

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Vår referanse:  
10/00544-2/008

Deres referanse:

Dato:  
11.08.2010

Saksbehandler:  
Berit Herlofsen, +47 02411  
[berit.herlofsen@helse-sorost.no](mailto:berit.herlofsen@helse-sorost.no)

## Høring - utkast til forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS land

Helse Sør-Øst RHF viser til Helse- og omsorgsdepartementets oversendelse av utkast til forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land med høringsfrist 15. august 2010.

Helse Sør-Øst RHF gir følgende høringsvar:

### 1. Skillet mellom sykehusbehandling og ikke- sykehusbehandling

I utkastet til forskrift § 3 annet ledd defineres denne grensen ved at stønad ikke ytes:

- ”dersom pasienten overnatter i behandling sinstitusjonen, eller
- ved undersøkelse og behandling som forutsetter ressurser, utstyr eller kompetanse som normalt forbindes med sykehusbehandling”.

Sistnevnte utdypes i merknadene som undersøkelser/diagnostisering og behandlinger som:

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

Ordlyden kan åpne for at store deler av spesialisthelsetjenestens polikliniske virksomhet vil bli omfattet, herunder dagbehandling. Helse Sør-Øst RHF tror unntaket kan bli vanskelig å praktisere, og understreker behovet for at sykehusbehandling gis en vid fortolkning, bl.a for å sikre helsemyndighetenes muligheter til å styre helseressursene inn mot prioriterte fagområder og pasientgrupper.

Det legges opp til at grensen mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling i stor utstrekning skal trekkes gjennom praksis. HELFOs seks regionskontorer, som skal treffe vedtak i første instans, blir sammen med hovedkontoret, som skal behandle klagene, de sentrale enhetene. I og med at det er såpass mange aktører, vil dette by på utfordringer i forhold til å sikre likebehandling. Det vil også vanskeliggjøre det å gi pasientene korrekt informasjon om hva ordningen omfatter, særlig i starten. Helse Sør-Øst RHF ser imidlertid hensiktsmessigheten av å i noen grad vinne erfaring med bruken av ordningen før praksisen "sementeres". Samtidig vil det få betydning hvordan det ventede direktivet kommer til å regulere grensdragningen.

Selv om det i utgangspunktet er den som treffer vedtakene som blir ansvarlig for å sikre likebehandlingen, vil HELFO trolig ha behov for ekstern medisinsk faglig bistand til saksbehandling. Saksbehandlerne vil ikke alltid ha klare diagnoser og medisinske koder å forholde seg til, men vil måtte foreta skjønsmessige vurderinger bl.a om det er indikasjon for helsehjelpen for den konkrete pasienten ut fra den dokumentasjonen pasienten legger frem. Det vil derfor være naturlig at personer i helsetjenesten som arbeider med det aktuelle fagområdet, trekkes inn. Foreløpig er det ikke gitt noen signaler om HELFOs eventuelle planer for gjennomføringen, annet enn at det opplyses at det bør etableres en dialog mellom Helsedirektoratet/HELFO og de regionale helseforetakene om refusjonsnivå, hva som er refusjonsberettiget, samt aktuelle oppgjørsformer. Helse Sør-Øst RHF ser det som avgjørende at de regionale helseforetakene blir konsultert om tilretteleggingen av denne dialogen, og anbefaler at de regionale helseforetakene så snart som mulig trekkes inn i det forberedelsesarbeidet som etter det vi kjenner til allerede er startet opp. Det kan bl.a være behov for å avtaleregulere enkelte av de overfor nevnte forholdene, og tiden er da knapp hvis ikrafttredelsen fortsatt planlegges å være 1. januar 2011. Se for øvrig nærmere omtale av kontakten mellom Helsedirektoratet/HELFO og de regionale helseforetakene nedenfor under punkt 5. administrasjon, saksbehandling og klage.

Avgrensningen av hva de regionale helseforetakene vil få ansvar for har også en side til begrepet spesialisthelsetjeneste, herunder grensen mot kommunehelsetjenestens ansvar. De regionale helseforetakene vil få ansvar for kostnadene knyttet til sitt område, dvs spesialisthelsetjenesten. Avgrensningen er på mange områder uproblematisk, men det kan f.eks by på problemer å avgjøre hva som er spesialisthelsetjeneste og hva som er kommunehelsetjeneste ved etablering av ulike felles samhandlingstiltak. Eksempler på samhandlingsområder som kan være særlig aktuelle er: funksjonell rehabilitering av hjerneslag/skader, palliasjon og spesielle tiltak innen rus og psykiatri. Samhandlingsreformen innebærer at det antakelig vil bli satset mer på denne typen felles organiserte tilbud fremover, ikke bare i institusjonssammenheng (sykehusbehandling). Utviklingen ser ut til å gå mot at en større del av pasientoppfølgingen enn i dag vil forankres i kommunehelsetjenesten, mens spesialisthelsetjenesten vil bidra inn med veiledning og behandlingsnettverk. Hvem som skal bli ansvarlig for å refundere pasienters kostnader for deltakelse i liknende sammensatte helsetilbud i utlandet, vil derfor kunne være uklart.

