myndighetene i trygdemedlemslandet eller bostedslandet om forhåndsgodkjenning, jf. artikkel 20 nr. 1 i forordningen. Det er myndighetene i trygdemedlemslandet som behandler søknaden om forhåndsgodkjenning.

I følge forordningen artikkel 20 nr. 2 kan forhåndsgodkjenning ikke nektes dersom den aktuelle helsehjelpen er blant de tjenester som vanligvis ytes i bostedslandet, og helsehjelpen ikke kan gis innen en medisinsk forsvarlig ventetid for den aktuelle helsehjelpen. Det skal tas hensyn til vedkommendes aktuelle helsetilstand og sykdommens mulige utvikling. Det skal foretas en konkret vurdering av den enkelte søker i forhold til hva som er å anse som forsvarlig ventetid for helsehjelpen. En objektiv medisinsk vurdering av vedkommendes behov for helsehjelp skal ligge til grunn for vurderingen. Det er i slike tilfeller en forutsetning at pasienten har krav på den aktuelle helsehjelpen etter lovgivningen i trygdemedlemslandet.

I Norge behandles søknad om slik forhåndsgodkjenning av HELFO. Dersom pasienten får innvilget forhåndsgodkjenning, utsteder HELFO dokumentet S2 (blankett E 112) og pasienten kan motta helsehjelpen i et annet EØS-land på de vilkår som gjelder etter behandlingslandets lovgivning. Pasienten betaler en eventuell egenandel i samsvar med lovgivningen i behandlingslandet. Oppgjøret for øvrig finner sted mellom behandlingslandet og trygdelandet.

3.2 Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde ledd

Det følger av gjeldende pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det er en forutsetning for rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp at pasienten har forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Det følger videre av prioriteringsforskriften § 2 at pasienten må ha et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes. Pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp skal få fastsatt en frist for når faglig forsvarlighet krever at pasienten senest skal få helsehjelpen.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 at pasient som henvises til sykehus, spesialistpoliklinikk eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, skal vurderes innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Det er en forutsetning av institusjonen eies eller har avtale med et regionalt helseforetak.

Det skal vurderes om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Utfallet av denne vurderingen er enten at pasienten har rett til helsehjelp etter § 2-1 b andre ledd, har behov for spesialisthelsetjeneste, men ikke tildeles en rett etter pasient- og brukerrettighetsloven eller at pasienten ikke har behov for spesialisthelsetjenester. Dersom pasienten vurderes å

ha en rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp skal pasienten få informasjon om når behandlingen kan forventes å bli gitt.

Mottar ikke pasienten helsehjelpen innen den fastsatte fristen, vil han ha rett til helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller i utlandet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde ledd.

Ved fristbrudd kan pasienten henvende seg til HELFO Pasientformidling som skal sørge for at pasienten får et tilbud om helsehjelp så raskt som mulig. Behandlingstilbud kan gis i offentlig eller privat spesialisthelsetjeneste i Norge eller utlandet. Pasienten kan ikke fritt velge tjenesteyter, jf. prioriteringsforskriften § 6.

Vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 b og 2-2

Det er vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 b og 2-2 som på nåværende tidspunkt ikke har trådt ikraft. Etter de vedtatte endringene i § 2-1 b vil alle pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste ha rett til helsehjelp. Det skal fastsettes en frist for når pasienten senest skal få helsehjelpen.

Etter de vedtatte endringene i § 2-2 skal pasienten innen 10 virkedager få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp, jf. § 2-1 b andre ledd og i så fall informeres om tidspunkt for nå utredningen skal settes i gang. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan overholde fristen etter § 2-1 b, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO.

Det tas sikte på at de vedtatte endringene trer i kraft i løpet av 2015.

3.3 Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b femte ledd

Pasient som har rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b, men som ikke kan få den nødvendige helsehjelpen i Norge fordi det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud her, har rett til å få helsehjelpen fra tjenesteyter i utlandet innen den fastsatte fristen, jf. § 2-1 femte ledd. Slik helsehjelp organiseres vanligvis av helsetjenesten, selv om dette ikke er et vilkår for dekning av utgiftene. I de tilfellene det foreligger et forsvarlig og anerkjent behandlingstilbud i Norge vil ikke pasienten etter denne bestemmelsen ha rett til helsehjelp i utlandet.

4 Forslag til endringer

4.1 Virkeområdet

4.1.1 Innledning

Pasientrettighetsdirektivet har i definisjonen av behandlingsmedlemsstat regulert hvor helsehjelpen skal anses levert ved bruk av telemedisin. Dette er ikke regulert i dagens forskrift om stønad til helsetjenester i EØS. HELFO har tatt opp med departementet at dette spørsmålet ikke er avklart i dagens forskrift.

Spørsmålet om hvor helsehjelpen må anses mottatt har betydning for om utgiftene til helsehjelpen vil omfattes av refusjonsordningen eller ikke. Videre vil dette ha betydning for hvilket lands regelsett som gjelder for ytelsen av helsehjelp. Etter pasientrettighetsdirektivet artikkel 4 ytes helsehjelpen i samsvar med behandlingslandets lovgivning og behandlingslandets standarder eller retningslinjer for kvalitet og sikkerhet. Ved skade som følge av ytelsen vil det videre være klagereglene og erstatningsreglene i behandlingslandet som gjelder.

