

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: 201000558-/KBD
Saksbehandler: GANEB
Vår ref.: 10/3068
Dato: 12.08.2010

Helse- og omsorgsdepartementet - Høring - Utkast til forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land

Det følgende dokumentet representerer Helsedirektoratets hørings svar til utkast til forskrift for ny refusjonsordning for planlagt helsehjelp (ikke- sykehusbehandling) i andre EØS- land. Hørings svaret er bygget opp etter samme kapitelinndeling som departementets høringsutkast. Det gis ikke systematiske kommentarer med direkte referanse til underpunktene i departementets høringsnotat. Dette på grunn av varierende struktur på de ulike tilbakemeldingene som dette hørings svaret er omfattet av. Kommentarene gir i enkelte sammenhenger opphav til forslag til endringer i paragrafene i forskriftsutkastet slik det foreligger fra departementet. Endringsforslagene representerer for det meste omformuleringer og presiseringer, og tar ikke til orde for endring av meningsinnhold / intensjoner. Endringsforslagene presenteres i teksten sammen med forklaringer, og er i tillegg oppsummert avslutningsvis.

Ut over de faglige innspillene i det foreliggende dokumentet, ber Helsedirektoratet innledningsvis departementet om å ta stilling til hvorvidt det bør gis hjemmel for Helsedirektoratet til å fastsette nærmere retningslinjer i rundskriv eller lignende når forskriften er vedtatt.

2 HVILKE TYPER HELSEHJELP REFUSJONSORDNINGEN SKAL OMFATTE – JF. FORSKRIFTSUTKASTET § 3

Vedr skillet mellom sykehusbehandling og ikke- sykehusbehandling.

Skillet mellom sykehusbehandling og ikke- sykehusbehandling følger ikke det som vi i Norge har definert som spesialisthelsetjeneste, slik at en del behandling som utføres i regi av spesialisthelsetjenesten (poliklinisk eller som dagopphold) i følge denne forskriften vil være definert som ikke-sykehusbehandling og gi rett til refusjon uten forhåndsgodkjenning. Dette vil være en utfordring å håndtere både når det gjelder å informere om ordningen, og når den enkelte pasient skal motta helsehjelp i utlandet som da enten skal forhåndsgodkjennes eller ikke skal forhåndsgodkjennes.

Helsedirektoratet • Divisjon helseøkonomi og finansiering

Avd. behandlingsrefusjon

Gaute Neby, tlf.: 24 16 31 27

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Departementet ønsker ikke å definere dette skillet i detalj. Det gis noen overordnede vurderingskriterier, men for øvrig mener departementet at grensen må gå opp etter hvert som man får erfaring i praksis, og at disse etter hvert nedfelles i retningslinjer. Pasienter skal kunne innhente synspunkter på hvorvidt en type behandling anses som sykehusbehandling, fra helsepersonell eller helsemyndigheter i Norge uten at disse uttalelsene vil være bindende.

Dette kan føre til stor usikkerhet og forvirring både blant brukere av ordningen, i forvaltningen og blant helsetjenesteytere. Det er relativt store muligheter for at pasienter får ulik informasjon avhengig av hvem de spør. Helsepersonell som skal informere pasientene om hvilke rettigheter de har vil også kunne ha behov for mer entydig informasjon en hva høringsnotatet legger opp til. Det bør derfor vurderes om slik informasjon bør gis fra ett sted, ev. ett i hver helseregion både for å gi mer lik informasjon til pasienter og helsepersonell, men også for å samle erfaringer med ordningen. Dette forutsetter også at man har en lik forståelse av ordningen mellom helsetjenesteyter / helsepersonell og forvaltning (HELFO / Helsedirektoratet). Dette vil i så måte stille krav til samarbeid og fast dialog mellom Helsedirektoratet / HELFO og helsetjenesteyter / helsepersonell.

For i større grad å sikre enhetlig informasjon om og forvaltning av ordningen (større grad av forutsigbarhet) kan det i tillegg være et alternativ å innlemme vurderingskriteriene tydeligere i selve forskriften. For eksempel kan det skilles ut en egen paragraf hvor det angis hva som *ikke* omfattes av ordningen;

”§ 4 Begrensninger i retten til stønad

Stønad ytes ikke dersom pasienten overnatter i behandlingsinstitusjonen.

Stønad ytes heller ikke for undersøkelse og behandling som forutsetter ressurser, utstyr eller kompetanse som normalt forbindes med sykehusbehandling i Norge. Dette omfatter blant annet undersøkelse/diagnostisering og behandling som

- er knyttet til kostbare investeringer*
- er knyttet til særlig personellkrevende behandlingsopplegg*
- utføres under utøvelse av høyspesialisert medisin*
- innebærer bruk av kostnadsintensiv infrastruktur eller utstyr*
- innebærer en særlig risiko for pasienten, hvor blant annet nærhet til intensivberedskap er nødvendig.*

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

Det ytes ikke bidrag etter § 5-22, med unntak av hormonelle prevensjonsmidler og legemidler til bruk ved infertilitetsbehandling, jf. § 3 b).”

Dersom det ikke er ønskelig å opprette en ny paragraf, kan det være hensiktsmessig å foreta en konkretisering i forskriftsutkastets § 3 slik det foreligger i høringen fra HOD.

Når det gjelder ikke- sykehusbehandling i poliklinikk, legger Helsedirektoratet til grunn at forskriftsutkastets § 3 d) også innebærer rett til refusjon hos annet helsepersonell enn legespesialister i poliklinikk, jf endringer av 3. feb. 2010 i poliklinikkforskriften (forskrift 1761 av 19.12.2007). I Norge er det en uttømmende liste for hvilket helsepersonell som kan kreve egenandel i poliklinikk. Denne må også bli gjeldende for

utenlandsbehandlingen. HELFO må da ha informasjon om hvilket helsepersonell som behandlet pasienten.