Et aktuelt eksempel på en type helsehjelp som, slik Helse Sør-Øst RHF ser det, bør vurderes som "høyspesialisert medisin" og derved sykehusbehandling, er behandling med de nye biologiske legemidlene, f.eks TNF-hemmere. Dette er svært dyre medisiner som de regionale helseforetakene i dag har ansvar for å betale, og det anses som svært

viktig at dagens system og kontroll med rekvireringen (hvilke pasienter som bør få medisinene) kan opprettholdes. De regionale helseforetakene får i dag 40% ISF for disse medisinene, noe som også vil bortfalle dersom dette skulle anses å være omfattet av refusjonsordningen.

## **2. Vilkår for refusjon**

### **Helsehjelpens ”art og omfang”**

Utgangspunktet er at vilkårene for refusjon skal være de samme (både når det gjelder art og omfang) som for tilsvarende behandling i Norge med utgiftsdekning fra det offentlige. Det vises i høringen til nasjonale faglige retningslinjer og folketrygdlovens krav knyttet til de ulike stønadsformene som aktuell ”støtte” for vurderingen.

Fastsettelsen av hva slags helsehjelp den konkrete pasienten ville fått dekket fra det offentlige i Norge vil likevel kreve medisinskfaglig kunnskap, jf. behovet for kontakt med det aktuelle fagmiljøet i Norge som er beskrevet ovenfor. Saksbehandler må bl.a være i stand til å lese beskrivelsen av den utenlandske behandlingen ”kritisk” for å identifisere hva slags helsehjelp pasienten har mottatt, samt kunne sammenligne denne med aktuell helsehjelp i Norge både på gruppenivå og i forhold til den konkrete pasientens aktuelle situasjon og indikasjon for behandling.

Helse Sør-Øst RHF antar at det vil kunne oppstå vanskelige saker i forhold til spesielle behandlingsmetoder (f.eks innen kreftbehandling, behandling for rygg/nakke problemer og tverrfaglig opptrening/undersøkelser) som aktualiserer både grensen mot sykehusbehandling og grensen mot utprøvende og alternativ behandling, som jo ikke vil omfattes av ordningen. Helse Sør-Øst RHF ser det som viktig at HELFO praktiserer regelverket strengt ved å kreve at pasientens dokumentasjon inneholder en så nøyaktig beskrivelse av helsehjelpen at det blir mulig å behandle refusjonskravet.

### **Kravet om henvisning**

Helse Sør-Øst RHF støtter kravet om henvisning fra helsepersonell som praktiserer i Norge. Med de omfattende unntakene som fremgår av forslaget til forskrift, vil det imidlertid kunne være vanskelig å vite hvordan dette vil praktiseres. For pasientene kan bestemmelsen gi liten veiledning og forutberegnelighet.

### **Tjenesteyterens kvalifikasjoner - spesialistgodkjenning**

Helse Sør-Øst RHF ser at spesialistgodkjenningskravet kan medføre vanskeligheter i praksis, særlig på noen fagområder. F.eks vil det være vanskelig for en pasient å kunne dokumentere at en psykolog i et annet EØS-land har kompetanse tilsvarende de kravene som følger av retningslinjene gitt av Norsk Psykologforening. Det blir derfor svært viktig å sørge for god informasjon til aktuelle brukere av refusjonsordningen på forhånd.

## **3. Personkrets**

Det er særlig bedt om høringsinstansenes syn på reguleringen av den personkrets som skal være berettiget til refusjon, både når det gjelder hvem som bør omfattes og hvordan dette bør nedfelles i forskriften. Helse Sør-Øst RHF ser det i utgangspunktet som viktig å unngå at samme spørsmål reguleres særskilt i ulike regelsett. Dette kan tale for at det er mest hensiktsmessig at definisjonen av personkrets knyttes opp mot den personkrets

Norge er ansvarlig for mht forhåndsgodkjenning av planlagt behandling i utlandet etter trygdeforordningens regler. Ved at dette ikke reguleres direkte i forskriften, vil det imidlertid måtte utarbeides god informasjon som gjøres lett tilgjengelig, f.eks også elektronisk gjennom linker. Hvem som omfattes av de ulike trygdeforordningene er vanskelig tilgjengelig stoff også i dag, og kan med fordel ”populariseres”.

På den annen side mener Helse Sør-Øst RHF at dette ikke bør gjøres dersom det medfører at personer med svak tilknytning til Norge gis rettigheter utover det Norge er forpliktet til å gi, f.eks ved at vår ”romslige” standard for hva slags helsehjelp det offentlige gir (ift standarden i landet personen er bosatt i), legges til grunn for refusjonskravet.

Helse Sør-Øst RHF støtter departementets forslag om å begrense personkretsen til statsborgere i EØS-land.

#### **4. Beregning av refusjon og egenandel**

Det skisseres to mulige modeller for refusjonsberegningen:

- Modell A:  
Rutinemessig å sammenligne med hva tilsvarende helsehjelp i Norge belaster/antas å belaste det offentlige med, og avkorte i refusjonskrav som overstiger dette, eller
- Modell B:  
Som hovedregel å fastsette stønad ut fra faktisk utgift og foreta en nærmere sammenligning med kostnadene ved tilsvarende helsehjelp i Norge (med tanke på eventuell avkorting) bare i de tilfeller der kravet virker urimelig høyt.

I og med at det er vanskelig å beregne hva spesialisthelsetjenesten ville belastet det offentlige med, mener Helse- og omsorgsdepartementet at modell B bør legges til grunn ved refusjonsberegningen. Helse Sør-Øst RHF påpekte i forrige høring (i brev 1.10.08) utfordringen med å vurdere hva som er åpenbart urimelig når det er lite kunnskap om hva som skal anses som en rimelig kostnad. Helse Sør-Øst RHF mente derfor at det uansett måtte gjøres noen beregninger rundt hva en type helsehjelp belaster det offentlige med i Norge.

Det er mulig at forskjellen i valg av modell i praksis ikke vil bli så stor, og at den forenklete tilnærmingen som B-modellen legger opp til vil være mest hensiktsmessig. I og med at departementet synes å mene at ordningen ikke vil få noe særlig omfang, er dette likevel ikke et veldig tungtveiende argument. Uansett er dette et område der dialog mellom Helsedirektoratet/HELFO og de regionale helseforetakene om hvordan ordningen skal praktiseres blir sentral.

#### **5. Administrasjon, saksbehandling og klage**

Det er særlig bedt om høringsinstansenes syn på spørsmålet om klageinstansens vedtak skal kunne ankes inn for Trygderetten, eller om det bør gjøres unntak, f.eks slik at ankeretten bare gjelder vedtak om stønadsformer hvor det er ankerett når tilsvarende helsehjelp er mottatt i Norge. Helse Sør-Øst RHF er av den oppfatning at ytelsens art, spesialisert helsehjelp, ikke gjør det naturlig med en slik ankeadgang. Stønadsordninger

utgjør kjernen av trygdens ordinære saker, og en eventuell ankerrett bør begrenses til stønadsformer hvor det er ankerrett når helseshjelpen mottas i Norge, slik at muligheten for en slik ”tredjeinstanssprøving” blir lik uavhengig av hvor helseshjelpen mottas.

Det fremgår av høringsnotatet at departementet mener det bør legges opp til en fast dialog mellom Helsedirektoratet/HELFO og de regionale helseforetakene (og tilsvarende med kommunene og fylkeskommunene v/KS). På overordnet nivå er det aktuelt å drøfte hva som er refusjonsberettiget, refusjonsnivå (herunder retningslinjer for disse to) samt aktuelle oppgjørformer. Helse Sør-Øst RHF understreker som nevnt viktigheten av at denne dialogen blir etablert så snart som mulig.

Ved å velge en løsning der HELFOs seks regionskontorer skal treffe vedtak i første instans, har man, slik Helse Sør-Øst RHF ser det, valgt en krevende modell som forutsetter at HELFOs hovedkvarter følger opp tett, særlig i starten. Det vil samtidig bli behov for, og legges også opp til at HELFO bør kunne forelegge et refusjonskrav for den instans som har ansvaret for den aktuelle typen helsetjeneste dersom det i tvilstilfeller er grunn til det. Helse Sør-Øst RHF ser det som viktig å ha mulighet til å følge utviklingen tett, og ønsker derfor å diskutere hvordan denne dialogen rent praktisk kan tilrettelegges.

De interne retningslinjene for saksbehandlingen i HELFO blir viktige, og de regionale helseforetakene må som ansvarlig for å dekke kostnadene i noen utstrekning kunne ”overvåke” HELFOs praktisering av regelverket. Det er mulig at det er hensiktsmessig med en koordinator på RHF nivå, eventuelt også løpende oversendelser av anonymiserte kopier av vedtak. De regionale helseforetakene har for øvrig et nasjonalt nettverk for utenlandsbehandling som har god kontakt med fagmiljøene og innehar meget relevant kompetanse som f.eks bør kunne brukes som ressurs i forhold til å avklare hva som ville blitt gitt av helseshjelp i Norge. Disse forhold må nærmere avtales gjennom den dialogen departementet har invitert til på overordnet nivå.

I den grad det legges opp til utveksling av personopplysninger, må det legges til rette for at dette kan gjøres på lovlig og betryggende vis (anonymisert, med samtykke eller med tilstrekkelig lovhjemmel).

### **Fremsettelse av krav og oppgjør**

Det foreslås bruk av et eget skjema for fremsettelse av krav. Det legges imidlertid ikke opp til å kreve at opplysninger i skjemaet/dokumentasjonen skal inneholde referanser til det medisinske kodeverket i det aktuelle land helsetjenesten ytes.

Helse Sør-Øst RHF støtter forslaget om bruk av særskilt skjema. I motsetning til departementet mener imidlertid Helse Sør-Øst RHF at det er viktig å stille krav om at den utenlandske tjenesteyteren viser til de systemer/medisinske koder som er lagt til grunn for behandlingen i det aktuelle landet. Dette for å kunne sammenholde disse med aktuelle norske koder, for derved å få et best mulig grunnlag å beregne kostnadene på.

Helse Sør-Øst RHF støtter kravet om at pasienten selv har ansvar for å dokumentere at vilkårene er oppfylt, og at pasientene selv må bekoste en eventuell oversettelse.

Helsedepartementet har ikke funnet det nødvendig å forskriftsfeste hvordan oppgjøret mellom Helsedirektoratet/HELFO og RHF, fylkeskommuner og kommuner skal skje. Helse Sør-Øst RHF viser til behovet for dialog som er fremhevet over, og antar som nevnt at det bør inngås en avtale mellom de berørte parter.

### **Økonomiske og administrative konsekvenser**

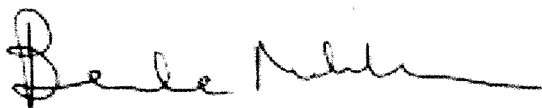
Det ligger en økonomisk risiko for de regionale helseforetakene i denne ordningen, hvor HELFO behandler refusjonskrav og de regionale helseforetakene betaler ut refusjonen (3. partsfinansiering). De regionale helseforetakene vil ikke ha styring og kontroll med kostnadene, og HELFO på sin side vil i prinsippet ikke ha incentiver til kostnadsbegrensning.

Det ligger også usikkerhet i hvilket omfang denne ordningen etter hvert vil kunne få, og om pasientene som benytter seg av ordningen alternativt hadde fått sin behandling i Norge eller om dette i stor grad dreier seg om "nye" pasienter.

Selv om pasientene i utgangspunktet ikke skal få noe mer enn de ville fått i Norge, vil netto kostnader for de regionale helseforetakene knyttet til den enkelte pasients behandling generelt bli høyere, i og med at det ut fra dagens regelverk ikke gis ISF-refusjon. Helse Sør-Øst RHF anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer om denne typen behandling også skal omfattes av regelverket knyttet til innsatsstyrt finansiering, slik at det kan gis ISF-refusjon etter bestemte retningslinjer.

Helse Sør-Øst RHF antar at (avtale)spesialister kanskje vil utgjøre den største gruppen tjenesteytere som pasienter vil oppsøke i EØS-området, og at dette særlig kan bli aktuelt for grensestrøkene mot Sverige. Avhengig av omfang, vil dette kunne medføre merkostnader. I tillegg kommer kostnadene til administrasjon, herunder knyttet til dialogen med Helsedirektoratet/HELFO, samt eventuelle behov for tekniske tilpasninger, bl.a også for Pasientreiser ANS.

Med vennlig hilsen  
Helse Sør-Øst RHF



Bente Mikkelsen  
adm. direktør



Ann-Margrethe Langbakk  
juridisk direktør

Gjenpart til Helsedirektoratet og HELFO hovedkontor