4.1.2 Pasientrettighetsdirektivet

I pasientrettighetsdirektivet artikkel 3 bokstav d er det gitt en definisjon av behandlingsmedlemsstat. I definisjonen fremgår det at ved bruk av telemedisin anses helsehjelpen levert i den medlemsstaten tjenesteyteren er etablert.

4.1.3 Gjeldende bestemmelse

Etter forskrift om stønad til helsetjenester i EØS § 1 gjelder forskriften stønad til dekning av utgifter til helsehjelp mottatt i et annet land innen EØS. Det er ikke regulert hvor helsehjelpen skal anses mottatt ved bruk av telemedisin. Dette spørsmålet er heller ikke omtalt nærmere i merknaden til bestemmelsen.

4.1.4 Departementets vurdering og forslag

Pasientrettighetsdirektivet har i definisjonen av ”behandlingsmedlemstat” avklart spørsmålet om hvor behandlingen anses levert ved bruk av telemedisin. Etter departementets vurdering er det hensiktsmessig at det i forskrift om stønad til helsetjenester i EØS også foretas en avklaring av hvor helsehjelpen etter forskriften skal anses mottatt, i de tilfellene tjenesteyteren ikke befinner seg i samme land som pasienten.

Departementet foreslår derfor et nytt andre ledd i bestemmelsen om forskriftens virkeområde. Det foreslås at helsehjelpen skal anses mottatt i det landet der tjenesteyteren er etablert.

4.2 Utvidelse av retten til refusjon

4.2.1 Innledning

Pasientrettighetsdirektivet gir pasienter på enkelte vilkår rett til refusjon av utgifter til sykehusbehandling. Etter forskrift om stønad til helsetjenester i EØS § 3 første ledd bokstav d ytes stønad til dekning av utgifter til helsehjelp som tilsvarer helsetjenester som ytes helt eller delvis vederlagsfritt etter spesialisthelsetjenesteloven. Forskriften § 3 andre ledd gjør unntak for refusjon av utgifter til sykehusbehandling. Departementet foreslår å fjerne unntaket i § 3 andre ledd.

Departementet vurderte i Prop. 118 L (2012-2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.) (heretter Prop 118L) at bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b

fjerde og femte ledd ikke fullt ut ivaretar pasienters rett til refusjon av utgifter til sykehusbehandling etter pasientrettighetsdirektivet. Det ble derfor foreslått at adgangen til refusjon i nevnte forskrift skulle utvides til også å omfatte utgifter til slik behandling.

4.2.2 Pasientrettighetsdirektivet

Pasientrettighetsdirektivet gjelder helsetjenester over landegrensene. Med helsetjenester over landegrensene menes helsetjenester som leveres eller er ordinert i et annet medlemsland enn trygdlandet. Helsetjenester er i artikkel 3 bokstav a definert som tjenester som leveres av helsepersonell til pasienter for å vurdere, bevare eller gjenopprette deres helsetilstand, herunder ordinering, utlevering og levering av legemidler og medisinsk utstyr.

Direktivet kommer til anvendelse uansett hvordan helsetjenesten organiseres, ytes og finansieres.

Ytelser knyttet til langtidspleie, tildelingen av og adgangen til organer med henblikk på organtransplantasjoner og offentlige vaksinasjonsprogrammer mot smittsomme sykdommer er særskilt unntatt.

Det følger av pasientrettighetsdirektivets artikkel 7 nr. 1 at trygdlandet i utgangspunktet plikter å refundere utgiftene til helsetjenester over landegrensene hvis pasienten har rett til vedkommende helsetjenester i trygdlandet.

Trygdlandet er forpliktet, jf. artikkel 7 nr. 4, til å refundere utgiftene opp til det beløpet helsehjelpen ville ha kostet i trygdlandet. Det foreligger ingen plikt til å refundere beløp som overstiger pasientens faktiske utgifter til slik helsehjelp. Når det gjelder refusjon av utgifter til sykehusbehandling, foreligger det en adgang til å stille krav om forhåndsgodkjenning.

Se også nærmere presentasjon av pasientrettighetsdirektivet i pkt 2.

4.2.3 Gjeldende bestemmelse

Etter forskrift om stønad til helsetjenester i EØS ytes stønad til utgifter ved helsehjelp som tilsvarer helsetjenester som dekkes etter folketrygdloven § 5-4 til § 5-12, § 5-14 og § 5-25. Refusjonsordningen omfatter følgende helsetjenester og varer:

- legehjelp fra lege med fastlegeavtale eller avtale om driftstilskudd (§ 5-4),
- legehjelp på kommunal legevakt eller som gjelder øyeblikkelig hjelp (§5-4),
- prøver og undersøkelser ved laboratorier og radiologiske undersøkelser og behandling (§ 5-5),
- tannlegehjelp ved sykdom (§ 5-6),
- psykologihjelp (§ 5-7),
- fysioterapi (§ 5-8),
- behandling hos kiropraktor (§ 5-9),
- behandling for språk- og taledefekter hos logoped og audiopedagog (§ 5-10),

- behandling hos ortoptist (§ 5-10a),
- jordmorhjelp (§ 5-12) og
- viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr (§ 5-14).