I tillegg til at sykehusbehandling ikke er omfattet av den nye refusjonsordningen, så fremgår det av departementets forskriftsforslag at behandlingshjelpemidler som spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for heller ikke skal være omfattet. Dette er begrunnet med at pasienten som blir tildelt behandlingshjelpemiddelet fra det regionale helseforetaket får dette som et lån, og at det derfor ikke er aktuelt å refundere utgifter til kjøp av behandlingshjelpemiddel i utlandet. Helsedirektoratet mener at dette ikke gir en fullstendig beskrivelse av ordningen for tildeling av behandlingshjelpemidler, da en vesentlig del av behandlingshjelpemidlene som utleveres er engangsutstyr (forbruksmaterieell) som kasseres etter bruk, og som derfor åpenbart ikke skal/kan returneres til RHFene etter bruk. Helsedirektoratet påpeker at høringsnotatet ikke tar stilling til hva som skal gjelde for slikt forbruksmaterieell som ikke skal tilbakeleveres (engangsutstyr), og mener det burde være rimelig å akseptere at utgifter til det tilhørende forbruksmateriellet var inkludert i refusjonsordningen.

3 VILKÅR FOR REFUSJON – JF. FORSKRIFTSUTKASTET §§ 2, 5 OG 6

Utgangspunkt

Utgangspunktet for refusjon etter den nye ordningen er at man kan stille samme vilkår som gjelder for å få tilsvarende behandling i Norge. Helsedirektoratet ser at det i enkelte tilfeller kan by på noen utfordringer å skulle praktisere de samme vilkårene for refusjon som gjelder i Norge. Det er derfor ønskelig at man, i likhet med i folketrygdloven § 5-24, åpner for nødvendige tilpasninger. Setningen fra departementets kommentarer til forskriftens § 2 "det av sammenhengen er åpenbart at et vilkår ikke kan gjøres gjeldende", kan være forklarende, og det er ønskelig at denne setningen settes inn i § 2. Paragraf 2, andre ledd vil da bli seende slik ut:

"Med mindre det er gjort unntak eller tilpasninger i forskriften her, eller det av sammenhengen er åpenbart at et vilkår ikke kan gjøres gjeldende, gjelder de samme vilkår som for tilsvarende helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge."

Henvisning

Hva angår henvisning som vilkår for stønad, så fremheves det at enkelte land ikke nødvendigvis har noe henvisningssystem. Departementet fremholder at det da kan godtas annen dokumentasjon kan godkjennes for at allmennlege er konsultert på forhånd. Helsedirektoratet ser det som fordelaktig å konkretisere i forskriftsteksten at det skal dokumenteres at det ikke foreligger henvisningsordning, og at en lege har vurdert behovet for den aktuelle behandlingen. Det kan derfor vurderes som et krav om at erklæring fra lege for å dokumentere ovennevnte forelegges.

Autorisasjon, spesialistgodkjenning og lignende

I forhold til vilkår knyttet til autorisasjon, spesialistgodkjenning og lignende vil det være en forvaltningsmessig utfordring å vurdere om tjenesteyter har tilsvarende kompetanse eller spesialisering som kreves i Norge. Denne type vurderinger er kompliserte og forutsetter meget god kunnskap til disse utdanningene / spesialiseringene i Norge. Det er neppe hensiktsmessig å innhente uttalelse fra de som godkjenner spesialistkompetanse i Norge i enkeltsaker, men dette vil kanskje være en mulighet i særlige tilfeller. Det kan med fordel også angis nærmere hva slags dokumentasjon HELFO skal kunne godta som bevis på tjenesteyterens autorisasjon i hjemlandet.

Helsedirektoratet bemerker også at det øyensynlig foreligger en motstrid mellom det som kommer frem av høringsnotatet og hva som eksplisitt kommer frem av utkast til forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land. Bakgrunnen for dette er at det i høringsnotatets pkt. 3.3.1 siste avsnitt, står følgende vedrørende reguleringen av krav om autorisasjon og veiledet tjeneste: "det skal være tilstrekkelig med tilsvarende autorisasjon og eventuelt godkjent veiledet tjeneste etter reglene i behandlingslandet, eller etter omstendighetene i et annet EØS-land." En slik tilnærming mener vi ikke harmonerer med forskriftens § 6 tredje ledd, der det fremkommer at det foreligger et krav om tre års veiledet praktisk tjeneste ved stønad for allmennlegehjelp. Dette synes mye strengere enn høringsnotatets ordlyd.

I forskriftsutkastets § 6 tredje ledd fremgår det at det er et krav at legen har gjennomført minst tre års veiledet praktisk tjeneste. I Norge er det tilstrekkelig at man har gjennomført til sammen tre års veiledet tjeneste eller er under veiledning. Kravet om å ha gjennomført 3 års veiledet praktisk tjeneste i forskriftsutkastet synes derfor noe strengere enn vilkåret om veiledet praktisk tjeneste i Norge.

Videre ønsker Helsedirektoratet å påpeke at kravet til tre års veiledet praktisk tjeneste stilles som krav for å få rett til å praktisere med *stønad fra trygden*. Dette kravet er dermed knyttet opp mot en offentlig refusjonsordning. Tilsvarende ordninger finnes i andre EØS-land. Et slikt krav vil kunne synes å være i en viss konflikt med at det ikke stilles som vilkår at helsehjelpen er utført av helsepersonell som er tilknyttet den offentlige helsetjenesten, jf forskriftsutkastets § 6 siste ledd.

Et annet moment er at 3 års veiledet tjeneste, som muligens kan være sikret i alle EØS-land på grunn av kvalifikasjonsdirektivet, kan utgjøre et problem i forhold til eldre leger som ikke har gjennomgått denne praksisen og eventuelle EØS-land som ikke har implementert direktivet i sin lovgivning.

Etter Helsedirektoratets syn vil det være også vanskelig for medlemmet å skulle orientere seg etter vilkåret om tre års veiledet tjeneste, og også en utfordring å fremskaffe relevant dokumentasjon. Det gis ingen forslag til hva som skal godtas av dokumentasjon på helsetjenesteyterens autorisasjon eller veiledet tjeneste.

Helsedirektoratet stiller på bakgrunn av det ovennevnte spørsmål til om behovet for vilkåret til tre års veiledet tjeneste veier tyngre enn ulempene det medfører å praktisere i tråd med det, både for medlemmet og for forvaltningen. Helsedirektoratet anbefaler derfor at vilkåret revurderes.

I forhold til det innenlandske kravet om spesialistgodkjenning ved refusjon av utgifter ved implantatbasert protetik etter folketrygdloven § 5-6, så bemerker Helsedirektoratet at spesialitet i oral protetik ikke er omtalt i kvalifikasjonsdirektivet, og at det er ikke alle EØS-land som har en slik spesialistgodkjenning. Departementet foreslår når det gjelder protetisk behandling, at det bør åpnes for å gi refusjon for behandling i land hvor spesialitet i oral protetik ikke eksisterer, dersom det etter en konkret vurdering av tjenesteyterens kompetanse kan anses tilstrekkelig sannsynliggjort at tjenesteyteren innehar tilnærmet lik kompetanse som tjenesteytere som oppfyller kompetansekravene som gjelder i Norge. Departementet mener derimot at det neppe kan være aktuelt å foreta konkret vurdering av kompetansen til utenlandske tannleger basert på vurdering av deres tidligere arbeider. Vi mener det vil være vanskelig å vurdere hvorvidt utenlandske tannleger har aktuell kompetanse, og stiller spørsmålet om definerte kriterier for aktuell kompetanse kan bidra til å gi svar på disse spørsmålene. Like fullt mener vi det er viktig å beholde spesialistkravet for å sikre en forsvarlig behandling etter norske standard.

Særlig om legemidler

Helsedirektoratet mener det er ønskelig at det kommer tydeligere frem i forskriftens § 5 at man må ha resept eller rekvisisjon, men at denne også kan komme fra tilsvarende helsepersonell i annet EØS-land. Forslag til ny § 5 fjerde ledd blir derfor;

"Kravet om resept eller rekvisisjon utstedt av lege eller annet helsepersonell kan også oppfylles ved resept eller rekvisisjon utstedt av tilsvarende helsepersonell som praktiserer i et annet EØS-land."

Videre fremstår det som noe uklart hvorfor man i forskriftens § 5 fjerde ledd stiller særlige vilkår til rekvisisjon for prøver og undersøkelser ved medisinske laboratorier og radiologiske undersøkelser. Kan dette være en restriksjon i henhold til EØS-reglene?

Et risikomoment rundt uklart skille mellom sykehus og ikke-sykehusbehandling manifesterer seg i forhold til dyre preparater med H- resepter (Helseforetaksresepter), f.eks biologiske legemidler. H-resepter er resept på legemidler som helseforetakene har fått ansvar for å finansiere, men som ikke nødvendigvis er knyttet til en pågående pasientbehandling ved sykehus. Dette kan for eksempel være MS-medisiner og TNF alfa hemmere (disse utgjør den største gruppen og har tidligere blitt finansiert over blåreseptordningen). Dette er så vidt vi vet en særnorsk finansieringsordning, og vi er usikre på hvorledes kjøp og utlevering av disse legemidler vil kunne bli dekket etter den nye refusjonsordningen. Det er en potensiell mulighet for at disse legemidlene faller under forskriftsutkastet § 3, 2. ledd, 2. pkt som bestemmer følgende: "Stønad ytes heller ikke for undersøkelse og behandling som forutsetter ressurser, utstyr eller kompetanse som normalt forbindes med sykehusbehandling", og at dekningen følgelig uteblir. Dersom disse legemidlene hadde vært under blåreseptordningen, ville imidlertid utgiftene til dem kunne dekkes etter reglene for den nye refusjonsordningen. Vi antar at det ikke er tatt stilling til denne konkrete problemstillingen, og nevner den derfor som en potensiell konsekvens av det uklare skillet mellom sykehusbehandling og ikke- sykehusbehandling. Imidlertid nevnes det som et tilleggsmoment at de fleste legemidlene som hører inn under ordningen med H-resepter har bruk for kjølig

oppbevaring for å sikre kvaliteten av legemidlet, og at det derfor ikke er egnet å medbringe store kvanta av disse legemidlene på reise.

4 PERSONKRETS – JF. FORSKRIFTSUTKASTET § 4

I forskriftsutkastets § 4 andre og tredje ledd henvises det til rundsumsoppgjør mellom Norge og andre land som følge av gjensidighetsavtale (EØS- avtalen).

Helsedirektoratet påpeker at forholdet til rundsumsoppgjør vil kunne endres med ny forordning 883/2004. Norge søker om oppføring i 883/2004 vedlegg 4 over land som skal kunne kreve rundsum, men det er opplyst av departementet at vår eventuelle oppføring kan bli revurdert på et senere tidspunkt.

I forhold til forskriftens § 4, fjerde ledd mener Helsedirektoratet at det med fordel kan presiseres at det er forholdene innenfor EØS- som berøres, og foreslår følgende endring;

”For den som er bosatt i et annet EØS-land og har rett til helsehjelp....”

Videre følger det av forskriftens § 4, andre ledd at retten til stønad etter § 5-24a også gjelder ”et medlems forsørgede ektefelle og barn som ikke er medlem av folketrygden”. Retten bortfaller dersom Norge dekker utgifter til helsehjelpen for vedkommende ved rundsum.