Videre gis det bidrag til hormonelle prevensjonsmidler og legemidler i forbindelse med infertilitetsbehandling som dekkes etter folketrygdløven § 5-22.

I tillegg ytes det stønad til helsetjenester som dekkes helt eller delvis etter tannhelsetjenesteløven § 1-3 første ledd bokstav a til d, jf. § 2-2.

Dessuten dekkes utgifter til spesialisthelsetjenester som ytes helt eller delvis vederlagsfritt etter spesialisthelsetjenesteløven.

Unntatt fra dette er utgifter til helsehjelp som innebærer overnatting i behandlingsinstitusjon eller til undersøkelse eller behandling som forutsetter ressurser, utstyr eller kompetanse som normalt forbindes med sykehusbehandling (heretter omtalt som sykehusbehandling).

Substitusjonsbehandling for opioidavhengighet er videre særskilt unntatt. Dette gjelder selv om vedkommende får legemiddelassistert rehabilitering i Norge.

4.2.4 Departementets vurdering og forslag

I Prop. 118 L foretok departementet en vurdering av hvorvidt retten til behandling i utlandet etter pasient- og brukerrettighetsløven § 2-1 b fjerde og femte ledd ivaretar pasientrettighetsdirektivets krav.

Departementet kom til at de nevnte ordningene ikke ivaretok retten til refusjon etter pasientrettighetsdirektivet fullt ut. Departementet foreslo derfor å utvide dagens refusjonsordning etter folketrygdløven § 5-24 a til å omfatte stønad til utgifter til helsehjelp som er å anse som sykehusbehandling.

Departementet hadde allerede hjemmel i folketrygdløven § 5-24 a til å fastsette regler i forskrift om stønad til dekning av utgifter til helsetjenester som pasienten har hatt i annet EØS-land. Hjemmelen gir adgang til å fastsette nærmere bestemmelser om blant annet hvilke helsetjenester og varer det ytes stønad til, hvem som har rett til stønad, vilkår for stønad, beregning av stønaden, dekning av reise- og oppholdsutgifter og krav til dokumentasjon og oversettelse av dokumenter. Hjemmelen omfatter etter sin ordlyd også sykehusbehandling, men ble vedtatt i forbindelse med etableringen av eksisterende refusjonsordning. Sykehusbehandling ble derfor ikke omtalt i lovforslaget som lå til grunn for bestemmelsen. Departementet ønsket derfor at Stortinget skulle få anledning til å vurdere spørsmålet om å utvide refusjonsordningen etter folketrygdløven § 5-24 a til å omfatte stønad til utgifter til sykehusbehandling.

Etter pasientrettighetsdirektivet kan også utgifter til sykehusbehandling kreves refundert, se punkt 2. Dagens refusjonsordning gir ikke rett til å få dekket slike utgifter. De øvrige ordningene vi har for dekning av utgifter ved utenlandsbehandling ivaretar heller ikke

pasientrettighetsdirektivet fullt ut, se pkt 3. I Prop. 118 L ble det foreslått å utvide dagens refusjonsordning til å omfatte refusjon av utgifter til sykehusbehandling.

Stortinget sluttet seg til det framlagte lovforslaget.

Adgang til å få refundert utgifter til sykehusbehandling i annet EØS-land vil gi pasienter økt valgfrihet med hensyn til helsetjenester. En slik valgfrihet kan ha stor velferdsmessig betydning for den enkelte pasient.

På denne bakgrunn foreslår departementet å oppheve unntaket for sykehusbehandling i forskrift om stønad til helsetjenester i EØS § 3. Det foreslås for øvrig ingen endringer i bestemmelsen.

Det følger av § 2 første ledd i forskriften at refusjon bare ytes for helsehjelp som pasienten ville ha fått stønad eller bidrag til etter folketrygdloven eller fått bekostet i den offentlige helsetjenesten dersom den aktuelle helsehjelpen var blitt mottatt i Norge. Det er således et grunnleggende vilkår for stønaden at den aktuelle helsehjelpen er av en slik art at pasienten ville fått den på det offentliges bekostning dersom den aktuelle helsehjelpen var mottatt i Norge.

Alle vilkår som gjelder for å få helsehjelpen på det offentliges bekostning i Norge gjelder tilsvarende med mindre det er gjort uttrykkelig unntak eller det av sammenhengen er åpenbart at et vilkår ikke kan gjøres gjeldende eller må tilpasses. Vilkår som gjelder for å få bekostet helsehjelpen i Norge knyttet til blant annet helsehjelpens art og omfang og pasientens behov for helsehjelpen, tjenesteyterens kvalifikasjoner og krav til henvisning gjelder derfor som utgangspunkt tilsvarende for helsehjelp som er mottatt i andre EØS-land. Det følger imidlertid av forskriftens §§ 5 og 6 at det er gitt enkelte unntak i kravene til henvisning, resept og rekvisisjon og i kravene til tjenesteyteren.

I tillegg til de krav som følger av bestemmelsene i folketrygdloven kapittel 5 er det fastsatt en rekke vilkår i forskrifter og rundskriv knyttet til de ulike stønadsformene. I prioriteringsforskriften er det stilt flere vilkår for rett til nødvendig helsehjelp.

Det vil ikke gis refusjon for behandling som er forbudt i Norge.