En ren ordlydsfortolkning av bestemmelsen kan etter vår mening åpne opp for at forsørget ektefelle og barn som er bosatt i Norge, men ikke er medlemmer av folketrygden, vil ha rettigheter etter § 5-24a. Det kan være ulike grunner til at disse ikke er medlemmer: de kan oppholde seg ulovlig i Norge, eller av andre grunner være direkte unntatt medlemskap etter reglene i folketrygdloven kapittel 2. I høringsnotatets punkt 4.5 ”Bosatt i Norge, men ikke medlem i folketrygden”, kommer det klart frem at departementet er av den oppfatning at det ikke er naturlig at refusjonsordningen skal omfatte persongruppene som er omtalt ovenfor. Vi støtter fullt ut dette standpunkt, men mener dette enten må komme klarere til uttrykk i forskriftsteksten eller presiseres nærmere i et eventuelt rundskriv.

5 BEREGNING AV REFUSJON OG EGENANDEL – JF. FORSKRIFTSUTKASTET §§ 7 OG 8 SAMT § 17 PUNKT II OG III

I departementets høringsnotat foreslår departementet to ulike beregningsmodeller, modell A og modell B, som anbefales benyttet i tilfeller der det ikke foreligger faste satser i Norge som kan gi grunnlag for refusjonsberegningen. Helsedirektoratet påpeker at det kan være noe utfordrene å forholde seg til to ulike beregningsmodeller, særlig i tilfeller hvor en behandling utført på en og samme pasient skal vurderes etter begge modellene Dette er først og fremst aktuelt ved tannbehandling etter tannhelsetjenesteloven.

Slik høringsnotatet foreligger, leser vi departementets forslag slik at bruken av de to modellene fordeles mellom de prioriterte gruppene etter tannhelsetjenesteloven § 1-3; modell A anbefales for gruppe d, og modell B for de prioriterte gruppene a, b og c i de

tilfellene det ikke finnes takst for utført behandling. Forslaget med modell B som subsidiær modell i tilfeller det ikke finnes takster for utført behandling antar vi at kompliserer saksbehandlingen. Vi antar som indikert over at den enkelte pasient både vil kunne få behandling det finnes takster for og behandling det ikke finnes takster for. En saksbehandling vil i så fall skje både etter modell A (for den delen av behandlingen det finnes takster for) og modell B (for den delen av behandlingen det ikke finnes takster for) for samme pasient. Helsedirektoratet anbefaler derfor modell B i alle tilfellene uavhengig av om det finnes eller ikke finnes takster i Norge for behandlingen. Der det finnes takster vil disse gi et utgangspunkt for modell B-beregningen. Vi antar at eventuelle merkostnader forbundet med å velge modell B (dersom det i det hele tatt vil være noen) i disse tilfellene vil være høyst minimale, og mener at hensynet til enklere forvaltning i dette tilfellet bør være overordnet.

Videre, dersom modell B velges for disse tilfellene, må eventuelle nødvendige tilpasninger gjøres gjennom forskriften.

Vi nevner imidlertid også at det ved bruk av modell B vil være uklare grenser med henblikk på når mottatte krav virker urimelig høye. I henhold til departementets høringsnotat skal stønaden begrenses til et beløp som ikke overstiger de antatte kostnader det offentlige ville blitt belastet dersom helsehjelpen var mottatt i Norge I denne vurderingen skal man ta utgangspunkt i fastsatte satser fra folketrygden, men slik at det også i noen grad kompenseres for offentlig finansiering utover folketrygdstønaden. Dette forutsetter bruk av skjønn, men det antas at det over tid vil utvikle seg en praksis for hvilket nivå refusjonen for de ulike former for behandling ikke skal overstige. Det er viktig at det raskt fastsettes nærmere retningslinjer for at HELFO skal kunne håndtere skjønnsutøvelsen på en god måte, samt sikre forutberegnelighet for medlemmet. En løsning kan være at det settes normkostnader for typifiserte behandlingstyper, så langt dette lar seg gjøre, i samarbeid med aktuelle samhandlere.

I forhold til forskriftsutkastets § 7, så anses det som hensiktsmessig at det avslutningsvis henvises til forskriftens egenandelsbestemmelse § 8. Årsaken til dette er at det bør gå klart frem at stønadsbeløpet som HELFO skal beregne skal være fratrukket egenandel. Forslag til nytt siste ledd i § 7 blir følgende;

Egenandeler beregnes etter bestemmelsene i forskriftens § 8

I forhold til forskriftsutkastets § 8 femte ledd, så foreslår Helsedirektoratet en bedre presisering av medlemmets plikt til selv å dekke beløp som overstiger summen av stønad og egenandel. Forslag til nytt femte ledd i § 8 er derfor

"Dersom den faktiske utgiften ved helsehjelpen overstiger summen av stønad og egenandel, må medlemmet dekke det overskytende beløpet fullt ut. Det overskytende beløpet kan heller ikke medregnes under egenandelstaket."

Hva angår egenandeler, så nevner Helsedirektoratet avslutningsvis at frikortforskriftene også må endres. Dette som følge av at egenandeler betalt for helsetjenester etter den nye refusjonsordningen også skal beregnes inn under det

norske egenandelstaket. Frikortforskriftene må med andre ord endres til å ikke bare gjelde behandling i Norge, men også helsetjenester mottatt etter ftl § 5-24 a.

6 REISE- OG OPPHOLDSUTGIFTER – JF. FORSKRIFTSUTKASTET §§ 9 OG 13

Helsedirektoratet mener at det ikke kommer tydelig nok frem i forskriftsutkastet at det kun dekkes reiseutgifter tilsvarende til nærmeste behandlingssted i Norge. Det virker noe uklart at det ikke er de faktiske reiseutgiftene som dekkes. Vi anbefaler derfor at det i paragrafens femte ledd presiseres nærmere at det kun dekkes reiseutgifter tilsvarende reise til nærmeste behandlingssted i Norge

Videre foreslås endring i forskriftsutkastets § 9 fjerde ledd. Endringsforslaget er som følger;

"Reiseutgifter knyttet til stønadsberettigete tannhelsetjenester som nevnt i denne forskriften § 3 c, dekkes etter reglene i tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd

Imidlertid synes Helsedirektoratet at det er viktig å påpeke at forskriftsutkastets innhold hva angår dekning av reiseutgifter kan ha urimelige konsekvenser for personer med nedsatt funksjonsevne. Dersom personer med nedsatt funksjonsevne skal ha like muligheter til å benytte seg av valgfriheten med hensyn til om de vil motta helsehjelpen i Norge eller i andre EØS-land bør det finnes muligheter for både å ha tilpasset transport og ta med ledsager helt frem til behandlingsstedet. Dersom det ikke tilrettelegges for dette, vil transportutgiftene kunne bli så dyre for denne pasientgruppen at den nye refusjonsordningen ikke lengre er et alternativ.

7 FORHOLDET TIL ANDRE REGELSETT – JF. FORSKRIFTSUTKASTET § 14

Forholdet til skatteloven § 6-83

Det bemerkes innlednings at tittelen på forskriftsutkastets § 14 synes noe upresis. Tittelen knytter bestemmelsen opp mot andre regler om "stønad", samtidig som man i selve høringsnotatet tar opp forholdet til særfradrag i skatteloven. Videre synes forholdet til reglene i skatteloven § 6-83 noe uavklart, da en i høringsnotatet s. 52 bemerker at: "Slike forhold vil kunne medføre redusert stønadsbeløp eller samordning på annen måte, slik at pasienten ikke får særfradrag for den del av utgiftene som det ytes stønad for."

Til dette vil Helsedirektoratet bemerke at stønad til helsetjenester etter kapittel 5 i folketrygdloven har en subsidiær karakter, jf. folketrygdloven § 5-1, tredje ledd. Forholdet mellom folketrygdloven § 5-24a og skatteloven § 6-83 bør derfor reguleres

nærmere enn den foreslåtte ordningen med "reduisert stønadsbeløp eller *samordning på annen måte*".

Vi bemerker forøvrig at den nye refusjonsordningen for planlagt ikke-sykehusbehandling bør / må ses i sammenheng med den interdepartementale rapporten om særfradrag for store sykdomsutgifter som nylig har vært på høring. En eventuell hel / delvis fjerning av reglene om særfradrag vil kunne få konsekvenser for den nye refusjonsordningen.

Merknader til § 14, første ledd

Vi er av den oppfatning at ordlyden i forskriftens § 14 første setning gir rom for tolkningstvil sett i lys av de vurderinger som fremkommer i høringsnotatets kapittel 7. Selve ordlyden viser til at det ikke ytes stønad etter § 5-24a når det offentlige helt eller delvis "dekker utgifter til helsehjelp i utlandet etter andre regler."

Ordlyden kan tolkes dit hen at dersom det finnes andre regler det kan ytes stønad etter, så vil stønaden etter § 5-24a være subsidiær i forhold til denne. En slik tolkning vil også tilsi at dersom en for eksempel har krav på stønad etter § 5-24, så vil stønadsretten etter § 5-24a være subsidiær og dermed bortfalle da det utgiften kan dekkes etter "andre regler".

I høringsnotatet skisseres det opp en løsning om at det i stor grad vil være en valgfrihet for medlemmet med tanke på refusjonsordning. Visse typetilfeller vil etter sin karakter naturlig faller utenfor, som for eksempel behandling i utlandet som det offentlige har bekostet etter reglene i pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde eller femte ledd.

Vi tolker synspunktene som fremkommer i høringsnotatet dit hen at en i stor grad åpner for at medlemmet kan velge hvilken trygderefusjonsordning medlemmet vil gjøre bruk av, men at en ikke skal få dobbelt dekning. Videre at dersom man først har gjort bruk av en refusjonsordning, for eksempel at en har brukt EHIC og kun betalt en egenandel etter reglene i behandlingslandet, så er dette bindende og fratår medlemmet muligheten til å få en ny vurdering etter § 5-24a.

Helsedirektoratet gir sin tilslutning til de vurderinger og synspunkter som fremkommer i høringsnotatet, men anser det som hensiktsmessig på bakgrunn av ovennevnte at selve forskriftsteksten får et klarere uttrykk.

8 ADMINISTRERING – SAKSBEHANDLING – KLAGE M.M. – JF. FORSKRIFTSUTKASTET §§ 10 TIL 13 OG 15

I høringsnotatet fremkommer det at departementet mener det bør legges opp til en fast dialog mellom Helsedirektoratet/HELFO og henholdsvis kommunene og fylkeskommunene ved KS, og de regionale helseforetakene. Vi gir vår tilslutning til dette synspunktet. Det er også viktig å påpeke at det er Helsedirektoratet ved HELFO som er utøvende forvaltningsorgan, og som vurderer i hvilken grad og omfang

enkeltsaker skal forelegges den instans som har "sørge for"-ansvaret for den aktuelle type helsetjeneste.

Departementet legger til grunn at det ikke er behov for en særskilt bestemmelse om adgang til slik foreleggelse, og at foreleggelse kan skje uten hinder av taushetsplikt. Det vises til folketrygdloven § 21-4 som hjemmel. Etter vårt syn bør det tas konkret stilling til om hjemmelen i § 21-4 er tilstrekkelig til å forelegge enkeltsaker ettersom det her ikke vil dreie seg om innhenting av opplysninger, men om en vurdering av opplysninger og dokumentasjon som allerede foreligger.

Ankeadgang

Videre ønsker departementet tilbakemeldinger vedrørende adgangen til å kunne påanke vedtak fattet med hjemmel i folketrygdloven § 5-24a til Trygderetten. Helsedirektoratet anbefaler at ankeretten begrenses, slik at ankeretten bare gjelder for de stønadsområder som kan påankes i Norge. Med en slik begrensning vil ankeretten heller ikke gjelde for de helsetjenestene som er hjemlet i forskriftsutkastets § 3 b, c og d.