Alternativ behandling dekkes gjennomgående ikke av det offentlige i Norge og slik behandling vil derfor falle utenfor refusjonsordningen. Dette gjelder selv om behandlingen er gitt av helsepersonell som også kan gi helsehjelp som gir rett til refusjon.

4.3 Forhåndsgodkjenning

4.3.1 Innledning

Etter pasientrettighetsdirektivet kan medlemslandene stille vilkår om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling, jf. artikkel 8 og nærmere redegjørelse i pkt 2.6. Departementet har hjemmel i folketrygdloven § 5-24 a andre ledd bokstav c, til å stille krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter.

Departementet har kommet til at det ikke er nødvendig å stille krav om forhåndsgodkjenning på nåværende tidspunkt. Departementet vil følge utviklingen og vurdere om det på et senere tidspunkt kan være nødvendig å innføre restriksjoner i pasientflyten.

4.3.2 Departementets vurderinger og forslag

Forhåndsgodkjenning er en restriksjon i den frie bevegligheten av tjenester. Etter EU-domstolens praksis har forhåndsgodkjenning vært akseptert som restriksjon i den frie flyten av tjenester. Domstolen har henvist til behovet for å planlegge sykehus tjenester for å sikre befolkningen sykehusbehandling, ha kontroll med kostnadene og forhindre dårlig utnyttelse av økonomiske, tekniske eller menneskelige ressurser.

Pasientrettighetsdirektivet stiller i artikkel 8 nr 2 en rekke kriterier for hvilken helsehjelp som det kan kreves forhåndsgodkjenning for. Disse kriteriene er utformet i samsvar med EU-domstolens praksis. Innen de rammer som direktivet setter er det fritt opp til det enkelte land å vurdere hvorvidt det skal etablere en forhåndsgodkjenningsordning.

Dersom det ikke stilles krav om forhåndsgodkjenning, vil pasienter fritt kunne reise til andre EØS-land for å motta helsehjelp der og kreve refusjon i etterkant. Retten til refusjon vil være begrenset til helsehjelp som er av en art som vedkommende pasient ville fått dekket i trygdlandet. Refusjonen er videre begrenset til hva tilsvarende behandling ville ha kostet i trygdlandet.

I Prop. 118 L foreslo Regjeringen Stoltenberg II at det skulle etableres en forhåndsgodkjenningsordning for helsehjelp som oppfyller kriteriene i direktivets artikkel 8 nr 2 bokstav a, se pkt 2.6. Den nærmere avgrensningen av ordningen skulle departementet komme tilbake til i forbindelse med forskriftsarbeidet. Stortinget vedtok en hjemmel for departementet til å kreve forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter etter folketrygdloven § 5-24 a.

Denne regjeringen ønsker å sette pasienten i sentrum. Dette innebærer blant annet å gi pasienten valgmuligheter, redusere ventetider og byråkrati. Departementet har derfor vurdert om det er nødvendig å ha krav om forhåndsgodkjenning. I denne forbindelse har departementet vurdert helsetjenestens behov for planlegging og kontroll opp mot pasientenes behov.

Fra pasientens ståsted vil en forhåndsgodkjenningsordning innebære en begrensning i muligheten til å motta sykehusbehandling i andre land. Det vil kun være i de tilfeller hvor pasienten har ventet uforsvarlig lenge at pasienten vil ha rett til å reise ut. For enkelte typer sykehusbehandling er det i Norge ikke tilstrekkelig kapasitet i den offentlige helsetjenesten og pasienter må derfor vente uten at dette er medisinsk faglig begrunnet før de mottar nødvendig helsehjelp. For enkelte av disse pasientene vil muligheten for å motta helsehjelp i andre EØS-land kunne bidra til å korte ned ventetid.

Pasienter med tilstander hvor det kun er et mindre og begrenset fagmiljø i Norge vil ha reduserte valgmuligheter innenlands. For disse pasientene vil det kunne være av særlig stor betydning å kunne få tilgang til medisinsk ekspertise i andre europeiske land.

Etablering og administreringen av en forhåndsgodkjenningsordning vil være ressurskrevende. Pasientene som ønsker å motta sykehusbehandling i andre EØS-land, må søke om forhåndsgodkjenning. Det krever administrasjon å behandle søknader om godkjenning og eventuelle klager på vedtak om avslag. Desto mer omfattende godkjenningsordningen er, desto mer ressurskrevende vil denne være å administrere. En løsning uten krav til forhåndsgodkjenning (åpen løsning) vil være enklere for pasienten og innebære mindre byråkrati.

Forhåndsgodkjenningsordningen er et virkemiddel for å begrense pasientstrømmen til andre EØS-land. Fordelene ved en åpen løsning må vurderes opp mot faren for at en slik løsning vil medføre store pasientstrømmer til andre EØS-land som kan påvirke mulighetene for å opprettholde et godt offentlig helsetilbud i Norge.

Tall fra Sverige (som har hatt en åpen løsning siden 2005) viser at det totalt var omlag 5500 pasienter som i 2013 fikk refusjon innen sjukvård (primær og spesialist) med en samlet kostnad på ca 124 mill svenske kroner. Dette må sies å være et lavt antall pasienter. Tall fra fritt sykehusvalg i Norge viser også at pasienter i liten grad velger seg bort fra nærmeste sykehus.