Fremsettelsesfrister

Det er i forslaget til forskrift § 10, første ledd presisert at krav først kan fremsettes etter at helsehjelpen er mottatt og betalt. For å få tydelig frem at det også er frister for når kravet senest må fremsettes, foreslås å vise direkte til reglene i folketrygdloven § 22-13. Tilsvarene gjelder for forslaget om å vise direkte til folketrygdloven § 21-12. Dette gir opphav til forslag til ny § 10:

Krav om stønad settes frem etter at helsehjelpen er mottatt og betalt. Fristen for å fremsette krav beregnes etter reglene i folketrygdloven § 22-13.

Krav om stønad settes frem for Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Vedtak kan påklages, jf. folketrygdloven § 21-12. Klage settes fram for den instans som fattet vedtaket. Klagefristen er seks uker. Klageinstansen er HELFOs hovedkontor.

Krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter behandles etter reglene i denne forskrifts § 13. ”

Fremsettelse av krav

Det fremgår at høringsnotatet at departementet er i tvil om det bør gjøres til et vilkår for stønad at kravet er fremsatt på fastsatt skjema, og videre om det bør oppstilles som vilkår at det er undertegnet av helsepersonellet.

Helsedirektoratet slutter seg til at det bør fremgå av forskriften at kravet i utgangspunktet fremsettes på fastsatt skjema. Imidlertid må krav i praksis likevel kunne behandles dersom alle relevante opplysninger og tilstrekkelig dokumentasjon foreligger til tross for at skjema ikke er utfyllt. Det kan tenkes at enkelte refusjonskrav

vil være relativt enkle, for eksempel ved kjøp av legemiddel, og at man derfor ikke skal ha et ufravikelig krav om benyttelse av et spesielt skjema, men ha et som letter søknadsprosessen for brukeren og saksbehandlingen for HELFO. Vi foreslår følgende forslag til endring av § 11 første ledd:

"Kravet skal som hovedregel fremsettes på fastsatt skjema"

Videre mener vi at det er hensiktsmessig med ulike skjema for ulike områder. Ved å ha flere skjema kan også veilederne spisses mer, slik at brukeren fyller inn mer korrekte opplysninger og saksbehandlingen i HELFO går lettere og raskere. Ved skjema der ulike rubrikker vekselvis ikke skal fylles ut og skal fylles ut avhengig av om det søkes om legemiddel eller medisinsk forbruksmateriell kan være veldig forvirrende.

Vi mener videre at det ikke i første ledd bør oppstilles som generelt vilkår at helsepersonell må underskrive dokumentet. Et argument som støtter opp under dette, er at skjemaene ikke vil bli oversatt til samtlige språk i EØS-området. En kan da i realiteten få en situasjon der behandleren ikke skjønner hva vedkommende har skrevet under på, eller vegrer seg for å underskrive dersom en ikke forstår alt som står i dokumentet. Vi mener skjemaet bør underskrives av pasienten, blant annet for å ansvarliggjøre denne i stedet for helsepersonellet. Kravene til dokumentasjon bør uansett ivareta behovet for riktige opplysninger.

Særsilt i forhold til tannbehandling, så støtter Helsedirektoratet synspunktet om at tjenesteyteren skal utfylle skjemaet. Dette da det vil være behov for særsilt fagkompetanse når en skal gi relevante opplysninger. Vi påpeker likevel også her at de forhold som nevnt i forrige avsnitt kan gjøre seg gjeldene. Den praktiske tilnærmingen til dette gjør at dette kravet om underskrift fra behandler muligens må bortfalle også her, men en slik løsning anbefales likevel ikke.

I selve forskriftens § 11, fjerde ledd, ønsker Helsedirektoratet en mer presiserende ordlyd, og foreslår følgende endring;

"Utgiftene må dokumenteres med original og spesifisert faktura fra tjenesteyteren, og kvittering eller annen dokumentasjon for betaling"

Hva angår oversettelse av dokumenter, så anbefaler Helsedirektoratet at forskriften bør presisere tydeligere at det er medlemmet selv som må betale for oversettelsen. Helsedirektoratet foreslår derfor å endre forskriftens § 11 femte ledd til:

"Medlemmet må selv bekoste og vedlegge oversettelse..."

I tilfeller der tilstrekkelig informasjon eller dokumentasjon ikke foreligger, bør det fremgå at HELFOs undersøkelsesplikt etter forvaltningsloven er begrenset slik at HELFO ikke har en selvstendig plikt til å innhente dokumentasjon fra behandlere i andre EØS-land. Helsedirektoratet ønsker derfor en presisering i forskriftens § 11 sjette ledd;

"HELFO kan om nødvendig be medlemmet fremskaffe ytterligere informasjon eller dokumentasjon. HELFO kan også innhente mer informasjon."

Vi legger også til grunn at medlemmets dokumentasjonsplikt også omfatter eventuelt fritak fra å betale egenandel.

Krav om reise- og oppholdsutgifter

Vi bemerker at innspillene til § 10 vedrørende frister for fremsettelse av krav om stønad, også må gjelde for krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter.

Vedr. overgangsordningen

Helsedirektoratet ser at det kan oppstå problemer i forhold til fremskaffelse av dokumentasjon på behandling som er mottatt opptil tre år tilbake i tid. Vi er enige i at det er naturlig å gjøre unntak for kravet til at særskilt skjema for tannbehandling skal være utfyllt og undertegnet av tjenesteyter. Kravet til dokumentasjon kan komme til å bli vanskelig å oppfylle også i andre tilfeller, men vi ser likevel at komiteens uttalelse om dokumentasjonskravet ikke nødvendigvis åpner for å gjøre andre unntak.

Vi foreslår noen mindre språklige endringer i paragrafen, samt ny tittel, for å gjøre det tydeligere at det finnes en overgangsordning:

”§ 15 Overgangsordning

Det ytes stønad for helsehjelp mottatt inntil tre år før ikrafttredelsestidspunktet. Krav som gjelder helsehjelp mottatt før *forskriftens* ikrafttredelse(...), må være fremsatt innen seks måneder etter ikrafttredelsen.

Kravene i forskriften her, herunder dokumentasjonskravene fastsatt i § 11, gjelder også for krav knyttet til helsehjelp mottatt før ikrafttredelsen. Kravet etter § 11 annet ledd om at særskilt skjema for tannbehandling skal være utfyllt og undertegnet av tjenesteyteren, gjelder likevel ikke.”

9 OPPGJØR VEDRØRENDE DE UTBETALTE STØNADSBELØPENE – JF. FORSKRIFTSUTKASTET § 12

Helsedirektoratet bemerker at bostedsbegrepet og angivelsen av hvem kommuner, fylkeskommuner og helseforetak har ”sørge for” ansvaret for er noe ulikt regulert i kommunehelsetjenesteloven, fylkeskommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Dette kan få konsekvenser i forhold til når det kan fremmes et krav, og hvem kravet kan rettes mot. En bør derfor presisere det nærmere innholdet.

I Spesialisthelsetjenesteloven § 5-1, fjerde ledd står følgende:

”Departementet avgjør i tvilstilfeller hvor en pasient har bostedsregion.”

Vi kan ikke gjenfinne tilsvarende tvisteløsningsordning i de andre aktuelle lovene. Vi ser imidlertid at spørsmålet også kan oppstå i forhold til hvilken kommune eller fylkeskommune som er rett adressat for kravet, og at tilsvarende ordning også bør etableres for disse.

Helsedirektoratet bemerker forøvrig at dersom det gjøres endringer i personkretsen som har rettigheter etter denne ordningen, må en også regulere hvem som har finansieringsansvaret for de ulike gruppene dersom dette ikke allerede følger av bestemmelsen i sin nåværende form.

Vi har for øvrig følgende forslag til språklige endringer i forskriftens § 12:

Stønaden eller bidraget utbetales av HELFO til medlemmet.

HELFO foretar oppgjør med kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak for utbetalt stønad til dekning av utgifter til helsehjelp som tilsvarer helsehjelp vedkommende instans har ansvar for å sørge for i Norge.

Den enkelte kommune dekker fullt ut *utbetalt stønad* for stønadsberettigede som er bosatt i kommunen knyttet til helsehjelp som nevnt i forskriften § 3 første ledd bokstav a for så vidt gjelder tjenester som tilsvarer folketrygdloven § 5-4 (allmennlege), § 5-8 og § 5-12.

Den enkelte fylkeskommune dekker fullt ut *utbetalt stønad* ved helsehjelp som nevnt i forskriften § 3 første ledd bokstav c for stønadsberettigede som er bosatt i fylkeskommunen.

De regionale helseforetakene dekker fullt ut *utbetalt stønad* for stønadsberettigede som er bosatt i helseregionen knyttet til helsehjelp som nevnt i forskriften § 3 første ledd bokstav a for så vidt gjelder tjenester som tilsvarer folketrygdloven § 5-4 (legespesialist), § 5-5 og § 5-7, og forskriften § 3 første ledd bokstav d.

Folketrygden dekker utgiftene for stønadsberettigede som ikke er bosatt i Norge, og for helsehjelp som ikke omfattes av tredje til femte ledd *i denne paragrafen.*”

10 ENDRING I FORSKRIFT TIL PASIENTSKADELOVEN – JF. FORSKRIFTSUTKASTETS § 17 PKT 1

Helsedirektoratet har ingen kommentar.

11 ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

Helsedirektoratet deler departementets syn på at de økonomiske virkningene for folketrygden foreløpig er høyst usikre. Ordningen vil imidlertid helt klart bli veldig krevende å administrere for HELFO (i sær i oppstartsfasen), noe som krever ressurser. Det er lagt opp til at de nærmere grensene for mange av vilkårene for å ha rett til refusjon skal fastsettes gjennom praksis. Dette arbeidet vil bli veldig krevende, både i fht. å skape ensartet praksis og å finne riktige avgrensninger. Siden regelverket gir mange skjønsmessige vurderinger og favner så vidt (også utenfor HELFOs kompetanseområde) er det også utfordrende å lage informasjon som gir det enkelte medlem godt nok grunnlag til å kunne vurdere sine rettigheter.

Forvaltningsmessig vil HELFO også få behov for mer medisinsk og farmasøytisk kompetanse, også i fht. tannhelse, for å vurdere om helsetjenester som er mottatt i utlandet faller inn under det som dekkes etter forskriftens § 3. Dette gjelder i sær grensene som skisseres i forskriften § 3 første ledd c og d, og grensen mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling.

Videre vil det også bli tidkrevende å behandle krav etter denne ordningen. Vi viser i denne forbindelse til merknader knyttet opp til de enkelte bestemmelsene tidligere i dokumentet.

Usikkerhet omkring ordningen kan også knyttes til dens stipulerte omfang. Vi antar at det vil forekomme en økning i antall saker etter hvert som ordningen befester seg, og det forventes følgelig at nødvendige ressurser tilføres forholdsmessig.

13 UTKAST TIL FORSKRIFTER

Helsedirektoratets endringsforslag er markert i kursiv;

§ 1 Generelt virkeområde

Ingen endringsforslag

§ 2 Hovedvilkår

Endringsforslag til andre ledd:

"Med mindre det er gjort unntak eller tilpasninger i forskriften her, eller det av sammenhengen er åpenbart at et vilkår ikke kan gjøres gjeldende, gjelder de samme vilkår som for tilsvarende helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge."