Erfaringene med dagens forskrift om refusjon for ikke - sykehusbehandling viser det samme bildet. Totalt var det vel 8200 som fikk refusjon i 2013 med en samlet kostnad på nær 28 mill norske kroner, og av disse gjaldt vel 300 spesialisthelsetjeneste (poliklinikk m.m.) og 6200 fysioterapi.

Det er vanskelig å forutsi hvor mange pasienter som vil ønske å la seg behandle i utlandet med en åpen løsning. Tallene ovenfor tyder imidlertid på at de aller fleste pasienter ønsker å bli behandlet ved nærmeste sykehus. Norge har i utgangspunktet et svært godt helsetilbud. Denne regjeringen har som målsetting å redusere ventetiden i helsetjenesten og arbeider med tiltak for å bidra til dette, blant annet fritt behandlingsvalg. Kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten er et annet område som har stor oppmerksomhet. Det skal blant annet gjennomføres kvalitetsundersøkelser og årlig fremmes stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet. Regjeringen har videre startet arbeidet med en Nasjonal helse- og sykehusplan som skal gjøre oss i stand til å planlegge en helsetjeneste med kapasitet og kompetanse til å møte fremtidens behov. Et styrket norsk helsetilbud vil etter departementets vurdering bidra til at pasientstrømmen til andre EØS-land fortsetter å holde seg på et lavt nivå.

Departementet mener det ikke er grunn til å anta at et høyt antall pasienter vil velge reise til andre EØS-land for å motta sykehusbehandling der og foreslår ikke på nåværende tidspunkt å etablere en forhåndsgodkjenningsordning. Departementet vil imidlertid følge utviklingen over tid. Dersom det på enkelte områder oppstår større pasientstrømmer til andre EØS-land som skaper problemer med å planlegge eller ivareta et kvalitativt godt helsetilbud i Norge eller det oppstår dårlig utnyttelse av økonomiske, tekniske eller menneskelige ressurser, vil departementet vurdere om det bør stilles krav om forhåndsgodkjenning på de aktuelle områdene.

4.4 Forhåndstilsagn

4.4.1 Innledning

Departementet foreslår at det ikke stilles krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling, se ovenfor i pkt 4.3. Pasienter kan således reise ut og motta helsehjelp i andre EØS-land og i etterkant søke refusjon av utgiftene ved helsehjelpen. For å få refusjon er det imidlertid enkelte vilkår som må være oppfylt. For det første må pasienten ha krav på å få den aktuelle helsehjelpen i Norge. Refusjonen er videre begrenset til hva tilsvarende behandling ville ha kostet det offentlige dersom helsehjelpen var mottatt i Norge.

For å redusere den økonomiske risikoen for disse pasientene, foreslår departementet at pasienter som er vurdert til å ha rett til nødvendige spesialisthelsetjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b, jf. § 2-2, kan søke om forhåndstilsagn fra HELFO.

4.4.2 Departementets vurderinger og forslag

Pasienter som ønsker å motta helsehjelp i annet EØS-land vil måtte betale helsehjelpen og søke stønad i etterkant, jf. forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i EØS-land § 10. Det følger videre av forskriften § 2 første ledd at pasienten kun har krav på å få refundert utgifter til helsehjelp som vedkommende ville ha fått stønad eller bidrag til etter folketryktdloven eller fått bekostet i den offentlige helse- og omsorgstjenesten dersom den aktuelle helsehjelpen var mottatt i Norge. I utgangspunktet gjelder de samme vilkår som for tilsvarende helsehjelp fra det offentlige i Norge, jf forskriften § 2 andre ledd. Videre følger det av forskriften § 7 andre ledd at stønaden til spesialisthelsetjenester begrenses til det beløp som tilsvarer de antatte kostnadene det offentlige ville blitt belastet dersom helsehjelpen var mottatt i Norge.

Når det ikke stilles krav om forhåndsgodkjenning, vil pasientene i utgangspunktet dekke utgiftene til helsehjelpen uten å vite om vilkårene for stønad er oppfylt. Pasienten har dermed den økonomiske risikoen for at vilkårene etter forskriften er oppfylt.

I Sverige har de som nevnt ovenfor valgt en løsning hvor de ikke stiller krav om forhåndsgodkjenning. I ordningen som nå er lovfestet og som trådte i kraft i oktober 2013 skal Försäkringskassan etter anmodning fra pasienten gi forhåndstilsagn.

Forhåndstilsagnet skal gi opplysning om pasienten har rett til å få dekket utgifter til den helsehjelpen som pasienten planlegger å motta i et annet EØS-land. Videre skal forhåndstilsagnet gi opplysninger om hvilket høyeste beløp som kan utbetales for slik helsehjelp. Begrunnelsen for den svenske ordningen med forhåndstilsagn er å skape større trygghet og forutsigbarhet for pasienter som ønsker å motta helsehjelp i andre EØS-land.

Departementet ser et særlig behov for å redusere den økonomiske risikoen for pasienter som ønsker å motta spesialisthelsetjenester i andre EØS-land. Slik behandling er ofte kostbar og det kan foreligge usikkerhet knyttet til spørsmålet om pasienten har rett til å få dekket den aktuelle helsehjelpen. Departementet foreslår derfor at pasientene skal kunne søke om forhåndstilsagn fra HELFO.

Forhåndstilsagnet skal avklare om pasienten har krav på stønad til den helsehjelpen som pasienten ønsker å motta i et annet EØS-land og det høyeste beløpet pasienten vil kunne få utbetalt til å dekke de faktiske utgiftene ved slik helsehjelp. Tjenesteytere som pasienten tar kontakt med i andre EØS-land har plikt til å informere om prisene for helsehjelpen. Dersom prisene er høyere enn den antatte kostnaden for tilsvarende helsehjelp i Norge, vil pasienten på forhånd være inneforstått med at hun eller han må dekke en del av utgiftene selv.

Plikten til å utstede forhåndstilsagn vil medføre administrative konsekvenser for HELFO. For å begrense de administrative konsekvensene av forslaget, foreslår departementet at retten til forhåndstilsagn begrenses til pasienter som har vært vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Departementet mener det er rimelig at pasientens behov er vurdert av spesialisthelsetjenesten før HELFO har plikt til å behandle søknaden om forhåndstilsagn.

Norge kan i enkelte tilfeller være trygdeland for pasienter som ikke er bosatt i Norge. De pasientene som faller inn under personkretsen i § 4 i forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i annet EØS-land vil ha rett til å motta helsehjelp i Norge og til å bli vurdert etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Det kan i disse tilfellene ikke kreves at pasienten skal sende henvisning fra helsepersonell som praktiserer i Norge. Vurderingen må foretas på grunnlag av en henvisning eller uttalelse fra primærlege i bostedslandet.

Å søke om forhåndstilsagn er en mulighet for pasienten til å redusere den økonomiske risikoen. Det er ikke et vilkår for å få stønad. Pasienten kan også velge å reise ut uten forhåndstilsagn og søke om stønad i etterkant. I slike tilfeller må pasienten ta risikoen for at vilkårene i forskriften er oppfylt.

4.5 Fastsettelse av refusjonsbeløp

4.5.1 Pasientrettighetsdirektivet

Det følger av artikkel 7 nr. 4 at utgifter til grenseoverskridende helsehjelp skal refunderes opp til et beløp som tilsvarer de kostnadene som ville blitt dekket dersom helsehjelpen var mottatt i trygdlandet. Refusjonsbeløpet er videre begrenset til de faktiske kostnadene knyttet til helsehjelpen. Det fremgår av pasientrettighetsdirektivet artikkel 7 nr. 6 at medlemslandene skal ha prissettingsmekanisme for refusjon av helsehjelp som er transparent, basert på objektive, ikke-diskriminerende kriterier som er kjent på forhånd.

4.5.2 Gjeldende bestemmelse

Forskrift om stønad til helsetjenester i EØS § 7 inneholder bestemmelser om beregningen av refusjonsbeløpet. I de tilfellene helsehjelpen dekkes vedelagsfritt i Norge, dekkes de faktiske utgiftene ved helsehjelpen i annet EØS-land, oppad begrenset til de antatte kostnadene det offentlige ville ha blitt belastet dersom helsehjelpen var blitt mottatt i Norge. Dersom pasienten måtte ha dekket en fastsatt egenandel for tilsvarende helsehjelp i Norge, vil et beløp som tilsvarer egenandelen trekkes fra refusjonsbeløpet.

4.5.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet vurderte i Prop. 118 L om det var behov for å etablere egne prissettingsmekanismer for refusjon av utgifter til sykehusbehandling, men kom til at DRG- og ISF-systemet kunne ligge til grunn for prisfastsettelsen av somatisk sykehusbehandling. Gjennom DRG- og ISF-systemet er det en metode for å utlede stipulerte total kostnader for de fleste av de aktuelle tjenestene innen sykehusbehandling. Det vil være svært ressurskrevende å skulle prissette slik helsehjelp uten å basere seg på dette systemet.

Videre benyttes et DRG-basert system i dag også til prising av helsehjelp (som innebærer sykehusinnleggelse) som gis til konvensjonspasienter i Norge og som HELFO utland faktureres med i forbindelse med landoppgjørene. Landoppgjør er refusjonsoppgjørene mellom Norge og andre EØS-land som foretas etter bestemmelsene i forordning (EF) nr. 883/2004. Systemet er i disse sammenhengene vurdert som et godt og representativt system for prissetting av utvalgte tjenester. Departementet viser også til at Danmark bruker et DRG-basert system når regionene refunderer utgifter til sykehusbehandling i andre EU-land.

Det finnes ikke et tilsvarende system for psykisk helsevern og rusbehandling.

Departementet antar at pasientstrømmen over landegrensene vil være svært begrenset i utgangspunktet og spesielt på områder som psykisk helsevern og rusbehandling. Å lage et eget prisfastsettningssystem for slike pasienter vil være svært ressurskrevende sett i forhold til hvor mange pasienter dette vil dreie seg om. Det legges derfor til grunn at det må tas kontakt med helseforetakene for å få konkrete anslag på kostnader for slik helsehjelp.

Det kan etter hvert utpeke seg noen behandlingsområder hvor det vil være mer aktuelt å søke om refusjon enn andre, og at foretatte anslag på kostnader på disse områdene kan brukes som grunnlag for refusjon av utgifter til tilsvarende helsehjelp.

Departementet foreslår ikke endringer i forskriftsbestemmelsen om beregning av refusjonsbeløpet som følge av utvidelsen av ordningen til å omfatte sykehusbehandling.

4.6 Saksbehandling og frister

Etter forskrift om stønad til helsetjenester i EØS § 10 skal krav om stønad settes frem for HELFO. Det følger av bestemmelsens andre ledd at vedtak fattet av HELFO kan påklages og at klageinstansen er HELFOs hovedkontor.

I Prop. 118L uttalte departementet at det var hensiktsmessig at søknader om refusjonskrav ivaretas av HELFO og at klageinstansen er HELFOs hovedkontor i samsvar med dagens ordning.

Det følger videre av forskriften § 10 andre ledd at stønad som ytes til spesialisthelsetjenester ikke vil kunne ankes inn for Trygderetten. I høringen til Prop. 118L stilte Helsedirektoratet spørsmål om det burde foreligge en adgang til å anke vedtak om stønad til sykehusbehandling inn for Trygderetten, fordi Trygderetten også behandler anker om planlagt behandling etter artikkel 20 i forordning (EF) nr 883/2004.

I dette høringsnotatet foreslås det ikke å kreve forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling. Vurderingstemaene etter forskriften om stønad til helsetjenester i EØS og etter artikkel 20 i forordning (EF) nr 883/2004 vil være forskjellige. Etter departementets vurdering er ikke saker om refusjon av utgifter til spesialisthelsetjenester etter forskrift om stønad til helsetjenester i EØS like egnet for behandling i Trygderetten. Det foreslås derfor ingen endringer i forskriften § 10 andre ledd.

Det følger av pasientrettighetsdirektivet artikkel 9 nr 3 at medlemslandene skal fastsette rimelige frister for behandlingen av søknader om grenseoverskridende helsehjelp og offentliggjøre disse fristene.

Etter folketrygdloven § 21-10 første ledd skal saker om ytelser forberedes og avgjøres uten ugrunnet opphold, og medlemmet skal underrettes skriftlig om vedtaket så snart som mulig. Etter bestemmelsens andre ledd skal krav på ytelser etter folketrygdlovens kapittel 5 så vidt mulig avgjøres straks og underretning om vedtaket kan gis muntlig eller på annen måte. Medlemmet kan i så fall kreve å få vedtaket skriftlig bekreftet.

Bestemmelsene i folketrygdloven § 21-10 første og andre ledd fastsetter ikke maksimumsfrist for behandlingen av søknader om refusjon eller forhåndstilsagn. Det fastsettes i intern instruks fra Helsedirektoratet maksimumsfrister for behandling av søknader om refusjon. Helsedirektoratet vil også fastsette maksimumsfrist for behandling av søknader om forhåndstilsagn.

Departementet tar sikte på at maksimumsfristene for refusjon og forhåndstilsagn ikke skal overstige 90 dager og at fristene blir offentliggjort på HELFOs nettsider. Dette vil ivareta kravet i pasientrettighetsdirektivet om rimelige frister for behandling av søknader om refusjon og forhåndstilsagn.

Departementet foreslår etter dette ingen endringer i forskriften § 10 om saksbehandlingsregler, fremsetting av krav og klage.

4.7 Opphevelse av overgangsordning - ikraftreden

Etter forskrift om stønad til helsetjenester i EØS § 15 kan det ytes stønad for helsehjelp mottatt inntil tre år før forskriften trådte ikraft 1. januar 2011. Slike krav måtte fremsettes innen seks måneder etter ikraftredelsen. I bestemmelsens andre ledd fremgår det at vilkårene i forskriften også gjelder for krav knyttet til helsehjelp mottatt før ikraftredelse.

Denne bestemmelsen har ingen praktisk betydning lenger fordi tidspunktet for å fremsette krav nå er utløpt. Departementet foreslår derfor å oppheve bestemmelsen.

Utvidelse av refusjonsordningen til å omfatte sykehusbehandling må tre ikraft innen seks måneder etter EØS-komiteens vedtak om innlemmelsen av pasientrettighetsdirektivet i EØS-avtalen. Departementet tar sikte på at krav om stønad til sykehusbehandling bare kan fremsettes for behandling som er mottatt etter ikraftredelsen av forskriftsendringene.

5 Økonomiske og administrative konsekvenser

De fleste av kravene i pasientrettighetsdirektivet, er allerede oppfylt i Norge. Når det gjelder pasienters rett til refusjon av utgifter for helsehjelp, ble det etablert en refusjonsordning for all helsehjelp som ikke er sykehusbehandling 1. januar 2011. Dagens regelverk ivaretar imidlertid ikke fullt ut direktivets krav når det gjelder refusjon av utgifter for sykehusbehandling. Departementet foreslår derfor å utvide dagens refusjonsordning til å omfatte sykehusbehandling.

HELFO skal behandle refusjonssøknader. HELFO skal videre behandle eventuelle søknader om forhåndstilsagn fra pasienter som er vurdert til å ha rett til nødvendige spesialisthelsetjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven, jf. omtale i pkt 4.4. HELFO skal også ha oppgaven som nasjonalt kontaktpunkt. Forslaget innebærer økte administrative oppgaver for HELFO.

Det er usikkert i hvor stort omfang pasienter vil ønske sykehusbehandling i utlandet. Sannsynligvis vil det være relativt få de første årene. Dette er erfaringen med dagens refusjonsordning for behandling i andre EØS-land, der kun 300 saker er innvilget for spesialisthelsetjeneste (ikke sykehusbehandling) i 2013. Tall fra Sverige (som har hatt en åpen løsning siden 2005) viser at det totalt var om lag 5500 pasienter som i 2013 fikk refusjon innen sjukvård (primær og spesialist) med en samlet kostnad på ca 124 mill svenske kroner. Tilsvarende tall for 2012 var 3600 pasienter med en samlet kostnad ca 58 millioner svenske kroner. Dette må sies å være relativt begrenset sammenlignet med de totale behandlingstkostnadene. Kostnadene i spesialisthelsetjenesten i Norge var på 114 mrd. kroner i 2012.

I den norske refusjonsordningen var det kun 300 pasienter, til en behandlingstkostnad på 0,5 mill. kroner, som reiste ut for å motta spesialisthelsetjenester uten overnatting i 2013. Erfaringen med fritt sykehusvalg i Norge er også at pasienter i liten grad velger seg bort fra nærmeste sykehus. På den annen side vil en løsning med adgang til forhåndstilsagn kunne medføre at noen flere vil reise ut.

Samlet sett er det vanskelig å anslå omfanget av pasientstrømmen til andre EØS-land, men departementet antar at det vil bli relativt begrenset de første årene. Det er videre usikkert hvor mange norske og utenlandske pasienter som vil henvende seg til det nasjonale kontaktpunktet for å få informasjon og bistand. Det er altså vanskelig å anslå hvor stor økning det vil være i administrasjonsoppgavene for HELFO på refusjons- og forhåndstilsagnsområdet og på oppgaven som nasjonalt kontaktpunkt. På begge områder må man vinne erfaringer.

I tillegg til de administrative kostnadene i HELFO, vil det være kostnader forbundet med selve refusjonen av utgifter til helsehjelp i andre EØS-land. Etter direktivet plikter ikke medlemslandene å betale mer i refusjon enn hva tilsvarende behandling ville ha belastet det offentlige med om helsehjelpen var mottatt i Norge. Det er nærliggende å tro at den samlede bruken av sykehusbehandling (i Norge og andre EØS-land) ikke vil øke vesentlig som følge av lovforslaget, men at noen pasienter vil motta behandling i utlandet istedenfor i Norge.

Noen pasienter vil også benytte ordningen etter forordning (EF) nr. 883/2004 til å få dekket planlagt pasientbehandling i andre EØS-land.

Pasientens bostedsregion (regionale helseforetak) dekker etter gjeldende regelverk utgiftene til spesialisthelsetjenester mottatt i et annet EØS-land. Dette må også legges til grunn ved refusjon av utgifter for sykehusbehandling. De regionale helseforetakene finansierer i dag pasientbehandling for ikke-sykehusbehandling i utlandet gjennom basisbevilgningen, dvs. uten aktivitetsbasert finansiering (ISF og refusjoner). Denne finanseringsløsningen ble valgt for RHF, kommuner og fylkeskommuner i Ot.prp. nr. 92 (2008-2009), men vil bli vurdert på nytt dersom omfanget viser seg å bli vesentlig høyere.

6 Utkast til endring i forskrift 22. november 2010 nr 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land

§ 1 nytt andre ledd skal lyde:

Ved bruk av telemedisin anses helsehjelpen mottatt i landet der tjenesteyteren er etablert.

§ 3 andre ledd oppheves. Nåværende tredje ledd blir andre ledd, og § 3 skal i sin helhet lyde:

§ 3. *Hvilke typer helsehjelp det ytes stønad til*

Stønad ytes til dekning av utgifter ved helsehjelp som tilsvarer helsetjenester som

- a) det gis stønad til etter folketrygdloven § 5-4 til § 5-12, § 5-14 og § 5-25
- b) det gis bidrag til etter folketrygdloven § 5-22, begrenset til bidragsformålene hormonelle prevensjonsmidler og legemidler i forbindelse med infertilitetsbehandling
- c) gis helt eller delvis vederlagsfritt etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til d, jf. § 2-2
- d) ytes helt eller delvis vederlagsfritt etter *spesialisthelsetjenesteloven*.

Stønad ytes ikke for substitusjonsbehandling for opioidavhengighet. Dette gjelder selv om medlemmet får legemiddelasistert rehabilitering i Norge.

Ny §10 a skal lyde:

10 a *Forhåndstilsagn*

Pasient som er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd, jf. § 2-2, kan søke forhåndstilsagn fra HELFO om:

1. *pasienten har krav på stønad til utgifter for slik helsehjelp som pasienten vurderer å motta i et annet EØS-land, og*
2. *den høyeste stønad som vil ytes for denne helsehjelpen.*

Forhåndstilsagn etter første ledd gir pasienten rett til stønad til faktiske utgifter til slik helsehjelp som forhåndstilsagnet omfatter og med inntil det beløp som er angitt i forhåndstilsagnet.

§ 15 *Krav om stønad for helsehjelp mottatt før forskriftens ikrafttredelse oppheves.*