§ 3 Hvilke typer helsehjelp det ytes stønad til

Ingen endringsforslag

§ 4 Begrensninger i retten til stønad (ny paragraf)

Stønad ytes ikke dersom pasienten overnatter i behandlingsinstitusjonen. Stønad ytes heller ikke for undersøkelse og behandling som forutsetter ressurser, utstyr eller kompetanse som normalt forbindes med sykehusbehandling i Norge. Dette omfatter blant annet undersøkelse/diagnostisering og behandling som

- er knyttet til kostbare investeringer*
- er knyttet til særlig personellkrevende behandlingsopplegg*
- utføres under utøvelse av høyspesialisert medisin*
- innebærer bruk av kostnadsintensiv infrastruktur eller utstyr*
- innebærer en særlig risiko for pasienten, hvor blant annet nærhet til intensivberedskap er nødvendig.*

Stønad ytes ikke for substitusjonsbehandling for opioidavhengighet. Dette gjelder selv om medlemmet får legemiddelassistert rehabilitering i Norge. Det ytes ikke bidrag etter § 5-22, med unntak av hormonelle prevensjonsmidler og legemidler til bruk ved infertilitetsbehandling, jf. § 3 b)."

§ 4 Personkrets

Endringsforslag til fjerde ledd:

"For den som er bosatt i et annet EØS-land og har rett til helsehjelp...."

§ 5 Henvisning, resept og rekvisisjon

Endringsforslag til fjerde ledd:

"Kravet om resept eller rekvisisjon utstedt av lege eller annet helsepersonell kan også oppfylles ved resept eller rekvisisjon utstedt av tilsvarende helsepersonell som praktiserer i et annet EØS-land."

§ 6 Autorisasjon og andre krav til tjenesteyteren

Ingen endringsforslag

§ 7 Beregning av stønad

Forslag til nytt siste ledd:

Egenandeler beregnes etter bestemmelsene i forskriftens § 8

§ 8 Egenandel

Forslag til nytt femte ledd:

"Dersom den faktiske utgiften ved helsehjelpen overstiger summen av stønad og egenandel, må medlemmet dekke det overskytende beløpet fullt ut. Det overskytende beløpet kan heller ikke medregnes under egenandelstaket."

§ 9 Reise- og oppholdsutgifter

Endringsforslag til fjerde ledd:

"Reiseutgifter knyttet til stønadsberettigete tannhelsetjenester som nevnt i denne forskriften § 3 c, dekkes etter reglene i tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd

§ 10 Saksbehandlingsregler, fremsetting av krav og klage

Endringsforslag:

Krav om stønad settes frem etter at helsehjelpen er mottatt og betalt. Fristen for å fremsette krav beregnes etter reglene i folketrygdloven § 22-13.

Krav om stønad settes frem for Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Vedtak kan påklages, jf. folketrygdloven § 21- 12. Klage settes fram for den instans som fattet vedtaket. Klagefristen er seks uker. Klageinstansen er HELFOs hovedkontor.

Krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter behandles etter reglene i denne forskrifts § 13. "

§ 11 Dokumentasjon, skjema og oversettelse

Endringsforslag til første ledd:

"Kravet skal som hovedregel fremsettes på fastsatt skjema"

Endringsforslag til fjerde ledd:

"Utgiftene må dokumenteres med original og spesifisert faktura fra tjenesteyteren, og kvittering eller annen dokumentasjon for betaling

Endringsforslag til femte ledd:

"Medlemmet må selv bekoste og vedlegge oversettelse..."

Endringsforslag til sjette ledd:

"HELFO kan om nødvendig be medlemmet fremskaffe ytterligere informasjon eller dokumentasjon. HELFO kan også innhente mer informasjon."

§ 12 Utbetaling av stønad og refusjonsoppgjør

Endringsforslag fra første til sjette ledd:

"Stønad eller bidraget utbetales av HELFO til medlemmet.

HELFO foretar oppgjør med kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak for utbetalt stønad til dekning av utgifter til helsehjelp som tilsvarer helsehjelp vedkommende instans har ansvar for å sørge for i Norge.

Den enkelte kommune dekker fullt ut *utbetalt stønad* for stønadsberettigede som er bosatt i kommunen knyttet til helsehjelp som nevnt i forskriften § 3 første ledd bokstav a for så vidt gjelder tjenester som tilsvarer folketrygdloven § 5-4 (allmennlege), § 5-8 og § 5-12.

Den enkelte fylkeskommune dekker fullt ut *utbetalt stønad* ved helsehjelp som nevnt i forskriften § 3 første ledd bokstav c for stønadsberettigede som er bosatt i fylkeskommunen.

De regionale helseforetakene dekker fullt ut *utbetalt stønad* for stønadsberettigede som er bosatt i helseregionen knyttet til helsehjelp som nevnt i forskriften § 3 første ledd bokstav a for så vidt gjelder tjenester som tilsvarer folketrygdloven § 5-4 (legespesialist), § 5-5 og § 5-7, og forskriften § 3 første ledd bokstav d.

Folketrygden dekker utgiftene for stønadsberettigede som ikke er bosatt i Norge, og for helsehjelp som ikke omfattes av tredje til femte ledd *i denne paragrafen.*"

§ 13 Krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter

Ingen endringsforslag

§ 14 Forholdet til andre regler om stønad til behandling i utlandet mv.

Ingen endringsforslag

§ 15 *Overgangsordning (ny tittel)*

Endringsforslag til første og andre ledd:

Det ytes stønad for helsehjelp mottatt inntil tre år før ikrafttredelsestidspunktet. Krav som gjelder helsehjelp mottatt før *forskriftens* ikrafttredelse(...), må være fremsatt innen seks måneder etter ikrafttredelsen.

Kravene i forskriften her, herunder dokumentasjonskravene fastsatt i § 11, gjelder også for krav knyttet til helsehjelp mottatt før ikrafttredelsen. Kravet etter § 11 annet ledd om at særskilt skjema for tannbehandling skal være utfyllt og undertegnet av tjenesteyteren, gjelder likevel ikke."

§ 16 Ikrafttredelse


Ingen endringsforslag

§ 17 Endringer i andre forskrifter

Ingen endringsforslag

Vennlig hilsen

Olav Valen Slåttebrekk e.f.
divisjonsdirektør



Gaute Nøby
rådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk