

Høringsnotat

Forslag til forskrift om ny ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp (ikke-sykehusbehandling) i andre EØS-land

Utsendt: 5. mai 2010

Høringsfrist: 15. august 2010

INNHold

1	INNLEDNING	5
2	HVILKE TYPER HELSEHJELP REFUSJONSORDNINGEN SKAL OMFATTE – JF. FORSKRIFTSUTKASTET § 3.....	6
2.1	Innledning.....	6
2.2	Tjenester og varer som det ytes stønad eller bidrag til etter folketrygdloven kapittel 5 7	
2.2.1	Stønad etter folketrygdloven kapittel 5	7
2.2.2	Bidrag etter folketrygdloven § 5-22	8
2.3	Spesialisthelsetjenester – særlig om skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling	9
2.3.1	Innledning	9
2.3.2	EU-domstolens praksis knyttet til skillet mellom sykehus- og ikke-sykehusbehandling 9	
2.3.3	Høringsbrevet av 16. juni 2008 og Ot.prp. nr. 92 (2008-2009)	10
2.3.4	Forslaget til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester	11
2.3.5	Departementets vurdering og forslag.....	12
2.4	Særlig om legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	13
2.5	Den offentlige tannhelsetjenesten	14
3	VILKÅR FOR REFUSJON – JF. FORSKRIFTSUTKASTET §§ 2, 5 OG 6.....	15
3.1	Utgangspunkt.....	15
3.2	Henvvisning mv. som vilkår for refusjon	17
3.3	Vilkår knyttet til autorisasjon, spesialistgodkjenning o.l.....	21
3.3.1	Autorisasjon og veiledet tjeneste	21
3.3.2	Spesialistgodkjenning og lignende	21
3.3.3	Særlig om spesialistgodkjenning ved refusjon av utgifter ved implantatbasert protetikke etter folketrygdloven § 5-6	23
3.3.4	Oppsummering.....	25
3.4	Særlig om legemidler, medisinsk forbruksmateriell m.m.	25
3.4.1	Legemidler	25
3.4.2	Spesielt medisinsk utstyr m.m.....	26
4	PERSONKRETS – JF. FORSKRIFTSUTKASTET § 4.....	27
4.1	Høringsbrevet av 16. juni 2008.....	27
4.2	Utgangspunkt og departementets innledende bemerkninger	28
4.3	Bosatt i Norge og medlem av folketrygden	30
4.4	Bosatt i utlandet, men medlem i folketrygden eller forsørget familiemedlem	32

4.5	Bosatt i Norge, men ikke medlem i folketrygden	34
4.6	Personer som er berettiget til helsehjelp under midlertidig opphold i Norge i henhold til gjensidighetsavtale	34
5	BEREGNING AV REFUSJON OG EGENANDEL – JF.	
	FORSKRIFTSUTKASTET §§ 7 OG 8 SAMT § 17 PUNKT II OG III	35
5.1	Innledning.....	35
5.2	Tjenester som tilsvarer helsehjelp som i Norge ytes i kommunehelsetjenesten	36
5.3	Spesialisthelsetjenester	37
5.4	Tannhelsetjenester til prioriterte grupper etter tannhelsetjenesteloven.....	39
5.5	Tjenester og varer hvor folketrygden er eneste finansieringskilde	40
5.6	Fritak for egenandel og godskriving på egenandelskort	42
6	REISE- OG OPPHOLDSUTGIFTER – JF. FORSKRIFTSUTKASTET §§ 9 OG 13	43
6.1	Om EU-domstolens praksis	43
6.2	Regler for dekning av reise- og holdsutgifter i Norge.....	44
6.3	Høringsbrevet av 16. juni 2008 og Ot.prp. nr. 92 (2008-2009)	45
6.4	Departementets vurdering og forslag	45
7	FORHOLDET TIL ANDRE REGELSETT – JF. FORSKRIFTSUTKASTET § 14	47
8	ADMINISTRERING – SAKSBEHANDLING – KLAGE M.M. – JF.	
	FORSKRIFTSUTKASTET §§ 10 TIL 13 OG 15.....	52
8.1	Saksbehandling – instans og regelverk	52
8.2	Fremsettelse av krav.....	53
8.3	Krav til dokumentasjon og oversettelse.....	55
8.4	Behandling av krav på reise- og oppholdsutgifter	55
8.5	Overgangsordning	57
9	OPPGJØR VEDRØRENDE DE UTBETALTE STØNADSBELØPENE – JF.	
	FORSKRIFTSUTKASTET § 12.....	57
10	ENDRING I FORSKRIFT TIL PASIENTSKADELOVEN – JF.	
	FORSKRIFTSUTKASTET § 17 PUNKT I.....	58

11	ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER	59
12	KOMMENTARER TIL DE ENKELTE BESTEMMELSENE I FORSKRIFTSUTKASTET	61
13	UTKAST TIL FORSKRIFTER.....	66
 VEDLEGG:		
	LOV 19. JUNI 2009 NR. 72 OM ENDRINGER I FOLKETRYGDLOVEN M.M.(ETABLERING AV EN ORDNING FOR REFUSJON AV PASIENTERS UTGIFTER TIL HELSEHJELP I ANDRE EØS-LAND)	73

1 Innledning

Ved lov 19. juni 2009 nr. 72 om endringer i folketrygdloven m.m. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land) ble det vedtatt lovendringer vedrørende en ny refusjonsordning for helsehjelp mottatt i andre EØS-land (se vedlegg). Refusjonsordningen er hjemlet i folketrygdloven kapittel 5 ved ny § 5-24 a. I tillegg er bestemmelser om finansiering av refusjonsutbetalinger tatt inn i kommunehelsetjenesteloven, tannhelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Lovendringene er ikke satt i kraft ennå. Ikrafttredelse forutsetter at forskrifter med nærmere regler om ordningen er vedtatt. Utkast til slik forskrift sendes med dette på høring. Departementet tar sikte på å sette ordningen i kraft fra 1. januar 2011.

Refusjonsordningen vil gi pasienter økt valgfrihet med hensyn til om de vil motta helsehjelpen i Norge eller i andre EØS-land.

Norge har allerede enkelte ordninger for dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet, men våre EØS-rettslige forpliktelser innebærer at det i tillegg må innføres en ny refusjonsordning. Pasienter skal i bestemte situasjoner kunne søke helsehjelp i andre EØS-land og få refusjon for utgifter dersom refusjonsvilkårene er oppfylt, uten krav om forhåndsgodkjenning fra norske myndigheter. Dette er nærmere omtalt i Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) Om lov om endringer i folketrygdloven m.m. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land) punkt 2 og 3. I proposisjonen omtales også gjeldende norske ordninger for dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet samt enkelte andre lands ordninger på feltet.

Europakommisjonen fremla 2. juli 2008 forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester¹. Forslaget er til behandling i EUs organer etter medbestemmelsesprosedyren. Departementet legger til grunn at Norge er forpliktet til å innføre en refusjonsordning som nevnt, uavhengig av om et slikt direktiv blir vedtatt og innlemmet i EØS-avtalen. Dette fordi forpliktelsen allerede følger av reglene om fri bevegelse for tjenester slik EU-domstolen og EFTA-domstolen har tolket dem. I forbindelse med det videre forskriftsarbeidet vil departementet se hen til utviklingen i EUs arbeid med direktivforslaget.

Den nye § 5-24 a i folketrygdloven gir hjemmel for å forskriftsregulere ordningens virkeområde, vilkår for refusjon, beregning av refusjonsbeløp, dokumentasjonskrav m.v. Noen av disse temaene er omtalt i Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) og/eller i høringsbrev av 16. juni 2008 i forbindelse med høringen før proposisjonen ble utarbeidet.

Som det fremgår av proposisjonen foreslås den nye refusjonsordningen bare å gjelde det EU-domstolen omtaler som «ikke-sykehusbehandling» (non-hospital care), det vil si i første rekke helsehjelp som gis utenfor sykehus. Det må foretas en nærmere avgrensning av hva ordningen skal omfatte, jf. punkt 2 nedenfor.

Det følger av lovforankringen i folketrygdloven kapittel 5 at oppgavene med å behandle refusjonskravene og utbetale refusjon til pasientene vil tilligge Helsedirektoratet eller det organ direktoratet bestemmer, jf. punkt 8 nedenfor.

¹ COM(2008) 414 endelig

Som omtalt i Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) punkt 9, skal de regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene dekke refusjonsutgiftene for helsehjelp som tilsvarer de tjenestetyper de har «sørge for»-ansvaret for i Norge. Det vises til vedtatte lovendringer i spesialisthelsetjenesteloven § 5-2, tannhelsetjenesteloven § 5-1 og kommunehelsetjenesteloven § 5-1. Folketrygden skal dekke refusjonsutgiftene til de tjenester og varer hvor folketrygden er den eneste offentlige finansiøren når tilsvarende helsehjelp mottas i Norge.

I Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) ble stikkordsmessig nevnt følgende utgangspunkter som departementet vil legge til grunn i forskriftsarbeidet:

- Refusjonsordningen skal gjelde det som må betraktes som ikke-sykehusbehandling.
- Det gis ikke refusjon for helsehjelp som ikke ville blitt dekket (helt eller delvis) av det offentlige om hjelpen var mottatt i Norge.
- De begrensninger og vilkår som gjelder for helsehjelp med offentlig dekning i Norge skal som hovedregel gjelde, men det kan være nødvendig med enkelte unntak og/eller tilpasninger.
- Det ytes aldri refusjon utover det helsehjelpen rent faktisk kostet.
- Refusjonen begrenses i prinsippet til det tilsvarende helsehjelp ville belastet det offentlige med om hjelpen var mottatt i Norge.
- Pasienten belastes egenandel som om hjelpen var mottatt i Norge.
- Reise- og oppholdsutgifter dekkes ikke utover det som ville blitt dekket etter de ordinære reglene i Norge dersom pasienten reiste til nærmeste sted der behandlingen kunne mottas, eller steder som likestilles med nærmeste sted.
- Pasienten betaler selv for helsehjelpen og krever refusjon etterpå.

Det fremkom i Innst.O. nr. 134 (2008-2009) ikke merknader fra Helse- og omsorgskomiteen som tilsier andre løsninger enn det som er nevnt ovenfor.

Det bemerkes at det også ble vedtatt en lovendring i pasientrettighetsloven § 19 for å klargjøre i hvilke tilfelle pasientskadeloven kommer til anvendelse når pasientskade er oppstått i forbindelse med helsehjelp mottatt i utlandet. Bestemmelsen innebærer at pasientskadeloven ikke omfatter de tilfellene hvor utgiftene til helsehjelpen helt eller delvis refunderes etter den nye refusjonsordningen, jf. Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) punkt 11. Det vises også til punkt 10 nedenfor om endring i forskrift til pasientskadeloven.

I overskriften til hvert hovedpunkt i høringsnotatet er det tatt med en henvisning til de mest aktuelle bestemmelser i forskriftsutkastet (som er inntatt i punkt 13).

2 Hvilke typer helsehjelp refusjonsordningen skal omfatte – jf. forskriftsutkastet § 3

2.1 Innledning

I Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) redegjorde departementet for hvilke typer helsetjenester den nye refusjonsordningen bør omfatte. Dette er etter departementets vurdering helsetjenester og varer som tilsvarer:

- helsetjenester og varer som det ytes stønad til etter folketrygdloven kapittel 5 (med unntak av tjenester som anses som sykehusbehandling), og eventuelt enkelte varer/tjenester som det ytes bidrag til etter folketrygdloven § 5-22, jf. punkt 2.2 nedenfor.
- spesialisthelsetjenester i den grad de regnes som ikke-sykehusbehandling, jf. punkt 2.3 nedenfor, og med unntak av legemiddelassistert rehabilitering (LAR), jf. punkt 2.4 nedenfor.
- tannhelsetjenester som fylkeskommunen yter gratis eller mot delvis vederlag til lovpålagte prioriterte grupper, jf. punkt 2.5 nedenfor.

Helse- og omsorgskomiteen hadde i Innst.O. nr. 134 (2008-2009) ingen merknader som tilsier et annet utgangspunkt.

Det bemerkes at det kan finnes stønadsordninger for tjenester og varer som i større eller mindre grad har tilknytning til helseproblemer eller nedsatt funksjonsevne, men som ikke er regulert i helselovgivningen. Slike tjenester og varer omfattes ikke av refusjonsordningen etter folketrygdloven § 5-24 a.

2.2 Tjenester og varer som det ytes stønad eller bidrag til etter folketrygdloven kapittel 5

2.2.1 Stønad etter folketrygdloven kapittel 5

Departementet foreslår at refusjonsordningen skal omfatte følgende helsetjenester og varer som det ytes stønad til etter folketrygdloven kapittel 5:

- Legehjelp (§ 5-4), både allmennlege og legespesialist (men med de begrensninger som fremgår i punkt 2.3 nedenfor om avgrensningen mot det som i denne sammenheng regnes som sykehusbehandling)
- Prøver og undersøkelser ved medisinske laboratorier og radiologiske undersøkelser og behandling (§ 5-5) (med de begrensninger som fremgår i punkt 2.3 nedenfor om avgrensningen mot det som i denne sammenheng regnes som sykehusbehandling)
- Tannleggehjelp ved sykdom (§ 5-6)
- Psykologhjelp (§ 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)
- Viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr m.m. (§ 5-14)

Videre bør refusjonsordningen omfatte legemidler, spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell som det ytes stønad til etter folketrygdloven § 5-25 ved skade eller sykdom som regnes som yrkesskade etter folketrygdloven kapittel 13, og som ikke omfattes av folketrygdloven § 5-14. Bestemmelsen i folketrygdloven § 5-25 har for øvrig betydning for refusjonsberegningen fordi det ved slik skade eller sykdom ikke skal betales offentlig fastsatt egenandel, jf. punkt 5.6 nedenfor.

Det vises til forskriftsutkastet § 3, særlig første ledd bokstav a.

Det bemerkes at folketrygdloven § 5-15 ikke lenger er i bruk i Norge, og at den heller ikke vil være grunnlag for refusjon etter den nye refusjonsordningen for helsehjelp mottatt i andre EØS-land.

Det er i tilknytning til de ulike stønadstyper etter folketrygdloven kapittel 5 fastsatt nærmere vilkår i loven og forskrifter. Disse gjelder i utgangspunktet tilsvarende i forbindelse med refusjon av helsehjelp som mottas i utlandet, men det vil være behov for å gjøre noen tilpasninger siden disse vilkårene er fastsatt for helsehjelp som mottas i Norge. Dette drøftes nedenfor i punkt 3.

Det bemerkes at noen av de typene helsehjelp som det ytes stønad til etter folketrygdloven kapittel 5, hører under kommunehelsetjenesten (allmennlege, fysioterapeut og jordmor) eller spesialisthelsetjenesten (legespesialist, psykolog og lab/røntgen). For de øvrige tjenestetypene er det ikke noe forvaltningsnivå som har ”sørge for”-ansvar, og det er her heller ingen annen offentlig finansiering i tillegg til stønaden fra folketrygden.

2.2.2 Bidrag etter folketrygdloven § 5-22

Departementet drøftet i høringsbrevet av 16. juni 2008 om utgifter til spesielle formål som det ytes bidrag til etter folketrygdloven § 5-22, bør omfattes av den nye refusjonsordningen. Det ble konkludert med at formål som dekkes av bidragsordningen som hovedregel ikke bør omfattes av refusjonsordningen, men at det ut fra bidragsformålets art og innhold kan det være naturlig å la refusjonsordningen omfatte enkelte av formålene.

Departementet foreslår nå at refusjonsordningen omfatter bidragsformålene (1) legemidler ved infertilitetsbehandling og (2) hormonelle prevensjonsmidler til kvinner mellom 16 og 20 år. Departementet foreslår at refusjonsordningen ikke skal omfatte øvrige legemidler som for tiden omfattes av bidragsordningen. Det vises til at omfanget av dette er beskjedent. Departementet foreslår at heller ingen av de andre bidragsformålene inkluderes i refusjonsordningen. Dels gjelder dette formål som er ment å dekke kortvarige behov og dels er det formål som er knyttet til Norge eller spesifikke steder i utlandet.

Når det gjelder legemidler ved infertilitetsbehandling understrekes at refusjon skal gis på samme vilkår som når legemidlene er kjøpt i Norge, herunder at bioteknologilovens vilkår er oppfylt. På samme måte som når det ytes bidrag etter § 5-22 til legemidler kjøpt i Norge, bør det ikke være avgjørende om selve behandlingen (den assisterte befruktningen) foregår i Norge eller i utlandet.

Det bemerkes for øvrig at ordningen med bidrag etter § 5-22 til fysioterapi i utlandet ved fysikalske institutter med nærmere angitt tilknytning til Norge vil bli avviklet. Det vises til Prop. 1 S (2009-2010) side 260. For fysioterapi mottatt i EØS-land vil det i stedet kunne være aktuelt å søke refusjon etter den nye refusjonsordningen, jf. punkt 2.2.1 ovenfor hvor det fremgår at fysioterapi omfattes.

2.3 Spesialisthelsetjenester – særlig om skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling

2.3.1 Innledning

Det ble i høringsbrevet av 16. juni 2008 og Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) lagt til grunn at refusjonsordningen skal omfatte det EU-domstolen betegner som ”non-hospital care” (ikke-sykehusbehandling), og at det som kategoriseres som sykehusbehandling holdes utenfor. Helse- og omsorgskomiteen har i Innst.O. nr. 134 (2008-2009) vist til dette.

Med dette som utgangspunkt vil refusjonsordningen i noen grad omfatte det som i Norge regnes som spesialisthelsetjenester, men det må foretas en avgrensning.

Spesialisthelsetjenester ytes både i og utenfor sykehus og andre institusjoner, og det er ikke gitt at avgrensningen kan følge noen av de skillelinjene som følger av organiseringen av den norske spesialisthelsetjenesten. Enkelte spesialisthelsetjenester omfattes av stønadsordningen etter folketrygdloven kapittel 5, så som behandling hos lege- og psykologspesialister samt prøver, undersøkelser og behandling ved private laboratorier og røntgenvirksomheter. For dette vises det i hovedsak til punkt 2.2.1 ovenfor, selv om avgrensningen mot sykehusbehandling i noen grad også kan være relevant for slike tjenester, særlig helsehjelp utført av legespesialister.

Om unntak for legemiddelassistert rehabilitering (LAR), se punkt 2.4 nedenfor.

Det bemerkes at behandlingshjelpemidler som spesialisthelsetjenesten har ansvar for, ikke omfattes av refusjonsordningen. De regionale helseforetakene har ansvar for å kjøpe inn behandlingshjelpemidler samt administrere ordningen, og står ansvarlig som eier av behandlingshjelpemidlene. Pasienten som blir tildelt et behandlingshjelpemiddel får dette som et lån, og det vil derfor ikke være aktuelt å refundere utgifter til kjøp av et behandlingshjelpemiddel i utlandet.

2.3.2 EU-domstolens praksis knyttet til skillet mellom sykehus- og ikke-sykehusbehandling

Det er i Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) lagt til grunn at Norge er EØS-rettslig forpliktet til å innføre en refusjonsordning for utgifter pasienter har hatt i andre EØS-land når det gjelder ikke-sykehusbehandling. Dette under henvisning til EU-domstolens og EFTA-domstolens prejudisielle avgjørelser i en rekke saker.

EU-domstolen har kommet til at medlemslandene kan rettferdiggjøre restriksjoner i den frie bevegelse for tjenester for sykehusbehandling som ikke kan aksepteres for ikke-sykehusbehandling. EU-domstolen har således brukt begrepene (1) *sykehusbehandling* og (2) *ikke-sykehusbehandling* for å skille mellom

- (1) *sykehusbehandling*: tilfeller der hjemlandet kan kreve at pasienten søker om myndighetenes forhåndsgodkjenning av at refusjon skal gis, og godkjenning kan nektes blant annet hvis pasienten kan få behandlingen i hjemlandet innen den tid som anses medisinsk forsvarlig
- (2) *ikke-sykehusbehandling*: tilfeller der pasienter i utgangspunktet vil ha rett til refusjon i den utstrekning det offentlige ville dekket utgiftene dersom den aktuelle behandlingen var mottatt i hjemlandet

EU-domstolen har i liten grad angitt grensen mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling. Det er ikke alene avgjørende hvorvidt behandlingen faktisk ytes i eller utenfor sykehus.

Når EU-domstolen godtar restriksjoner for sykehusbehandling er det under henvisning til behovet for å planlegge sykehustjenester for å sikre en tilstrekkelig og varig adgang til et balansert tilbud av kvalitativt god sykehusbehandling, ha god kontroll med kostnadene og forhindre sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser. Sett hen til at planleggingsbehovet kan variere mellom landene ble det i Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) lagt til grunn at landene har en viss skjønnsmargin ved fastsettelsen av hva som er å betrakte som sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling, idet begrepene ikke har et entydig innhold i EU/EØS-retten. Når grensen trekkes må det gjøres med tanke på at grensen avgjør omfanget av den restriksjonen det innebærer å ha et system for forhåndsgodkjenning for sykehusbehandling i andre EØS-land. Restriksjonen må være egnet, nødvendig og forholdsmessig.

2.3.3 Høringsbrevet av 16. juni 2008 og Ot.prp. nr. 92 (2008-2009)

I høringsbrevet av 16. juni 2008 ble det fra departementets side uttalt som et klart utgangspunkt at behandling som krever innleggelse i sykehus anses som sykehusbehandling og ikke skal omfattes av refusjonsordningen. Videre ble det lagt til grunn at innleggelse i andre institusjoner som yter helsetjenester til grupper omfattet av de regionale helseforetakenes ”sørge-for”-ansvar anses likestilt med sykehusbehandling. Dette gjelder blant annet behandling i det psykiske helsevernet, rusbehandling og rehabilitering i institusjon.

Departementet uttalte imidlertid at innleggelse ikke kan være den eneste faktoren i vurderingen. Det ble vist til at også behandling som gjennomføres uten innleggelse kan forutsette ressurser, utstyr og kompetanse i en grad som vanligvis forbindes med sykehusbehandling, herunder kostbar medikamentell behandling og dagkirurgiske prosedyrer. Det avgjørende må være hvorvidt behandlingen krever ressurser som normalt forbindes med sykehusbehandling, som for eksempel høyt spesialisert behandling eller kostnadsintensiv behandling. I høringsbrevet ble det lagt til grunn at denne avgrensningen innebærer at mindre kirurgiske inngrep som ikke krever tilgang til operasjonsstue eller anestesi faller inn under begrepet ikke-sykehusbehandling. Videre ble det lagt til grunn at skillet omfatter både utredning og behandling. For eksempel bruk av PET (positron-emisjons-tomografi) kan i denne sammenheng regnes som sykehusbehandling uavhengig av om pasienten legges inn på sykehus eller utredes poliklinisk.

Et synspunkt som ble delt av mange høringsinstanser er at det må være forutberegnelig for pasientene hvor grensen går, og at det derfor så langt som mulig må defineres hva slags helsehjelp som omfattes av ordningen. Noen instanser mente at det ville være hensiktsmessig med en liste over høyspesialisert og kostnadsintensiv behandling som kan regnes som sykehusbehandling. Andre avgrensningskriterier som ble foreslått, er type behandling, diagnose, legeerklæring, tidsbegrensning, behov for sykehusets infrastruktur, kostnadene ved en enkel sykehusbehandling/innleggelse samt om de fleste EØS-land krever sykehuskonsesjon for en behandlingsform. Videre fremkom et synspunkt om at sykehusbehandling må tolkes vidt og ikke knyttes til overnatting i helseinstitusjon fordi det er viktig at ordningen skaper minst mulig innskrenkninger i

helsemyndighetenes muligheter til å styre helseressursene inn mot prioriterte fagområder og pasientgrupper.

Departementet uttalte i Ot. prp. nr. 92 (2008-2009) at *”det må tas utgangspunkt i et skille mellom innleggelse i sykehus (og andre institusjoner) og helsehjelp uten innleggelse. En annen viktig faktor er etter departementets mening graden av behov for ressurser som vanligvis forbindes med sykehusbehandling, slik som høyspesialisert og kostnadsintensivt utstyr og infrastruktur”*. Departementet mente at det ikke vil være hensiktsmessig å utarbeide en liste over henholdsvis sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling eller andre spesifikke angivelser av grensen, for eksempel en beløpsgrense, og i alle fall ikke før ordningen har virket en periode, og før et eventuelt direktiv blir vedtatt. Det ble uttalt at det de første årene derfor må praktiseres en ordning hvor grensen trekkes ut fra de prinsippene som ble omtalt i høringsbrevet, og at det i forskriftsarbeidet vil bli vurdert om det kan foretas visse presiseringer, eller om dette bør vente til en har vunnet erfaring med bruken av ordningen og/eller til en ser hvordan et eventuelt direktiv lyder på dette punktet.

I Innst.O. nr. 134 (2008-2009) bemerket Helse- og omsorgskomiteens flertall at det er viktig å foreta avgrensningen når det gjelder hva som er sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling, slik at refusjonsordningen ikke vil omfatte mer enn våre EØS-rettslige forpliktelser.

2.3.4 Forslaget til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester

I Kommisjonens forslag til direktiv² som ble fremlagt 2. juli 2008 er skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling foreslått regulert i artikkel 8 nr. 1 og 2 som lyder (dansk versjon):

”1. I forbindelse med godtgørelse af sundhedsydelser udført i en anden medlemsstat i henhold til dette direktiv forstås ved hospitalsbehandling:

- a) sundhedsydelser, der kræver indlæggelse af den pågældende patient mindst en nat*
- b) sundhedsydelser, der er opført på en særlig liste over sundhedsydelser, der ikke kræver indlæggelse af patienten mindst en nat. Listen begrænses til:*
 - sundhedsydelser, der kræver brug af højt specialiseret og omkostningskrævende medicinsk infrastruktur eller medicinsk udstyr eller*
 - sundhedsydelser, der indebærer behandlinger, der udgør en særlig risiko for patienten eller befolkningen.*

2. Denne liste udarbejdes og kan opdateres regelmæssigt af Kommissionen. Sådanne foranstaltninger til ændring af ikke-væsentlige bestemmelser i dette direktiv ved supplerings af det vedtages efter forskriftsproceduren med kontrol i artikel 19, stk. 3.”

Europaparlamentet vedtok i sin første lesning³ 23. april 2009 følgende endringer i artikkel 8 blant annet slik at nr. 2 utgår og nr. 1 skal lyde slik (uthevet skrift markerer endringer):

² COM(2008) 414 endelig

*"1. I forbindelse med godtgørelse af sundhedsydelse udført i en anden medlemsstat i henhold til dette direktiv **begrænses den af forsikringsmedlemsstaten fastlagte definition af** hospitalsbehandling **til** :*

*a) sundhedsydelser, der kræver indlæggelse af den pågældende patient mindst en nat, **eller***

*b) sundhedsydelser, der **er højt specialiserede og/eller kræver brug af omkostningskrævende medicinsk infrastruktur eller medicinsk udstyr, eller***

***ba)** sundhedsydelser, der indebærer behandlinger, der udgør en særlig risiko for patienten eller befolkningen."*

I direktivutkast i et notat⁴ av 26. november 2009 fra Coreper I til Rådet i anledning behandlingen i rådsmøte 1. desember 2009, brukes ikke begrepet "sykehusbehandling", men det foreslås i artikkel 9 nr. 2 å definere hva slags helsetjenester som kan gjøres til gjenstand for forhåndsgodkjenning (dansk versjon):

2. Sundhedsydelser, hvortil der kan kræves forhåndstilladelse, er begrænset til sundhedsydelser, der

*a) kræver planlægning, for så vidt som de indebærer hospitalsindlæggelse af den pågældende patient mindst en nat, **eller***

*b) kræver planlægning, for så vidt som de kræver brug af højt specialiseret og omkostningskrævende medicinsk infrastruktur eller medicinsk udstyr, **eller***

c) indebærer behandlinger, der udgør en særlig risiko for patienten eller befolkningen.

Det kom ikke til politisk enighet i Rådet, og saken er fortsatt til behandling i EUs organer.

2.3.5 Departementets vurdering og forslag

Hovedvilkåret for å få refusjon til dekning av utgifter i forbindelse med helsehjelp i utlandet er at behandlingen ville blitt dekket i Norge. I og med at refusjonsordningen skal begrenses til ikke-sykehusbehandling, må det avgrenses mot det som i denne sammenheng regnes som ikke sykehusbehandling.

Spesialisthelsetjenester vil dermed bare delvis omfattes av refusjonsordningen, jf. de foregående punkter og forskriftsutkastet § 3.

Departementet har kommet til at det i forkant av ordningens innføring er vanskelig å definere nærmere hvilke typer behandling som anses som sykehusbehandling. Departementet har herunder vurdert hvorvidt det bør utarbeides en liste over hvilke helsetjenester som omfattes. Ut fra hensynet til forutberegnelighet for pasientene kunne dette vært ønskelig, men departementet finner ikke en slik ordning hensiktsmessig. Det ville være et omfattende arbeid knyttet til en detaljert liste over ulike behandlingsformer, og det ville være krevende å holde oversikten oppdatert. Ved praktiseringen ville en liste dessuten kunne virke begrensende i forhold til utvikling innen medisin. Videre vises til at det er usikkert hvordan et

³ P6_TA-PROV(2009)0286

⁴ Rådsdokument 16005/09

eventuelt direktiv på området vil angi grensen. Departementet mener derfor at grensen nå bør trekkes i praksis. Det vil etter hvert kunne utvikle seg praksis som eventuelt kan nedfelles i retningslinjer. Når et direktiv på området eventuelt er vedtatt og skal implementeres, vil det kunne bli aktuelt å vurdere grensedragningen på nytt.

Departementets forslag er derfor at skillet trekkes opp i praksis etter de prinsipper som er angitt i høringsbrev av 16. juni 2008 og Ot.prp. nr. 92 (2008-2009), jf. ovenfor, med presiseringer som nevnt nedenfor. Se forskriftsutkastet § 3.

Som et utgangspunkt vil behandling i spesialisthelsetjenesten utenfor sykehus, og behandling som ikke medfører innleggelse eller opphold natten over i institusjonen i utlandet, være berettiget til refusjon etter forskriften. Dette gjelder blant annet helsehjelp hos privatpraktiserende spesialister og poliklinisk behandling ved sykehus.

Pasienter kan registreres som innlagt også ved dagbehandling i spesialisthelsetjenesten i Norge. Bruken av begreper som tilsvarer ”innleggelse” vil kunne variere mellom landene. Når det gjelder avgrensningen av refusjonsordningen for behandling i andre EØS-land, anser departementet det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i hvorvidt behandlingen medfører et opphold/innleggelse i institusjonen i utlandet i minimum en natt. Behandling hvor pasienten blir innlagt, men hvor han/hun ikke holdes i institusjonen natten over vil følgelig kunne anses som ikke-sykehusbehandling, med mindre behandlingen er av en slik karakter som nevnt under.

Ut fra planleggingsbehovet som er nevnt ovenfor, bør helsehjelp i spesialisthelsetjenesten som ikke medfører et opphold i institusjon natten over, i denne sammenheng regnes som sykehusbehandling dersom helsehjelpen forutsetter ressurser som normalt forbindes med sykehusbehandling. Dette kan være tekniske ressurser i form av kostbart og kostnadsintensivt utstyr. Det kan også dreie seg om personellressurser, for eksempel behov for spesialisert eller tverrfaglig kompetanse, herunder også behov for flere spesialiteter. Det kan også være helsehjelp som må foretas i sykehus grunnlagt behov for intensivberedskap på grunn av risikomomenter ved ett inngrep osv.

Det må gis god generell informasjon om refusjonsordningen, herunder om den omstendighet at pasienten løper en risiko for ikke å få dekket utgiftene dersom vilkårene ikke er oppfylt, for eksempel fordi helsehjelpen ikke omfattes fordi den er av en slik art at det i denne sammenheng vil være å anse som sykehusbehandling. Pasienten vil ha mulighet til å innhente synspunkter på hvorvidt en type behandling anses som sykehusbehandling, fra helsepersonell eller helsemyndigheter i Norge. Slike uttalelser vil ikke være bindende.

2.4 Særlig om legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Departementet foreslo i høringsbrevet av 16. juni 2008 at legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ikke skal omfattes av refusjonsordningen. Det ble vist til at behandlingsformen forutsetter betydelige kontrolltiltak med hensyn til utlevering og inntak av de aktuelle legemidlene, og at det stilles krav om samarbeid mellom det regionale LAR-senteret, sosialtjenesten i kommunen og fastlegen. Samarbeidskravet og behovet for kontroll innebærer at det ikke er aktuelt at

pasienter under midlertidig opphold i utlandet kan motta et tilsvarende behandlingsopplegg.

Legeforeningen og Apotekforeningen sluttet seg til departementets forslag om å unnta LAR fra refusjonsordningen. Ingen høringsinstanser tok direkte til orde for at LAR bør omfattes av refusjonsordningen, men Helse Sør-Øst RHF pekte på at spørsmålet om å unnta LAR reiser en del vanskelige og prinsipielle spørsmål knyttet til avgrensning av unntaket og likebehandling av kronikergrupper. Herunder ble det blant annet vist til at et unntak vil kunne begrense LAR-pasienters mulighet til å oppholde seg lengre perioder i utlandet.

Departementet bemerket i Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) at det kan virke urimelig for LAR-pasienter at de ikke skal kunne benytte refusjonsordningen, men at dette likevel ikke kunne være avgjørende. Det ble bemerket at hovedprinsippet er at pasienter som behandles for rusmiddelavhengighet skal ha samme rettigheter som andre pasienter, men at lidelsens art eller behandlingsformen i visse sammenhenger kan tilsi unntak. Herunder ble det vist til at målsettingen med LAR er rehabilitering, og lagt til grunn at vellykket behandling forutsetter et opplegg som omfatter psykososiale tiltak sammen med den medikamentelle behandlingen. Det ble også vist til at behandling kun med legemidler uten samtidige psykososiale tiltak gjennomgående ville være en behandling som ikke gis i Norge, og at det grunnleggende vilkåret for refusjon derfor ikke ville være oppfylt. Videre ble det sett hen til at legemidlene har et stort skadepotensial dersom de ikke tas på foreskrevet måte, samt at faren for lekkasje av legemidler til det illegale markedet er stor.

Helse- og omsorgskomiteen har i Innst.O. nr. 134 (2008-2009) vist til at LAR holdes utenfor refusjonsordningen.

Departementet foreslår et uttrykkelig unntak for utgifter til substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet, jf. forskriftsutkastet § 3 siste ledd.

2.5 Den offentlige tannhelsetjenesten

Departementet har lagt til grunn at refusjonsordningen bør omfatte tannhelsetjenester på lik linje med andre helsetjenester. Vedrørende tannbehandling som i Norge ville berettigede til stønad fra folketrygden, se punkt 2.2.1 ovenfor.

Når det gjelder tannbehandling som ville vært dekket av fylkeskommunen etter tannhelsetjenesteloven dersom behandlingen hadde blitt utført i Norge, er spørsmålet drøftet i Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) punkt 7.2. Spørsmålet var av betydning for lovforslaget fordi det ble foreslått at den instans som har ”sørge for”-ansvaret i Norge, skal dekke utgiftene ved tilsvarende tjenester mottatt i utlandet når pasienten får refusjon etter den nye refusjonsordningen. Det ble vedtatt en lovbestemmelse i tannhelsetjenesteloven § 5-1 nytt fjerde ledd knyttet til dette. Det er således klart at den type helsehjelp som i Norge gis i Den offentlige tannhelsetjenesten i noen utstrekning skal omfattes av refusjonsordningen.

Når det gjelder spørsmålet om i hvilken utstrekning refusjonsordningen skal gjelde slike tjenester ble det i Ot.prp.nr. 92 (2008-2009) uttalt:

”Fylkeskommunene kan velge å prioritere andre pasientgrupper i tillegg til de lovpålagte gruppene i § 1-3 første ledd bokstav a til d, jf. bokstav e. Departementet antar at refusjonsordningen ikke bør omfatte andre pasientgrupper enn de lovpålagte. Det vil variere fra fylkeskommune til fylkeskommune i hvilken grad andre pasientgrupper enn de lovpålagte vil bli gitt et behandlingstilbud, og dette kan også variere over tid ut fra kapasitet mv. Det er i dag et fåtall pasienter utenfor de lovpålagte gruppene som mottar tannbehandling fra fylkeskommunen, og det antas at det i noen tilfeller i ettertid ville kunne være vanskelig å fastslå om den aktuelle pasient ville fått dekket behandlingen av fylkeskommunen dersom pasienten hadde valgt å motta behandlingen i Norge. Samtidig vil det for enkelte grupper som prioriteres etter § 1-3 første ledd bokstav e være lite aktuelt å søke behandling i utlandet. Dette gjelder særlig innsatte i fengsel.”

Helse- og omsorgskomiteen har i Innst. O. nr. 134 (2008-2009) ikke hatt innvendinger mot denne vurderingen.

På denne bakgrunn foreslår departementet at refusjonsordningen omfatter de lovpålagte prioriterte gruppene i § 1-3 første ledd bokstav a til d. De som med en slik avgrensning vil kunne få utgifter refundert, er de prioriterte gruppene

- barn og ungdom under 18 år
- psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
- eldre langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
- ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret.

Departementet foreslår at andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere, jf § 1-3 bokstav e, ikke omfattes av refusjonsordningen. Det vises til de forhold som er nevnt i Ot.prp. nr. 92 (2008-2009).

Bestemmelsen i § 3 første ledd bokstav c i forskriftsutkastet foreslås utformet i tråd med dette. For ikke å skape tvil foreslår departementet i tillegg å presisere hvem som er berettiget i forskriftens bestemmelse om personkrets, jf. forskriftsutkastet § 4 siste ledd.

3 Vilkår for refusjon – jf. forskriftsutkastet §§ 2, 5 og 6

3.1 Utgangspunkt

Departementet har i folketrygdloven § 5-24 a annet ledd bokstav c hjemmel for i forskrift å gi nærmere bestemmelser om ”vilkår for stønad, herunder krav til tjenesteyteren”.

Det er et sentralt utgangspunkt både i EU- og EFTA-domstolens praksis og i Kommisjonens direktivforslag at man i utgangspunktet kan stille samme vilkår som gjelder for å få tilsvarende helsehjelp i hjemlandet.

I Kommisjonens forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester⁵ heter det i artikkel 6 nr. 3 (dansk versjon):

”Forsikringsmedlemsstaten kan for en patient, der ønsker at gøre brug af sundhedsydelser i en anden medlemsstat, fastsætte de samme betingelser,

⁵ COM(2008) 414 endelig

behandlingskriterier og lovgivningsmæssige og administrative formaliteter for brug af sundhedsydelser og godtgørelse af udgifter til sundhedsydelser, som den ville fastsætte, hvis de samme eller tilsvarende sundhedsydelser var blevet udført på dens område, forudsat at de ikke er diskriminerende eller udgør en hindring for den frie bevægelighed for personer.”

Departementets klare utgangspunkt er at vilkårene for refusjon skal være de samme som gjelder for å få tilsvarende behandling i Norge med utgiftsdekning fra det offentlige.

Dette gjelder blant annet vilkår med hensyn til helsehjelpens art og omfang, pasientens behov for helsehjelpen, tjenesteyterens kvalifikasjoner og krav om henvisning der det gjelder slikt krav i Norge. Det er for eksempel fastsatt en rekke vilkår i forskrifter vedrørende de ulike stønadsformer som omfattes av folketrygdloven kapittel 5 i tillegg til det som følger av lovbestemmelsene. Videre kan det nevnes at det for ulike typer behandling er utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer⁶.

I forskriften om refusjonsordningen etter folketrygdloven § 5-24 a, er det etter departementets mening ikke grunn til å gjenta eller henvise eksplisitt til alle regler eller regelsett som regulerer vilkår for ulike typer helsehjelp. Dette ville bli svært omfattende, samtidig som det ville være vanskelig å få til en uttømmende oversikt. Det ville også være en utfordring å sikre oppdatering. Departementet foreslår derfor en generell hovedregel om at refusjon bare gis for helsehjelp som vedkommende pasient ville fått dekket av det offentlige dersom helsehjelpen var mottatt i Norge. Se forskriftsutkastet § 2.

For at ordningen skal være forenlig med EØS-retten, må de vilkårene som skal gjelde ikke være utformet slik at de reelt sett vil diskriminere tjenesteytelse i andre land eller på annen måte reelt hindre fri bevegelighet for tjenester, med mindre en slik hindring kan begrunnes ut fra hensynet til offentlig orden, sikkerhet og folkehelsen eller ut fra tvingende allmenne hensyn. Enkelte av de vilkårene som gjelder i Norge bør derfor etter departementets vurdering tilpasses eller utelates for å sikre at ordningen er i samsvar med EØS-retten.

Vedrørende noen vilkår er det behov for anvisning på hvordan de skal praktiseres når helsehjelpen er mottatt i utlandet. Det foreslås da særskilte bestemmelser, jf. punkt 3.2 og 3.3 nedenfor.

Videre foreslås det å gjøre visse unntak fra vilkår som gjelder for å motta helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge. Dette gjelder i første rekke kravet om at tjenesteyteren har offentlig tilknytning, jf. forskriftsutkastet § 6 siste ledd. I Norge er det med noen unntak et krav at helsehjelpen er mottatt i den offentlige helsetjenesten, herunder helsepersonell som er tilknyttet kommune, fylkeskommune eller regionalt helseforetak gjennom avtale. Som redegjort for i Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) punkt 12.2 er departementet kommet til at dette vilkåret

⁶ En nasjonal faglig retningslinje er systematisk utviklede anbefalinger for å støtte bl.a. fagpersoners beslutninger om relevant behandling eller tiltak for en definert problemstilling. Nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men skal som faglig normerende langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Retningslinjene skal være utarbeidet med vekt på forskningsbasert kunnskap, tydelig og tilgjengelig dokumentasjon, brukermedvirkning og fokus på praksis, implementering og oppdatering. Helsedirektoratet er ansvarlig for retningslinjene.

ikke bør gjøres gjeldende i forbindelse med refusjonsordningen for helsehjelp i utlandet, fordi det kan være vanskelig forenlig med EØS-retten. Dette spørsmålet drøftes ikke nærmere i høringsnotatet her. Dersom utviklingen i EUs arbeid med forslaget til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester, andre forhold eller vurderinger skulle stille dette spørsmålet i et annet lys, vil departementet ta opp spørsmålet på nytt.

For ordens skyld bemerkes at det ikke vil bli gitt refusjon for behandling som er forbudt i Norge. Det vil heller ikke bli gitt refusjon for behandling som i Norge ikke er totalt forbudt, men som er begrenset til visse pasientgrupper, med mindre den som søker refusjon tilhører vedkommende pasientgruppe og den aktuelle behandlingen ville blitt gitt med offentlig finansiering i Norge.

Alternativ behandling vil falle utenfor refusjonsordningen selv om behandlingen er gitt av helsepersonell som også kan gi helsehjelp som berettiger til refusjon. Dette følger av at alternativ behandling gjennomgående ikke gis på det offentliges bekostning i Norge, uavhengig av hvem som utfører behandlingen.

Videre bemerkes at behandling som helt eller delvis er begrunnet i kosmetiske hensyn, ikke omfattes av refusjonsordningen med mindre behandlingen ville blitt gitt eller dekket av det offentlige i Norge.

Pasienten må være oppmerksom på at stønad vil bli avslått dersom vilkårene for stønad ikke er oppfylt. Det påhviler den som krever stønad å dokumentere at vilkårene er oppfylt. Om fremsettelse av krav, dokumentasjon m.m., se punkt 8 nedenfor.

3.2 Henvisning mv. som vilkår for refusjon

Spesialisthelsetjenester på det offentliges bekostning i Norge forutsetter som hovedregel henvisning fra lege. Dette gjelder behandling både på sykehus, ved poliklinikk og hos legespesialist og psykolog utenfor sykehus. Formålet med henvisningskravet er at pasienten først skal være vurdert av behandler i primærhelsetjenesten, som forutsettes å vurdere hvorvidt behandlingsbehovet kan ivaretas på primærnivå (jf. prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå).

Henvisning er som hovedregel et vilkår også for stønad fra folketrygden til hjelp hos fysioterapeut, logoped, audiopedagog, kjeveortoped og ortoptist.

Rekvisisjon er et vilkår for stønad fra folketrygden til laboratorieprøver og radiologisk undersøkelse/behandling samt til spesielt medisinsk utstyr m.m. Resept er et vilkår for stønad til legemidler.

I noen tilfelle godtas henvisning/rekvisisjon fra annet helsepersonell enn lege. Kiropraktor og manuellterapeut kan henvise til legespesialist og fysioterapeut, og optiker kan henvise til øyelegespesialist. Tannlege og tannpleier kan henvise til kjeveortoped. For behandling hos kiropraktor og manuellterapeut gjelder det ikke krav om henvisning.

Det som er sagt ovenfor om EU- og EFTA-domstolens praksis med hensyn til å gjøre nasjonale krav gjeldende, må også gjelde krav til henvisning m.v.

Departementet uttalte i Ot.prp. 92 (2008-2009) at det i forbindelse med den nye refusjonsordningen som hovedregel skal kreves henvisning der henvisning er et vilkår for helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge. Det ble vist til at dette

er et naturlig utgangspunkt selv om både organiseringen av helsevesenet generelt, og henvisningsregler og -rutiner spesielt kan være annerledes i andre EØS-land enn i Norge. Helse- og omsorgskomiteen har ikke kommentert dette spørsmålet særskilt i Innst.O. nr. 134 (2008-2009), men uttalte at den hadde merket seg at refusjon som hovedregel skal gis på de samme vilkår som i Norge.

Ved behandling i Norge forutsettes gjennomgående at det foreligger henvisning fra helsepersonell som praktiserer i Norge.

Departementet la i høringsnotatet av 16. juni 2008 til grunn at utenlandsk henvisning bør godtas når helsehjelpen er mottatt i et annet EØS-land, i alle fall der det ville være urimelig å kreve henvisning fra helsepersonell i Norge. Videre uttalte departementet at dersom et land ikke har henvisningssystem, burde man i stedet kunne godta annen dokumentasjon for at pasienten hadde konsultert allmennlege om den aktuelle tilstanden først, eller eventuelt kunne frafalle kravet om henvisning etter en konkret vurdering.

Flere høringsinstanser kommenterte spørsmålet om henvisning. De fleste var enige i at henvisning skal kreves når dette er et vilkår i Norge, men det var varierende syn på om/når utenlandsk henvisning bør aksepteres. Enkelte viste til at det vil kunne være vanskelig å tilfredsstille henvisningskravet i mange situasjoner fordi landene har ulike systemer.

I Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) uttalte departementet at det så langt det er forenlig med EØS-retten bør stilles krav om at henvisningen gis av helsepersonell som praktiserer i Norge.

I kontakt med ESA har departementet forstått ESAs synspunkt dit hen at krav om henvisning kan opprettholdes der henvisning er et vilkår for å få dekket tilsvarende helsehjelp i Norge, men i spørsmålet om det er forenlig med EU/EØS-retten å kreve henvisning fra helsepersonell som praktiserer i pasientens hjemland (landet der vedkommende er trygdet), har ESA vist til at EU-domstolen ikke har tatt stilling til dette.

I fortalen punkt 28 i Kommisjonens direktivforslag⁷ nevnes krav om å konsultere allmennlege før man søker helsehjelp hos spesialist eller på sykehus, som et eksempel på nasjonale krav eller formaliteter som kan opprettholdes. Det presiseres at krav ved grensekryssende helsetjenester må anvendes på en objektiv, transparent og ikke-diskriminerende måte. Det er ikke spesifisert for eksempel om det kan kreves at henvisning er utstedt av helsepersonell i pasientens hjemland (landet der vedkommende er trygdet).

Europaparlamentet vedtok i sin første lesning⁸ 23. april 2009 blant annet følgende tilføyelse i artikkel 6 nr. 3 (dansk versjon):

”Dette kan omfatte et krav om, at den forsikrede med henblik på anvendelsen af disse betingelser, kriterier eller formaliteter vurderes af sundhedsprofessionelle eller sundhedsadministratorer, som leverer tjenesteydelser til forsikringsmedlemsstatens lovpligtige socialsikringsordning, hvis en sådan vurdering også er en forudsætning for at kunne gøre brug af sundhedsydelser i forsikringsmedlemsstaten.”

⁷ COM(2008) 414 endelig

⁸ P6_TA-PROV(2009)0286

I direktivutkast i et notat⁹ av 26. november 2009 fra Coreper I til Rådet i anledningen behandlingen i rådsmøte 1. desember 2009, er en lignende bestemmelse er tatt inn i artikkel 8 nr. 5 (dansk versjon):

”Forsikringsmedlemsstaten kan for en forsikret, der søger godtgørelse af udgifter til grænseoverskridende sundhedsydelse, herunder sundhedsydelse, der er modtaget i form af telemedicin, fastsætte de samme betingelser, behandlingskriterier og lovgivningsmæssige og administrative formaliteter, på lokalt, nationalt eller regionalt plan, som den ville fastsætte, hvis disse sundhedsydelse var blevet leveret på dens område. Dette kan omfatte en vurdering foretaget af en sundhedsprofessionel eller sundhedsadministrator, der leverer tjenesteydelse til forsikringsmedlemsstatens lovpligtige socialsikringsordning eller nationale sundhedssystem, såsom en almenpraktiserende læge eller en læge i det primære sundhedsvæsen, som patienten er registreret hos, hvis en sådan vurdering er nødvendig for at fastlægge den enkelte patients ret til sundhedsydelse. De betingelser, behandlingskriterier og lovgivningsmæssige og administrative formaliteter, der er fastsættes i henhold til dette stykke, må imidlertid ikke være diskriminerende eller udgøre en ubegrundet hindring for den frie bevægelighed for personer, tjenesteydelse eller varer.”

På denne bakgrunn foreslår departementet en forskriftsbestemmelse som regulerer spørsmålet om henvisning, jf. forskriftsutkastet § 5.

Hovedregelen er at det skal foreligge henvisning på samme måte som ved tilsvarende helsehjelp i Norge,

Når det gjelder legespesialister bemerkes at det er naturlig at kravet til henvisning gjelder ved former for helsehjelp som i Norge hører inn under spesialisthelsetjenesten, men ikke ved helsehjelp hos spesialister i allmennmedisin eller helsehjelp gitt av andre spesialister som arbeider i primærhelsetjenesten.

For at innholdet i en henvisning ikke skal virke diskriminerende overfor tjenesteytere i andre EØS-land, må henvisningen kunne gjøres «åpen» slik at pasienten ikke blir henvist til en særskilt tjenesteyter (i Norge), men for eksempel til øyelegespesialist, spesialist i klinisk psykologi eller fysioterapeut i sin alminnelighet.

Departementet er fortsatt av den mening at det så langt det er forenlig med EØS-retten, bør stilles krav om at henvisningen gis av helsepersonell som praktiserer i Norge.

Refusjonsordningen vil i første rekke være aktuell ved planlagt behandling. Dersom helsehjelpen er formålet med reisen, eller behandlingen i all fall er planlagt før avreise, kan pasienten sørge for å ha fått henvisning i Norge før avreise. Dette vil ikke være mer tyngende for pasienten enn ved tilsvarende forløp i Norge.

Dersom det oppstår behov for helsehjelp under midlertidig opphold i andre EØS-land, og helsehjelpen ikke kan vente til vedkommende er tilbake i hjemlandet ut fra oppholdets planlagte varighet, vil trygdeforordning nr. 1408/71 komme til anvendelse. Pasienten vil da ha rett til helsehjelp på de vilkårene som gjelder i

⁹ Rådsdokument 16005/09

oppholdslandet, og det vil finne sted et oppgjør mellom landene. Departementet antar at de fleste vil benytte denne ordningen der det er mulig. Dersom pasienten likevel velger å betale for helsehjelpen og fremme krav etter den nye refusjonsordningen, vil det være urimelig å kreve henvisning fra helsepersonell som praktiserer i Norge. Om forholdet mellom ordningene, se punkt 7 nedenfor.

Det kan også tenkes at en lidelse som oppstår under utenlandsopphold er av en slik art at helsehjelpen kunne vente til pasienten er tilbake i hjemlandet, og derfor ikke dekkes av trygdeforordningens regler, men at pasienten likevel velger å søke helsehjelp under utenlandsoppholdet. I slike tilfeller ville det heller ikke være rimelig å avslå refusjon fordi pasienten ikke har henvisning fra helsepersonell som praktiserer i Norge.

Med tanke på de beskrevne situasjoner og for å sikre at forslaget er forenlig med EØS-retten, foreslås enkelte unntak for hovedregelen om at henvisning skal være utstedt av helsepersonell i Norge. Hvis oppholdslandet har en henvisningsordning, bør da slik henvisning kunne godtas når omstendighetene tilsier at det ikke kan kreves henvisning fra helsepersonell i Norge. Dersom oppholdslandet ikke har henvisningsordning (for den aktuelle typen helsehjelp), blir spørsmålet om vilkåret skal frafalles helt, eller om det skal kreves annen dokumentasjon på at pasienten først har søkt allmennlege eller annet helsepersonell tilsvarende de grupper som i Norge kan henvise til den aktuelle typen helsehjelp.

Også når behovet for helsehjelp oppstår mens pasienten oppholder seg i utlandet, vil et naturlig utgangspunkt være at pasienten oppsøker allmennlege først for å få en vurdering av hva slags helsehjelp det er behov for, på samme måte som i Norge. Departementet foreslår derfor at slik kontakt skal dokumenteres i stedet for henvisning der det ikke fins henvisningssystem. Departementet mener imidlertid at det bør åpnes for å gjøre unntak dersom det i særlige tilfeller vil være helt urimelig at helsehjelpen ikke dekkes på grunn av manglende henvisning eller dokumentasjon for forutgående konsultasjon hos allmennlege. Når krav om stønad fremsettes må det i slike tilfeller begrunnes nærmere hvorfor det bør gjøres unntak.

Når det gjelder rekvisisjon til undersøkelser og behandling ved røntgeninstitutter og medisinske laboratorier etter folketrygdloven § 5-5 foreslår departementet at rekvisisjonen som hovedregel skal være utstedt av helsepersonell som praktiserer i Norge. Dersom slik undersøkelse eller behandling er nødvendig i forbindelse med annen helsehjelp som mottas i utlandet, mener departementet det må være tilstrekkelig med henvisning fra helsepersonell i behandlingslandet.

Når det gjelder resept eller rekvisisjon som vilkår for stønad til legemidler og spesielt medisinsk utstyr m.m. etter folketrygdloven § 5-14 antar departementet at det i utgangspunktet ikke er grunn til å fastsette som hovedregel av resept eller rekvisisjon skal være utstedt av helsepersonell som praktiserer i Norge. Se også punkt 3.4 nedenfor.

Se forslag til forskriftsbestemmelse i utkastet § 5.

3.3 Vilkår knyttet til autorisasjon, spesialistgodkjenning o.l.

3.3.1 Autorisasjon og veiledet tjeneste

Departementet legger til grunn at refusjonsordningen vil omfatte tjenester som ytes i andre EØS-land av de samme helsepersonellgrupper som kan utføre offentlig finansiert behandling i Norge.

For stønad etter folketrygdloven kapittel 5 er det en forutsetning at tjenesteyteren har autorisasjon. Unntaksvis kan lisens godtas. I tillegg kreves det i enkelte tilfeller spesialistgodkjenning. Det vises til de enkelte forskriftene til folketrygdloven §§ 5-4 til 5-12. Krav om spesialistgodkjenning følger også av forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak.

I norsk rett reguleres autorisasjon mv. i helsepersonelloven §§ 48, 49 og 51 samt i forskrift 8. oktober 2008 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land.

I forbindelse med refusjonsordningen etter folketrygdloven § 5-24 a kan det naturligvis ikke kreves at helsepersonellet som utfører helsehjelpen i et annet EØS-land har norsk autorisasjon m.v. Det avgjørende må være om helsepersonellet har autorisasjon for utøvelse av det aktuelle yrket i et EØS-land, eventuelt i henhold til reglene i Europaparlaments- og rådsdirektiv 2005/36/EF om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner (kvalifikasjonsdirektivet). Vedkommende må lovlig kunne drive virksomhet som sådan i behandlingslandet. Helsepersonell som midlertidig yter tjenester i et annet land enn etableringslandet etter kvalifikasjonsdirektivets regler, kan praktisere under etableringslandets (og i noen tilfeller vertslandets) lovregulerte yrkestittel.

For å kunne praktisere som allmennlege med stønad fra trygden, er det et krav at legen har gjennomført minst tre års veiledet praktisk tjeneste, jf. forskrift 18. juni 1998 nr. 590 om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter § 1 og forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon. Det er neppe problematisk å stille som vilkår for stønad til allmennlegetjenester etter folketrygdloven § 5-24 a at legen oppfyller dette vilkåret, siden det gjelder i hele EØS-området, jf. kvalifikasjonsdirektivet.

Departementet finner det på denne bakgrunn ikke nødvendig å regulere krav om autorisasjon og veiledet tjeneste nærmere i forskriften, utover å slå fast at disse kravene gjelder ved behandling mottatt innen EØS-området, men slik at det er tilstrekkelig med tilsvarende autorisasjon og eventuelt godkjent veiledet tjeneste etter reglene i behandlingslandet, eller etter omstendighetene i et annet EØS-land. Se forskriftsutkastet § 6.

3.3.2 Spesialistgodkjenning og lignende

For enkelte behandlingsformer er det et vilkår for stønad eller bruk av særskilt takst at tjenesteyteren har godkjent spesialistutdanning i tillegg til autorisasjon eller lisens. Blant de spesialistgodkjenninger som er regulert i medhold av helsepersonelloven § 51, jf. forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om

spesialistgodkjenning av helsepersonell, er det leger og tannleger som er aktuelle i forbindelse med refusjonsordningen etter folketrygdloven § 5-24 a.

I forskrifter til folketrygdloven kapittel 5 er det oppstilt enkelte andre liknende kompetansekrav basert på videreutdanning som vilkår for stønad eller bruk av særskilte takster. Dette gjelder blant annet utløsning av takster i forbindelse med manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi etter folketrygdloven § 5-8. For stønad til psykologhjelp etter § 5-7 er det et vilkår at psykologen er spesialist i klinisk psykologi.

Departementet mener at krav til spesialistkompetanse som gjelder når helsehjelpen mottas i Norge, gjennomgående bør gjøres gjeldende også i forbindelse med refusjonsordningen, slik at det som utgangspunkt stilles de samme spesialist- og kompetansekrav til tjenesteytere i utlandet. Spesialistgodkjenning m.m. etter behandlingslandets regler må være tilstrekkelig, eventuelt etter reglene i etableringslandet dersom vedkommende midlertidig yter tjenester i behandlingslandet, jf. kvalifikasjonsdirektivet. Pasienten kan følgelig som hovedregel ikke regne med å få dekket utgifter til helsehjelp dersom tjenesteyteren ikke har tilsvarende spesialisering som er nødvendig for å utløse stønad til helsehjelpen i Norge.

For det tilfellet at tilsvarende spesialistgodkjenning eller kompetansebevis eksisterer i det landet hvor helsehjelpen mottas, må dette antas uproblematisk.

Når tilsvarende spesialisering ikke finnes i alle EØS-land, vil opprettholdelsen av kravet kunne utelukke refusjon ved tilsvarende behandling utført i visse EØS-land. Departementet mener at det i slike tilfelle bør åpnes for å dokumentere at helsepersonellet har tilsvarende eller lignende kompetanse slik som beskrevet nedenfor, jf. forskriftsutkastet § 6 annet ledd.

For legespesialister er godkjente spesialiteter i stor grad harmonisert gjennom kvalifikasjonsdirektivet. Unntaksvis kan det tenkes at en bestemt legespesialitet - som i Norge har betydning for om stønad skal gis - ikke finnes i landet hvor helsehjelpen mottas. For disse tilfellene mener departementet at det må anses tilstrekkelig at tjenesteyteren har en annen legespesialitet, som det er nærliggende å sammenlikne med spesialiteten som kreves etter norsk rett.

Når det gjelder tannlegespesialister er både kjeveortopeder og kjeve-/oralkirurger omtalt i kvalifikasjonsdirektivet. Departementet antar derfor at det er uproblematisk å kreve dokumentasjon for slik spesialitet der dette er et vilkår etter norsk regelverk. Når det særskilt gjelder krav til spesialistgodkjenning som vilkår for stønad til implantatbasert protetikk etter folketrygdloven § 5-6 vises det til punkt 3.3.3 nedenfor.

Når det gjelder stønad til manuellterapi, psykomotorisk fysioterapi (jf. folketrygdloven § 5-8 med forskrifter) og psykologhjelp (jf. folketrygdloven § 5-7) foreslår departementet at det åpnes for å gi refusjon dersom det etter en konkret vurdering av tjenesteyterens kompetanse kan anses tilstrekkelig sannsynliggjort at tjenesteyteren innehar tilnærmet lik kompetanse som tjenesteytere som oppfyller de kompetansekravene som gjelder i Norge. Pasienten må da fremlegge dokumentasjon som bidrar til å sannsynliggjøre tjenesteyterens kompetanse.

For stønad til manuellterapi mottatt i utlandet må derfor pasienten kunne dokumentere at behandlende fysioterapeut har en kompetanse tilsvarende mastergradutdanningen ved universitetet i Bergen. På lignende vis må pasienter

som krever refusjon av utgifter til psykomotorisk fysioterapi mottatt i utlandet kunne dokumentere at behandlende fysioterapeut har en kompetanse som tilsvarer den videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi som gis ved Høyskolen i Oslo.

Godkjenning som spesialist i klinisk psykologi er en bransjeintern godkjenningsordning som følger retningslinjer gitt av Norsk psykologforening. For stønad til psykologhjelp mottatt i et annet EØS-land må pasienten kunne dokumentere at behandlende psykolog har en kompetanse tilsvarende de kravene som følger av retningslinjene. Dette omfatter også krav om klinisk praksis av et visst omfang.

3.3.3 Særlig om spesialistgodkjenning ved refusjon av utgifter ved implantatbasert protetikkk etter folketrygdloven § 5-6

Bruk av implantater som et ledd i den protetiske tannbehandlingen reiser et særspørsmål i forhold til refusjon av påløpte utgifter i et annet EØS-land.

Det antas at krav om stønad til tannbehandling i utlandet etter den nye refusjonsordningen vil kunne bli av et visst omfang, og da særlig stønad til implantatbasert protetikkk. Slik behandling innebærer vanligvis betydelige kostnader. Et avslag på refusjon vil i slike tilfeller kunne få store økonomiske konsekvenser for pasienten. Departementet kommenterer derfor spesialistkravet ved denne typen tannbehandling særskilt.

I regelverket for stønad ved tannbehandling etter folketrygdloven § 5-6 er det for implantatbasert protetikkk og implantatkirurgi satt særskilte kompetansekrav til tannlegen som utfører behandlingen. I forskrift 13. desember 2007 nr. 1412 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom heter det i § 3 tredje ledd første og annet punktum:

”Utgifter til implantatforankret tannprotetisk behandling dekkes bare hvis den kirurgiske innsettingen av odontologiske implantater er utført av spesialist i oral kirurgi og oral medisin, spesialist i kjevekirurgi og munnhulesykdommer eller spesialist i periodonti. I tillegg må den protetiske delen av behandlingen være utført av spesialist i oral protetikkk eller av tannlege med nødvendig kompetanse godkjent av Helsedirektoratet”.

For å kunne få stønad til implantatbasert protetikkk i Norge i medhold av folketrygdloven, må altså både tannlegen som setter inn implantatene (kirurgen) og tannlegen som utfører det protetiske arbeidet ha nærmere angitt spesialistgodkjenning. Det er uttrykkelig fastslått at det gjelder et ”både og”-krav for å få stønad.

Kjeve-/oralkirurger er omtalt i kvalifikasjonsdirektivet. Departementet antar derfor at det i forbindelse med refusjon etter folketrygdloven § 5-24 a er uproblematisk å kreve dokumentasjon for at tannlegen som har foretatt den kirurgiske innsettingen av implantater i et annet EØS-land innehar en av de aktuelle spesialitetene, jf. også punkt 3.3.2 ovenfor.

Spesialitet i oral protetikkk er derimot ikke omtalt i kvalifikasjonsdirektivet, og det er ikke alle EØS-land som har en slik spesialistgodkjenning.

Som det fremgår ovenfor åpner forskriften til folketrygdloven § 5-6 for at det kan ytes stønad også når den protetiske delen av behandlingen er utført av ”tannlege med nødvendig kompetanse godkjent av Helsedirektoratet”. Godkjenning i

tilknytning til behandling i Norge skjer enten gjennom et kurs i implantatprotetikk ved Universitetet i Bergen eller ved at aktuelle tannlegers tidligere arbeider blir vurdert i forbindelse med en søknad om godkjenning av kompetansen.

Hensynet til pasientsikkerhet og prioritering av offentlige midler tilsier at implantatbasert protetisk arbeid bør utføres av tannleger med særskilt kompetanse. Det er nødvendig med en betydelig tilleggskompetanse utover grunnutdanningen som tannlege, for å sikre at ønsket resultatet oppnås ved slik behandling. Risikoen for et havari øker dersom ansvarlig tannlege ikke har nødvendig kompetanse til å planlegge og gjennomføre store rehabiliteringsarbeider. Videre er både de praktiske og økonomiske konsekvensene ved et havari betydelige for pasienten. Folketrygden dekker for eksempel ikke utgiftene dersom arbeidet må gjøres om, enten det skyldes feilbehandling eller andre årsaker. Kostnader til fornyet behandling må pasienten selv dekke. Dette må gjelde også når behandlingen har funnet sted i et annet EØS-land og pasienten har fått stønad etter folketrygdloven § 5-24 a. Departementet bemerker for øvrig at det finnes en rekke ulike implantatsystemer, og at kun enkelte av disse er i bruk i Norge/Norden. Reparasjoner, omgjøringer og lignende av implantatbaserte arbeider utført utenfor Norden vil derfor kunne by på visse praktiske problemer for pasienten, ettersom norske tannleger ikke har utstyrmessige forutsetninger for å utføre nødvendige reparasjoner eller omgjøringer.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at "både og"-kravet opprettholdes. Når det gjelder den protetiske delen av behandlingen bør det åpnes for å gi refusjon for behandling i land hvor spesialitet i oral protetikk 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 de kompetansekravene som gjelder i Norge. Dette vil enten være tilsvarende kompetanse som spesialist i oralprotetikk eller tilsvarende kompetanse som tannleger som har gjennomført kurs i implantatprotetikk ved Universitetet i Bergen. Departementet mener at det derimot neppe kan være aktuelt å foreta konkret vurdering av kompetansen til utenlandske tannleger basert på vurdering av deres tidligere arbeider.

Vurdering av om utenlandske tannleger har kompetanse som tilsvarer kompetansen til tannleger med spesialistgodkjenning i oralprotetikk eller det nevnte kurset i implantatprotetikk i forbindelse med refusjonskrav etter folketrygdloven § 5-24 a, vil kunne bli krevende. Dette vil blant annet medføre vanskelige grenseoppganger og dokumentasjonsutfordringer. Hensynet til pasientsikkerhet og prioritering av offentlige midler må etter departementets mening likevel veie tyngre enn ønsket om en ordning som er enkel å forvalte. Videre antar departementet at forvaltningen etter noen tid vil ha vunnet erfaring med området og tjenesteytere i de aktuelle land slik at vurderingene på sikt gjennomgående vil bli noe mindre krevende.

Et mulig tiltak for å minske risikoen for at pasienter får avslag på grunn av tannlegens manglende kompetanse, vil være å gi god informasjon om hvilke tilleggskvalifikasjoner tannleger som har spesialistgodkjenning i oralprotetikk eller har gjennomgått kurs i implantatprotetikk ved Universitetet i Bergen, er forventet å ha.

For øvrig vises det til punkt 3.3.1 ovenfor vedrørende midlertidig tjenesteyting. Dette gjelder tilsvarende for refusjon av utgifter ved implantatbasert protetikk.

3.3.4 Oppsummering

For at helsehjelpen skal være refusjonsberettiget må tjenesteyteren som hovedregel ha autorisasjon og eventuelt spesialistgodkjenning m.v. på tilsvarende måte som om behandlingen hadde vært utført i Norge. Av hensyn til pasientenes mulighet til å få refundert utgifter til helsehjelp i hele EØS-området, foreslår departementet at refusjon også kan gis dersom pasienten dokumenterer at tjenesteyteren har tilsvarende kompetanse, slik som beskrevet ovenfor, i de tilfellene samme spesialitet m.m. ikke finnes i behandlingslandet, jf. punkt 3.3.2 og 3.3.3 ovenfor.

Tjenesteyterens kompetanse bør trolig kunne kreves dokumentert ved utskrift fra behandlingslandets helsepersonellregister eller lignende eller kopi av kompetansedokument (autorisasjon/spesialistgodkjenning/diplom etc.)

Departementet foreslår en forskriftsbestemmelse i medhold av folketrygdloven § 5-24 a annet ledd bokstav c i tråd med de vurderingene som fremkommer ovenfor, jf. forskriftsutkastet § 6.

3.4 Særlig om legemidler, medisinsk forbruksmateriell m.m.

3.4.1 Legemidler

Departementet foreslår som nevnt i punkt 2.2.1 ovenfor at refusjonsordningen skal omfatte utgifter til legemidler i tilfeller som i Norge ville berettiget til stønad etter reglene i og i medhold av folketrygdloven § 5-14 (blåreseptordningen).

Legemidler som det ytes stønad til etter folketrygdloven § 5-25 og noen typer legemidler som det ytes bidrag til etter folketrygdloven § 5-22 foreslås også omfattet av refusjonsordningen, jf. punkt 2.2.1 og 2.2.2 ovenfor.

Etter blåreseptordningen refunderes legemidler etter forhåndsgodkjent refusjon, jf. forskrift 28. juni 2007 nr. 814 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften) § 2, eller etter individuell søknad fra lege på vegne av pasienten, jf. blåreseptforskriften § 3. For legemidler som har forhåndsgodkjent refusjon er det oppstilt refusjonsvilkår for det enkelte legemidlet. I tillegg er det et grunnvilkår etter blåreseptordningen at legemidlet skal brukes i behandling av en sykdom som er gått inn i en langvarig fase og det er behov for langvarig behandling eller bruk av legemidlet, jf. blåreseptforskriften § 1a. Unntak gjelder behandling av allmennfarlig smittsom sykdom.

Stønad etter blåreseptforskriften ytes i utgangspunktet for legemidler på resept fra lege med norsk autorisasjon og som praktiserer i Norge, utlevert ved apotek med norsk konsesjon.

Departementet finner ikke grunn til å sette som vilkår for refusjon av legemidler kjøpt i andre EØS-land at resepten skal være utstedt av helsepersonell som praktiserer i Norge. Når en pasient konsulterer lege i utlandet, og legen utsteder en resept, er det naturlig at legemidlet kan kjøpes i det landet hvor man har vært til konsultasjon, uten at helsepersonell i Norge er involvert. For å unngå tvil om dette foreslår departementet at det presiseres i forskriften i medhold av folketrygdloven § 5-24 a at kravet kan oppfylles ved resept fra lege som praktiserer i EØS-land, jf. utkastet § 5 siste ledd.

Det foreligger ulikheter mellom Norge og andre europeiske land med hensyn til omfanget av legemiddelbruken. Et eksempel på dette er at Norge har en restriktiv politikk med hensyn til forskrivning av antibiotika. Dette er kortvarig behandling som normalt ikke omfattes av refusjonsordningen. Departementet legger til grunn at muligheten for refusjon av legemidler forskrevet av utenlandske leger ikke vil påvirke bruken av legemidler. I tillegg til at det må foreligge resept er det en forutsetning for stønad at pasienten oppfyller de vilkår som gjelder i blåreseptordningen (refusjonsberettiget legemiddel, behov for langvarig bruk mv.) og eventuelle vilkår som er satt for refusjon av det enkelte legemiddel, jf. folketrygdloven § 5-14 og blåreseptforskriften. I Norge benyttes normalt en særskilt blankett ("blåresept") som sikrer at legen avgir erklæring med hensyn til behov for langvarig bruk m.v. Leger i andre EØS-land vil ikke bruke denne blanketten. Pasienten vil selv måtte bære risikoen for at stønad avslås dersom vilkårene ikke er oppfylt.

Resept utstedt av lege autorisert i EØS-land kan ekspederes på norsk apotek. Tilsvarende kan norsk resept ekspederes på apotek i disse landene. Uansett om pasienten bruker norsk resept i utlandet, utenlandsk resept i utlandet eller utenlandsk resept i Norge, må forutsetningen for refusjon være at pasienten betaler full pris selv og søker refusjon etterpå. Søker må dokumentere at legemidlet er utlevert fra et apotek som har tillatelse i et EØS-land til salg av legemidler. Videre må søker dokumentere at legemidlet er utlevert til søkers personlige bruk. Disse dokumentasjonskravene vil gjennomgående kunne oppfylles ved resept og detaljert kvittering.

Mange legemidler har samme navn i alle EØS-land. I noen tilfeller har samme legemiddel ulike merkenavn i ulike land, men det vil trolig ikke skape store problem, da virkestoffnavnene er de samme uansett. Refusjonslisten er offentlig, slik at pasienten kan undersøke regelverket.

3.4.2 Spesielt medisinsk utstyr m.m.

I punkt 2.2.1 ovenfor foreslår departementet at spesielt medisinsk utstyr m.m. som det ytes stønad til etter folketrygdloven § 5-14, skal omfattes av refusjonsordningen, på ellers like vilkår som i Norge. Folketrygdloven § 5-14 første ledd bokstav b omtaler "spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell". I blåreseptforskriften omhandles medisinsk forbruksmateriell i § 5 og næringsmidler i § 6. Stønad til næringsmidler har ikke vært eksplisitt nevnt i høringsbrevet av 16. juni 2008 og Ot.prp. nr. 92 (2008-2009), men bør etter departementets vurdering omfattes av den nye refusjonsordningen på samme måte som medisinsk forbruksmateriell.

I høringsrunden for lovforslaget har få instanser direkte kommentert forslaget om å inkludere medisinsk forbruksmateriell. Noen instanser har kort berørt temaet uten å gi konkrete innspill til endringer i forslaget i høringsnotatet.

Departementet legger ikke opp til særskilte regler knyttet til refusjon av utgifter til medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler kjøpt i utlandet, men foreslår at de samme vilkår som i Norge skal gjelde.

Kravet om at pasienten må ha behov for langvarig bruk av det medisinske utstyret eller forbruksmateriellet og næringsmidlene vil gjelde på vanlig måte.

Det må foreligge rekvisisjon fra lege. Departementet mener det ikke er grunn til å stille krav om at rekvisisjonen skal være utstedt av lege som praktiserer i Norge. Det må være tilstrekkelig med rekvisisjon fra lege som praktiserer i et annet EØS-land. For å unngå tvil om dette foreslår departementet at dette presiseres i forskriften, jf. utkastet § 5 siste ledd.

Rekvisisjon og detaljert kvittering må legges ved når det kreves refusjon.

Departementet understreker at refusjon av utgifter til medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler, som er basert på et omfattende pris- og produktlistesystem, vil kunne innebære vanskelige grensedragninger. Det å sammenligne oppførte produkter/næringsmidler med produkter innkjøpt i andre EØS-land, vil være krevende både for brukeren og for forvaltningen. Det blir viktig med god informasjon til eventuelle brukere.

For å kunne vurdere hvorvidt et aktuelt produkt er omfattet av pris- og produktlistene må det stilles krav til dokumentasjonen som pasienten legger ved refusjonskravet. Alle de opplysninger som er nødvendige for at Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) skal kunne avgjøre kravet må fremgå av dokumentasjonen. Her vil særlig pakningsstørrelsen og leverandør-/artikkelnummer som fremkommer av pris- og produktlistene være sentrale. Leverandør-/artikkelnummer er det katalognummeret produsent/importør opererer med i sine produktkataloger, og nummeret vil i all hovedsak være likt innen EØS-området. Størrelsen på pakningen vil også ha betydning for beregning av refusjonen, og må derfor også fremgå av den innsendte dokumentasjonen.

I Norge utleveres medisinsk forbruksmateriell vanligvis i apotek eller hos bandasjist, men dette er ikke et vilkår for stønad. Det bør da heller ikke stilles særskilte krav om utleveringssted når forbruksmaterialet/næringsmidlet er kjøpt i et annet EØS-land.

4 Personkrets – jf. forskriftsutkastet § 4

4.1 Høringsbrevet av 16. juni 2008

I høringsbrevet av 16. juni 2008 bemerket departementet:

"Departementet kan ikke se at EF-domstolens avgjørelser om pasientmobilitet gir nærmere veiledning med hensyn til hvilken personkrets som - i egenskap av å være tjenestemottakere - vil være berettiget til refusjon av utgifter til helsehjelp etter prinsippet i EF-traktaten artikkel 49 og EØS-avtalen artikkel 36. Et naturlig utgangspunkt kan være at dette er statsborgere i EØS-land som er bosatt i EØS-området. Retten vil være begrenset til de personer som har rett til helsehjelp på det offentliges bekostning eller dekning av utgifter til helsehjelp fra helsemyndigheter, nasjonal trygdeordning mv. i det landet der de er omfattet av en trygde- eller sosialsikringsordning. ..."

Departementet foreslo i høringsbrevet at retten til dekning av utgifter til ikke-sykehusbehandling mottatt i andre EØS-land i utgangspunktet skal gjelde for den samme personkrets som i Norge har rett til behandling på det offentliges regning (helt eller delvis). Enkelte persongrupper ble drøftet særskilt.

Det var få av høringsinstansene som berørte dette temaet i sine uttalelser.

Spørsmålet om personkrets ble ikke behandlet i Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) utover at det ble foreslått at det kunne reguleres nærmere i forskrift.

4.2 Utgangspunkt og departementets innledende bemerkninger

I og med at den nye refusjonsordningen er hjemlet i folketrygdloven § 5-24 a, er det i utgangspunktet folketrygdloven § 5-2 som regulerer hvilken personkrets som vil ha rett til ytelser etter den nye refusjonsordningen. I forskrift om refusjonsordningen kan det imidlertid fastsettes nærmere bestemmelser om hvem som har rett til stønad, jf. folketrygdloven § 5-24 a annet ledd bokstav b.

Hovedregelen i folketrygdloven § 5-2 er at medlemskap i folketrygden er et vilkår for rett til stønad etter kapittel 5. Reglene om medlemskap står i folketrygdloven kapittel 2. Hovedgrunnlagene for medlemskap er at personen er bosatt i Norge eller arbeider i Norge, jf. §§ 2-1 og 2-2. Etter folketrygdloven § 5-2 annet ledd ytes det under visse forutsetninger stønad etter kapittel 5 til et medlems forsørgede ektefelle og barn som ikke selv er medlem i folketrygden.

Gjensidighetsavtaler med andre land, særlig trygdeforordning nr. 1408/71¹⁰, har også betydning for spørsmålet om medlemskap i folketrygden og rett til helsehjelp på det offentliges bekostning i visse situasjoner. Forordningen og dennes gjennomføringsforordning (rådsforordning (EØF) nr. 574/72) gjelder som forskrift i henhold til forskrift 30. juni 2006 nr. 731 om inkorporasjon av trygdeforordningene i EØS-avtalen, med de vedtatte endringer og tilpasninger. I henhold til gjennomføringsforskriften skal også bestemmelsene i blant annet folketrygdloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven fravikes i den utstrekning det er nødvendig i henhold til bestemmelsene i forordningene.

Trygdeforordning nr. 1408/71 skal avløses av ny trygdeforordning nr. 883/2004¹¹ som kommer til anvendelse mellom EU-landene fra 1. mai 2010, og noe senere i forhold til Norge og de andre EØS/EFTA-landene, muligens våren 2011. Den nye forordningen viderefører langt på vei de ordninger som gjelder, men enkelte forhold endres. Dette gjelder blant annet hvem som er kompetent til å utstede europeisk helsetrygdkort og forhåndsgodkjenning for helsehjelp i andre land etter trygdeforordningens regler til visse persongrupper. De nye reglene varierer i noen grad med oppgjørsformen mellom landene (oppgjør basert på faktiske kostnader eller standardiserte rundsumoppgjør).

Rettighetene etter trygdeforordning nr. 1408/71 er i utgangspunktet hovedsakelig begrenset til statsborgere i EØS-land¹². For eksempel utstedes ikke europeisk

¹⁰ Rådsforordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse av trygdeordninger på arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende og deres familiemedlemmer som flytter innenfor Fellesskapet.

¹¹ Europaparlaments- og rådsforordning (EF) nr. 883/2004 av 29. april 2004 om koordinering av trygdeordninger, jf. også Europaparlaments- og rådsforordning (EF) nr. 987/2009 av 16. september 2009 om nærmere regler for gjennomføring av forordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering av offentlige trygdeordninger.

¹² Og Sveits i henhold til avtale. Fra 1. juni 2003 gjelder forordning nr. 1408/71 også for statsborgere fra land utenfor fellesskapet på grunnlag av forordning nr. 859/2003, men bare mellom EU-landene. Tredjelandsborgere ikke er omfattet i forhold til EØS-landene. Fra 1. september 2004 har tredjelandsborgere med tilknytning til de nordiske landene rettigheter i Norden tilsvarende det som følger av forordning nr. 1408/71, i medhold av nordisk konvensjon om trygd.

helsetrygdkort (EHIC) til personer som bor i Norge og er medlem av folketrygden, men ikke er statsborger i et EØS-land. Unntak gjelder statsløse¹³ og flyktninger¹⁴ som bor i EØS-land, samt familiemedlemmer til personer som omfattes. Rettigheter i trygdeforordningen tilkommer også disse gruppene dersom de øvrige vilkår er oppfylt.

Departementet kan ikke se at EU-domstolens eller EFTA-domstolens avgjørelser gir nærmere veiledning med hensyn til hvilken personkrets som er berettiget til refusjon etter reglene om fri bevegelighet for tjenester, og på hvilket lands bekostning, når pasienten har tilknytning til flere land. Spørsmålet kan være aktuelt for eksempel for personer som bor i ett land og arbeider i eller får pensjon fra et annet land.

Kommisjonen fremla 2. juli 2008 forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester. Direktivforslaget inneholder blant annet regler om pasienters rett til dekning av utgifter til helsehjelp i andre land etter reglene om fri bevegelighet for tjenester. Direktivforslag bruker begrepet ”insured”/”forsikret” om den som har rett til refusjon, og ”Member State of affiliation”/”forsikringsmedlemsstat” om det landet som skal refundere utgiftene dersom vilkårene er oppfylt. Dette defineres ved en henvisning til trygdeforordningene (forordning nr. 1408/71 artikkel 1, 2 og 4 og forordning 883/2004 artikkel 1 c). Det synes klart at hovedregelen er at det landet der man er medlem av en trygdeordning skal refundere utgiftene. Direktivforslaget klargjør imidlertid i liten grad detaljene med hensyn til hvem som skal være berettiget til refusjon, og i så fall fra hvilket land, dersom man har tilknytning til flere land, eller dersom man ikke selv er medlem av en trygdeordning.

Departementet har også sett på endringsforslag vedtatt i Europaparlamentets første lesning¹⁵ 23. april 2009 og direktivutkast i et notat¹⁶ av 26. november 2009 fra Coreper I til Rådet i anledningen behandlingen i rådsmøte 1. desember 2009. Her knyttes også personkretsen opp mot trygdeforordningene, men det foreslås bestemmelser som i noen grad vil regulere hvilket land som skal refundere utgiftene for visse persongrupper med tilknytning til flere land. Tilnærmingen er forskjellig. Europaparlamentet synes å foreslå at bostedslandet skal dekke utgiftene dersom dette er et annet enn det landet hvor pasienten er trygdet, men pasienten har rett til helsetjenester i bostedslandet som om han eller hun var trygdet der. I rådsdokumentet legges det vekt på hvilket land som er kompetent til å utstede forhåndsgodkjenning for helsehjelp i andre land etter trygdeforordningens regler. Her nevnes også familiemedlemmer og tredjelandsborgere.

Spørsmål knyttet til hvilket land som i visse tilfeller skal dekke utgifter til grensekryssende helsetjenester etter direktivets regler, synes å ha blitt et sentralt tema i Rådets/medlemslandenes arbeid med direktivforslaget. Etter det departementet forstår, gjelder dette blant annet spørsmålet om hvilket land som

¹³ Som definert i konvensjon om statsløse personers status av 28. september 1954 artikkel 1.

¹⁴ Som definert i konvensjon om flyktnings stilling av 28. juli 1951 artikkel 1

¹⁵ P6_TA-PROV(2009)0286, se tilføyelse til Kommisjonens forslag i artikkel 4 bokstav h, jf. bokstav g.

¹⁶ Rådsdokument 16005/09, se forslag til ordlyd i artikkel 4 bokstav b og c

skal dekke utgiftene for pensjonister som har bosatt seg i et annet land enn det de mottar pensjon fra, og hvordan dette faller ut for de ulike landene sett i sammenheng med oppgjør etter trygdeforordningene.

Det er for tidlig å si hvordan et endelig vedtatt direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester vil bli, men det er ikke usannsynlig at det vil inneholde nærmere regulering med hensyn til personkrets.

Departementet antar at det EØS-rettslig sett vil være mulig å gjøre refusjonsordningen etter § 5-24 a gjeldende for en noe snevrere personkrets enn det som følger av folketrygdloven § 5-2. Unntak er i første rekke aktuelt for personer som ikke er statsborgere i EØS-land, jf. punkt 4.3 nedenfor.

Departementet foreslår en forskriftsbestemmelse om hvilken personkrets som skal omfattes av refusjonsordningen etter § 5-24 a, jf. forskriftsutkastet § 4. Det kan bli behov for å vurdere enkelte endringer senere på grunn av forskjellene mellom gjeldende og ny trygdeforordning og når det eventuelt er vedtatt et direktiv på området. Da vil man eventuelt også ha vunnet noe erfaring med refusjonsordningen og eventuelle uklarheter med hensyn til hvem som er stønadsberettiget.

I stedet for en særskilt regulering i medhold av folketrygdloven § 5-24 a, kan en mulighet være å knytte personkretsen opp mot den til enhver tid gjeldende trygdeforordning. Dette vil imidlertid ikke uten videre løse spørsmålet om en person er berettiget til refusjon i tilfeller der det foreligger visse typer tilknytning til ulike land. For å løse dette kan man for eksempel knytte det til den samme personkrets som Norge utsteder europeisk helsetrygdkort (EHIC) til. Det er kanskje mer aktuelt å knytte det til den personkrets som Norge er ansvarlig for med hensyn til forhåndsgodkjenning av planlagt behandling i utlandet etter trygdeforordningenes regler, fordi dette trolig harmonerer bedre med trygdeforordningenes oppgjørsregler. Folketrygdloven med forskrifter og trygdeforordningene utgjør et komplekst regelverk. En slik henvisning vil derfor kunne være lite opplysende for pasienter og helsepersonell som skal orientere seg om regelverket, men dette kan eventuelt ivaretas i informasjonsmaterieell om ordningen.

I og med at regelverket er komplekst, er det også vanskelig fullt ut å overskue konsekvensene ved forskriftsforslaget for alle tenkelige grupper og situasjoner. Departementet ønsker høringsinstansenes syn på spørsmålet om regulering av den personkrets som skal være berettiget til refusjon etter § 5-24 a, både med hensyn til hvem som bør omfattes og hvordan dette bør nedfelles i forskriften. Departementet vil nedenfor knytte noen kommentarer til ulike persongrupper. Det vises for øvrig til forskriftsutkastet § 4.

4.3 Bosatt i Norge og medlem av folketrygden

Grunnvilkåret vil være medlemskap i folketrygden, jf. folketrygdloven § 5-2 første ledd, jf. også lovens kapittel 2 om medlemskap.

Personer som både bor i Norge og er medlem av folketrygden vil være kjernegruppen av de som omfattes av refusjonsordningen. Det er en forutsetning for medlemskap at personen har lovlig opphold i Norge, jf. folketrygdloven § 2-1 tredje ledd.

Personer som er bosatt i Norge, og som oppholder seg midlertidig i utlandet mindre enn 12 måneder opprettholder medlemskapet i folketrygden. Dette gjelder ikke dersom vedkommende oppholder seg i utlandet mer enn seks måneder pr. år i to eller flere påfølgende år. Det vises til folketrygdloven § 2-1 fjerde ledd. Personer som er bosatt i Norge, men som har ett utenlandsopphold på inntil et år eller oppholder seg utenlands mindre enn seks måneder i året, vil altså kunne benytte den nye refusjonsordningen (med mindre de av andre grunner ikke er medlem av folketrygden).

Om forholdet mellom den nye refusjonsordningen og helsehjelp som kan mottas etter reglene i trygdeforordning nr. 1408/71 under midlertidig opphold i utlandet, se punkt 7 nedenfor.

Nordmenn som har flyttet til utlandet og som ikke er medlem av folketrygden, vil ikke ha rett til refusjon. Dette gjelder også pensjonister som har bosatt seg i andre EØS-land og mottar pensjon fra Norge. Etter reglene i trygdeforordning nr. 1408/71 yter bostedslandet helsehjelp til pensjonistene på vanlige vilkår som om de var trygdet i bostedslandet. Bostedslandet utsteder europeisk helsetrygdkort (EHIC) og må gjøre opp for den helsehjelp vedkommende eventuelt får i andre EØS-land enn bostedslandet i medhold av trygdeforordningen. Dette gjelder både helsehjelp som det blir behov for under midlertidig opphold i utlandet og planlagt behandling som det innvilges forhåndsgodkjenning for (blankett E112). Etter trygdeforordning nr. 1408/71 finner oppgjør mellom landene sted i form av rundsumoppgjør for denne gruppen, slik at Norge betaler et standardisert beløp for hver utflyttet pensjonist. Når trygdeforordning nr. 883/2004 avløser forordning nr. 1408/71 endres dette slik at det som hovedregel skal gjøres opp mellom landene på grunnlag av faktiske kostnader, men noen land fortsetter med rundsumoppgjør¹⁷. Pensjonslandet skal utstede europeisk helsetrygdkort og dekke utgiftene ved bruk av dette, men valgt oppgjørsform vil påvirke hvilket land som skal gjøre opp for planlagt helsehjelp utflyttede pensjonister mottar i medhold av trygdeforordningen. Departementets utkast til forskriftsbestemmelse i medhold av folketrygdloven § 5-24 a bygger på nåværende ordning, det vil si at utflyttede pensjonister som ikke er medlem av folketrygden, ikke omfattes. Det kan bli behov for endringer i forbindelse med ny trygdeforordning. En annen mulighet kan være å fastsette i forskriften at utflyttet pensjonist er stønadsberettiget med mindre oppgjør med bostedslandet finner sted ved rundsumoppgjør. Det kan imidlertid tenkes at et eventuelt vedtatt direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester vil regulere spørsmålet og eventuelt medføre behov for endringer i forskriften.

Departementet foreslo i høringsbrevet av 16. juni 2008 at tredjelandsborgere som bor i Norge og er medlem av folketrygden omfattes av den nye refusjonsordningen, selv om det ble antatt at det ikke ville være i strid med EØS-retten å begrense personkretsen til i utgangspunktet bare å omfatte statsborgere i EØS-land. Det fremkom ikke synspunkter på dette i høringen. Departementet har imidlertid endret standpunkt og foreslår nå at personkretsen i utgangspunktet begrenses til statsborgere i EØS-land. Departementet finner ikke grunn til å gjøre den nye refusjonsordningen – som innføres på bakgrunn av våre EØS-rettslige forpliktelser - videre enn nødvendig på dette punkt. Departementet vil vurdere

¹⁷ Dette er Finland, Irland, Italia, Malta, Nederland, Portugal, Spania, Sverige og Storbritannia blant EU-landene. Norge har også valgt å fortsette med rundsum.

nærmere om også familiemedlemmer til personer som omfattes, skal omfattes selv om familiemedlemmene ikke selv er statsborgere i et EØS-land. Det samme gjelder statsløse og flyktninger¹⁸ som bor i Norge eller et annet EØS-land (og som er medlem av folketrygden). Det vises til punkt 4.2 ovenfor om hvem som omfattes av trygdeforordningen, som det er naturlig å sammenligne med, selv om det også gjør seg gjeldende ulike hensyn. Bakgrunnen for trygdeforordningen er prinsippet om fri bevegelighet for personer, mens bakgrunnen for refusjonsordningen er reglene om fri bevegelighet for tjenester. Som nevnt kan en mulig løsning være å knytte personkretsen opp mot den til enhver tid gjeldende trygdeforordning. I Kommisjonens forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester ble rettigheter som ”insured person” knyttet til trygdeforordningens personkrets. I direktivutkast i et notat¹⁹ av 26. november 2009 fra Coreper I til Rådet, er det foreslått en tilføyelse om at direktivet også skal gjelde for tredjelandsborgere som omfattes av forordning nr. 859/2003, eller som oppfyller vilkårene for å være trygdet i et av medlemslandene. Det er foreløpig usikkert hvordan et endelig vedtatt direktiv vil lyde. Departementet vil se an utviklingen i direktivprosessen.

Svalbard og de norske bilandene er ikke en del av EØS-området. Jan Mayen derimot er en del av EØS-området. Et medlem av folketrygden som bosetter seg eller tar opphold på Svalbard, på Jan Mayen eller i et norsk biland, beholder medlemskap i trygden, jf. folketrygdloven § 2-3 første ledd. Personer som ikke er medlem i folketrygden, blir medlem dersom han eller hun tar arbeid for en norsk arbeidsgiver som driver virksomhet på Svalbard, på Jan Mayen eller i et norsk biland, jf. § 2-3 annet ledd. Medlemmer av folketrygden som er bosatt på Svalbard får utstedt europeisk helsetrygdkort/E111 fra norske myndigheter til bruk ved midlertidig opphold i andre EØS-land, i tillegg til at de har rett til helsehjelp i Norge etter vanlige regler. Forutsetningen for å få utstedt europeisk helsetrygdkort/E111 er statsborgerskap i et EØS-land. Departementet antar at det er naturlig at nordmenn og andre EØS-borgere som er bosatt på Svalbard og i bilandene også omfattes av refusjonsordningen under forutsetning av at de er medlem av folketrygden, på samme måte som medlemmer som er bosatt i land utenfor EØS-området, jf. punkt 4.4 nedenfor.

For øvrig bemerkes at unntaket i folketrygdloven § 5-23 for utskrevne menige og korporaler som kan få helsetjenester i Forsvaret, også vil gjelde i forbindelse med den nye refusjonsordningen på samme måte som for stønad etter folketrygdloven kapittel 5 for øvrig.

4.4 Bosatt i utlandet, men medlem i folketrygden eller forsørget familiemedlem

Personer som i medhold av trygdeforordning nr. 1408/71 er medlem av folketrygden i Norge selv om han eller hun ikke er bosatt her, vil vanligvis ikke være omfattet av en trygdeordning i bostedslandet. Den som er medlem av

¹⁸ Som definert i henholdsvis konvensjon om statsløse personers status av 28. september 1954 artikkel 1 og konvensjon om flyktningers stilling av 28. juli 1951 artikkel 1.

¹⁹ Rådsdokument 16005/09, se forslag til ordlyd i artikkel 4 bokstav b og c

folketrygden på grunnlag av arbeidsforhold i Norge, men som er bosatt i annet EØS-land, har imidlertid rett til ytelser i bostedslandet på samme vilkår som gjelder for trygdede der, men på Norges bekostning i henhold til trygdeforordningen. Det er også Norge som skal dekke utgifter til helsehjelp vedkommende får i andre EØS-land i henhold til trygdeforordningens regler om helsehjelp under midlertidig opphold (jf. ordningen med europeisk helsetrygdkort).

Det samme gjelder slike personers forsørgede familiemedlemmer som bor i samme land som arbeidstakeren. Forsørgede familiemedlemmer som bor i utlandet er ikke selv medlem av folketrygden, men har avledet rett til ytelser. (Familiemedlemmer som selv er yrkesaktive og omfattes av trygdeordningen i arbeidslandet, har ikke slike avledede rettigheter.)

Departementet antar at begge disse gruppene i utgangspunktet bør omfattes av den nye refusjonsordningen. Dersom vedkommende hadde valgt å motta helsehjelpen i Norge eller i bostedslandet, ville det være på Norges bekostning. Det synes da naturlig at disse gruppene omfattes av den nye refusjonsordningen slik at også behandling i et tredje land i EØS-området dekkes av Norge.

Det bør imidlertid trolig ikke være aktuelt med refusjon etter den nye refusjonsordningen for helsehjelp i bostedslandet i og med at pasienten der er berettiget til helsehjelp etter behandlingslandets ordinære regler. Departementet foreslår en presisering av dette i forskriftsutkastet § 4 fjerde ledd.

Når det gjelder forsørgede familiemedlemmer som bor i et annet land enn arbeidstakeren, yter bostedslandet helsehjelp til familiemedlemmene på vanlige vilkår som om vedkommende var trygdet i bostedslandet og utsteder dessuten europeisk helsetrygdkort. Bostedslandet må gjøre opp for den helsehjelp vedkommende eventuelt får i andre EØS-land enn bostedslandet etter trygdeforordningen. Dette gjelder både helsehjelp som det blir behov for under midlertidig opphold i utlandet og planlagt behandling som det innvilges forhåndsgodkjenning for (blankett E112). Etter trygdeforordning nr. 1408/71 finner oppgjør mellom bostedslandet og det landet hvor forsørgeren er trygdet, sted i form av rundsumoppgjør for denne gruppen. Når trygdeforordning nr. 883/2004 avløser forordning nr. 1408/71 endres dette slik at det som hovedregel skal gjøres opp mellom landene på grunnlag av faktiske kostnader, men noen land fortsetter med rundsumoppgjør. Bostedslandet skal utstede europeisk helsetrygdkort til de forsørgede familiemedlemmene, men valgt oppgjørsform vil påvirke hvilket land som skal gjøre opp for helsehjelp mottatt i medhold av trygdeforordningen. Departementets foreslår en bestemmelse i forskriftsutkastet i medhold av folketrygdloven § 5-24 a om at refusjonsordningen ikke omfatter forsørgede familiemedlemmer som Norge betaler rundsum for til et annet EØS-land for å dekke utgifter ved helsetjenester til vedkommende (eller hvor rundsummen omfattes av avtale om avkall på refusjon). Se forskriftsutkastet § 4 annet ledd.

Også utenfor EØS-området bor det personer som er medlem av folketrygden. Dette kan være enten pliktig eller frivillig medlemskap etter reglene i folketrygdloven kapittel 2. Så lenge vedkommende er medlem med rett til stønad ved helsetjenester, jf. folketrygdloven § 2-9 første ledd, finner departementet under noe tvil ikke grunn til å foreslå unntak for disse medlemmene. Det vises til at de også får utstedt europeisk helsetrygdkort/E111 fra norske myndigheter til

bruk ved midlertidig opphold i andre EØS-land, i tillegg til at de har rett til helsehjelp i Norge etter de vanlige reglene. Det foreslåtte kravet om statsborgerskap i et EØS-land, jf. punkt 4.3 ovenfor, bør imidlertid gjelde tilsvarende for denne gruppen. Personer som er medlem av folketrygden og som er bosatt utenfor EØS-området vil gjennomgående også ha rett til stønad etter folketrygdloven § 5-24 for behandling i utlandet. Om forholdet mellom ordningene, se punkt 7 nedenfor.

4.5 Bosatt i Norge, men ikke medlem i folketrygden

Det gjelder noen unntak fra hovedregelen om at den som er bosatt i Norge er medlem av folketrygden, jf. folketrygdloven kapittel 2 og trygdeforordningen. Personer som bor i Norge, men ikke er medlem i folketrygden vil gjennomgående ikke være berettiget til helsehjelp i Norge på det offentliges bekostning.

Noen som er bosatt i Norge uten å være medlem av folketrygden kan være berettiget til helsehjelp her på et annet lands bekostning i henhold til trygdeforordningen. Dette vil som oftest være det landet der vedkommende arbeider og hvor vedkommende er medlem av en trygdeordning på grunnlag av arbeidsforholdet. Det samme gjelder forsørgede familiemedlemmer, jf. punkt 4.4 ovenfor. Det gjelder videre pensjonister som har flyttet til Norge fra andre EØS-land og har med seg blankett E121.

Det er etter departementets oppfatning ikke naturlig at refusjonsordningen skal omfatte disse personene. Det bør eventuelt være det landet der vedkommende (eventuelt forsørgeren) er trygdet som skal dekke refusjonsutgifter. Unntak bør trolig gjelde personer som Norge mottar rundsumoppgjør for (eller hvor rundsum som Norge er berettiget til omfattes av avtale om avkall på refusjon), jf. punkt 4.4 ovenfor. Departementet foreslår en presisering i forskriftsutkastet § 4 tredje ledd.

4.6 Personer som er berettiget til helsehjelp under midlertidig opphold i Norge i henhold til gjensidighetsavtale

For ordens skyld bemerkes at personer som i medhold av gjensidighetsavtale med annet land har rett til helsehjelp i Norge under midlertidig opphold her, ikke vil ha rett til refusjon etter den nye ordningen. Dette gjelder pasienter også fra land i EØS-området. Personer som får behov for helsehjelp under midlertidig opphold i Norge og er stønadsberettiget i henhold til trygdeforordningen, vil få helsehjelp på vanlige vilkår i Norge dersom helsehjelpen ikke kan vente til pasienten er tilbake i hjemlandet sett ut fra oppholdets planlagte varighet. Det vil finne sted et oppgjør mellom Norge og det land der pasienten er omfattet av en trygdeordning. Det er ikke naturlig at pasienten i en slik situasjon skal kunne velge å få helsehjelpen i et tredjeland og søke refusjon fra norske myndigheter. Refusjon må da søkes i det land der pasienten er omfattet av en trygdeordning, hvis ikke pasienten får helsehjelpen på behandlingslandets vilkår i tråd med trygdeforordningen.

5 Beregning av refusjon og egenandel – jf. forskriftsutkastet §§ 7 og 8 samt § 17 punkt II og III

5.1 Innledning

Et helt klart utgangspunkt ved beregningen av refusjon er at pasienten aldri skal få dekket mer enn hans eller hennes faktiske utgift til den mottatte helsehjelpen, jf. forskriftsutkastet § 7 siste ledd. Betalt beløp må dokumenteres, jf. forskriftsutkastet § 11 fjerde ledd.

Departementet forstår også EU-domstolens praksis dit hen at refusjonen kan beregnes slik at den enkelte pasient ikke får mer i refusjon enn det den samme behandlingen ville belastet det offentlige med i hjemlandet. Dette prinsippet er lagt til grunn i arbeidet med et direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester. Departementet foreslår at dette prinsippet også legges til grunn som et utgangspunkt i den norske refusjonsordningen. Hvordan dette skal praktiseres for de ulike tjenestetyper drøftes nedenfor. Se også forskriftsutkastet § 7.

Videre bør pasienten etter departementets mening som hovedregel selv dekke samme offentlig fastsatte egenandel som pasienten ville betalt for tilsvarende helsehjelp i Norge. Departementet foreslår at dette skal gjelde selv om de faktiske utgiftene til helsehjelpen i utlandet var lavere enn det den aktuelle behandlingen ville belastet det offentlige med om behandling var mottatt i Norge. Pasienten vil uansett ikke komme dårligere ut enn om helsehjelpen var mottatt i Norge. Se omtale nedenfor i tilknytning til de enkelte tjenestetyper samt forskriftsutkastet § 8.

Disse prinsippene ble i hovedsak også lagt til grunn i høringsbrevet av 16. juni 2008, og det kom ikke vesentlige innvendinger mot dette.

Som redegjort for i høringsbrevet av 16. juni 2008 finansieres helsehjelp som vil kunne omfattes av refusjonsordningen, etter ulike og dels komplekse modeller i Norge. Det er derfor ikke uten videre enkelt å tallfeste hva den helsehjelp som det enkelte refusjonskrav gjelder, ville belastet det offentlige med om helsehjelpen var mottatt i Norge. Noe helsehjelp dekkes gjennom aktivitetsbaserte ordninger i sin helhet, mens annen helsehjelp både dekkes av aktivitetsbaserte ordninger og rammefinansiering i ulike varianter, eller bare rammefinansiering. Departementet finner derfor grunn til å sondre mellom de ulike tjenestetyper i drøftelsen nedenfor.

Der det ikke foreligger faste satser (eller det er flere finansieringskilder hvor ikke alle er i faste satser) kan man tenke seg ulike tilnæringsmåter ved refusjonsberegningen:

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

Når det derimot foreligger faste satser, vil det etter departementets mening være naturlig at refusjonsbeløpet alltid begrenses oppad til de norske satser for stønad

og egenandel, jf. punkt 5.5 nedenfor. Satsene på det tidspunkt da helsehjelpen ble mottatt bør legges til grunn.

Utgiftene ved helsehjelpen vil være betalt i utenlandsk valuta. Ved omregning antar departementet at Norges Banks valutakurser på behandlingstidspunktet bør legges til grunn. Det vises til forskriftsutkastet § 7 sjette ledd.

5.2 Tjenester som tilsvarer helsehjelp som i Norge ytes i kommunehelsetjenesten

De kommunehelsetjenester som vil omfattes av refusjonsordningen er allmennlegetjenester, fysioterapi og jordmortjenester, jf. punkt 2.2.1 ovenfor. Disse tjenestene finansieres i Norge ved flere kilder: årlige fastlege-/driftstilskudd fra kommunen, stønad fra folketrygden etter faste satser for ulike typer helsehjelp samt eventuelt egenandel fra pasienten etter faste satser. Folketrygden dekker egenandelen dersom pasienten er fritatt for betaling ev egenandel. I stedet for at helsepersonellet driver selvstendig næringsvirksomhet med fastlege-/driftstilskudd, er helsepersonellet i noen tilfeller ansatt i kommunen. Stønad fra folketrygden utbetales da til kommunen etter de samme satser, med unntak av fysioterapi hvor det i stedet betales et fastlønnsstilskudd til kommunen fra trygden. Kommunene dekker 20-30 prosent av utgiftene til fastlege- og fysioterapiordningen, mens folketrygden dekker om lag halvparten av utgiftene (stønad og frikort). Pasientene dekker det resterende i form av egenandeler (om lag 20 prosent).

Departementet anser at refusjon for tilsvarende helsehjelp mottatt i andre EØS-land ikke bør være begrenset til satsen for stønad fra folketrygden. Det bør i noen grad også tas hensyn til de årlige tilskuddene tjenesteyterne mottar fra kommunen i og med at dette utgjør en ikke ubetydelig del av finansieringen.

En måte å få til dette på, kunne være å fastsette maksimalbeløp for refusjon for ulike typer tjenester som ytes av de tre personellgruppene, og således benytte modell A ved refusjonsberegningen. I prinsippet ville dette også skape forutberegnelighet for pasientene. Det ville imidlertid være et omfattende arbeid dersom det skulle utarbeides en detaljert liste med maksimalbeløp for de ulike behandlingsformer. I tillegg til første gangs utarbeidelse av en oversikt ville det være krevende å holde oversikten oppdatert. Det er derfor mulig at slike lister ikke bestandig vil gi et riktig bilde av hvilket beløp som bør dekkes, noe som i det enkelte tilfelle kan tenkes å være til ugunst for pasienten. Forholdet mellom tilskudd, egenbetaling og stønad som nevnt ovenfor, er fordelingen mellom tjenesteyterens inntektskilder på makronivå, og kan ikke overføres direkte til detaljnivå. Det er følgelig ikke mulig å ta utgangspunkt i stønadssatsen, for så å gjøre et fast prosentvis påslag for å finne et riktig refusjonsbeløp. Som eksempel kan nevnes at det ikke ytes stønad fra folketrygden for enkel legekonsultasjon. Departementet foreslår ikke denne typen ordninger.

Departementet er av den oppfatning at modell B bør legges til grunn ved refusjonsberegningen for de ovennevnte tjenestetypene. Dersom det fremsatte kravet virker urimelig høyt, bør det foretas et anslag over hva tilsvarende behandling i Norge ville belastet det offentlige med, med tanke på avkortning. I denne vurderingen er det naturlige utgangspunkt gjennomgående de fastsatte satser for stønad fra folketrygden, men slik at det også i noen grad kompenseres for

offentlig finansiering utover folketrygdstønden. Over tid vil det trolig utvikle seg en praksis for hvilket nivå refusjonen for ulike former for behandling ikke skal overstige. Det kan også være aktuelt å fastsette retningslinjer for hvordan Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) skal praktisere refusjonsberegningen for enkelttjenester eller mer generelt.

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) skal behandle refusjonskravene og fatte vedtak, jf. punkt 8.1 nedenfor, men kommunene skal dekke refusjonsutgiftene, jf. punkt 9 nedenfor. Det ytes ikke folketrygdrefusjon, og kommunene vil få merutgifter når pasienter benytter refusjonsordningen. Det bør etter departementets mening legges opp til en fast dialog mellom Helsedirektoratet/HELFO og kommunene ved KS, eventuelt også Oslo kommune, om hvordan ordningen skal praktiseres. I en slik dialog vil man på generelt grunnlag kunne drøfte refusjonsnivå, hva som er refusjonsberettiget, fastsettelse av retningslinjer samt oppgjørsformer m.m.

Egenandeler for de aktuelle tjenestetypene i Norge er fastsatt som kronebeløp. Samme beløp bør benyttes ved beregning av refusjon når helsehjelpen er mottatt i andre EØS-land. Refusjon ytes aldri med mer enn faktisk utgift fratrasket eventuell egenandel.

Det vises til forskriftsutkastet § 7 annet ledd og § 8.

5.3 Spesialisthelsetjenester

Den nye refusjonsordningen vil omfatte spesialisthelsetjenester i den utstrekning de betegnes som ikke-sykehusbehandling, jf. punkt 2.3 ovenfor. Innenfor spesialisthelsetjenesteområdet antar departementet at det særlig er aktuelt med poliklinisk behandling på sykehus eller hos privatpraktiserende legespesialist eller psykolog.

Spesialisthelsetjenesten i Norge finansieres etter ulike og dels komplekse ordninger. For eksempel finansieres noe spesialisthelsetjeneste av både aktivitetsbaserte tilskudd (innsatsstyrt finansiering, polikliniske refusjoner og folketrygdskatter) og basisbevilgningene til de regionale helseforetakene, mens noe bare finansieres gjennom basisbevilgningene til de regionale helseforetakene.

De aktivitetsbaserte tilskuddenes virkeområde varierer i hovedsak etter hva slags type helsehjelp som mottas og i hva slags virksomhet den ytes. Innsatsstyrt finansiering gjelder for somatisk pasientbehandling og omfatter både innleggelser og poliklinisk virksomhet. Polikliniske refusjoner gjelder for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner innenfor områdene psykisk helsevern, rusbehandling, radiologi og laboratorievirksomhet. Folketrygdloven kapittel 5 regulerer stønad til visse typer helsetjenester som hører inn under spesialisthelsetjenesten (legespesialister og psykologer som har driftsavtale med regionalt helseforetak samt laboratorier og røntgeninstitutter med avtale med regionalt helseforetak).

Det varierer om de aktivitetsbaserte tilskuddene er kostnadsberegnet, skjønnsmessig fastsatt eller fremforhandlet. Innsatsstyrt finansiering (ISF) er for eksempel kostnadsberegnet. ISF-systemet er et gjennomsnittssystem og det vil derfor kunne være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjonen. ISF-

ordningen finansierer altså ikke den enkelte undersøkelse eller behandling ”etter regning”.

Andelen aktivitetsbasert tilskudd varierer også. For legespesialister og psykologer med driftsavtale med et regionalt helseforetak er fordelingen mellom driftstilskudd og honorartakster (refusjonstakster fra folketrygden samt egenandeler) på årsbasis om lag 30/70. For pasientbehandling som omfattes av ISF-ordningen refunderer staten 40 prosent av gjennomsnittlige behandlingskostnader til de regionale helseforetakene. De øvrige 60 prosent av kostnadene dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Polikliniske refusjoner innenfor psykisk helsevern, radiologi og laboratorievirksomhet i offentlige sykehus har en aktivitetsbasert andel inkludert egenandeler på om lag 40 prosent. Den aktivitetsbaserte andelen (refusjon og egenandel) av folketrygdfinansieringen til private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt er også om lag 40 prosent.

Samme behandling vil kunne belaste det offentlige ulikt avhengig av om behandlingen skjer hos privatpraktiserende avtalespesialist utenfor sykehus eller poliklinisk på sykehus. Dette gjelder for eksempel takstene for henholdsvis private og offentlige laboratorier og radiologi.

Det vil av disse grunner være vanskelig å finne en egnet referansepris for refusjon av helsehjelp i andre EØS-land med utgangspunkt i dagens ulike finansieringsordninger i den norske spesialisthelsetjenesten.

Et alternativ kunne være å basere seg på ISF-systemet innenfor somatiske helsetjenester. Siden ISF-ordningen er et relativt grovmasket gjennomsnittssystem, vil ikke ISF-refusjonen uten videre kunne brukes som grunnlag for å fastsette maksimale refusjonsbeløp selv om de gjøres om til rene stykkprisrefusjoner.

Enkelte høringsinstanser har foreslått å utarbeide en liste over maksimalt refusjonsbeløp for de typer helsehjelp som vil kunne være refusjonsberettiget i andre EØS-land. Dette ville i prinsippet gi forutberegnelighet for pasientene, men det er etter departementets mening ikke aktuelt å utarbeide slike lister. Som nevnt over, er det vanskelig å finne en egnet referansepris med utgangspunkt i de ulike finansieringsordningene i norsk spesialisthelsetjeneste. I tillegg vil det være et meget omfattende arbeid da det i prinsippet finnes mange typer av spesialisthelsetjenester en kan søke refusjon for. Utover første gangs utarbeidelse av listen vil det være krevende å holde listen à jour. Det er derfor mulig at slike lister ikke alltid vil gi et korrekt bilde av de beløp som bør dekkes, noe som i de enkelte tilfeller kan tenkes å være til ulempe for pasientene.

I og med at det ikke vil være mulig å tallfeste nøyaktig hva spesialisthelsetjenesten ville belastet det offentlige med i Norge, mener departementet at modell B bør legges til grunn ved refusjonsberegningene. HELFO må vurdere om den faktiske utgift er urimelig høy sett i forhold til hva tilsvarende helsehjelp antas å ville belaste det offentlige med i Norge. Avkortning må foretas i de tilfellene hvor det fremstår som urimelig å dekke de faktiske kostnadene fullt ut, sett i forhold til kostnadsnivået i Norge. Over tid vil det trolig utvikle seg en praksis for hvilket nivå refusjonen for ulike former for behandling ikke skal overstige. Departementet antar at det på sikt vil utpeke seg noen fagområder der det kommer flere krav om refusjon og at den praksis som utvikler seg på disse områdene vil kunne bidra til større forutberegnelighet. Det kan også være aktuelt å fastsette retningslinjer for

hvordan Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) skal praktisere refusjonsberegningen for enkelttjenester eller mer generelt.

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) skal behandle refusjonskravene og fatte vedtak, jf. punkt 8.1 nedenfor, men de regionale helseforetakene skal dekke refusjonsutgiftene, jf. punkt 9 nedenfor. På tilsvarende måte som nevnt i punkt 5.2 ovenfor, bør det etter departementets mening legges opp til en fast dialog mellom Helsedirektoratet/HELFO og de regionale helseforetakene om hvordan ordningen skal praktiseres.

Egenandeler i spesialisthelsetjenesten er fastsatt som kronebeløp. Samme beløp bør benyttes ved beregning av refusjon når helsehjelpen er mottatt i et annet EØS-land. Refusjon ytes aldri med mer enn faktisk utgift fratrasket egenandelen.

Det vises til forskriftsutkastet § 7 annet ledd samt § 8.

5.4 Tannhelsetjenester til prioriterte grupper etter tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenester som i Norge ville blitt gitt i Den offentlige tannhelsetjenesten ytes i de fleste tilfeller uten egenbetaling for prioriterte grupper, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3. I medhold av tannhelsetjenesteloven § 2-2 fjerde ledd er det i forskrift 24. mai 1984 nr. 1268 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten fastsatt nærmere regler om hvem som skal ha vederlagsfri behandling mv. I noen tilfeller kan det kreves vederlag etter takster fastsatt av departementet også fra personer i prioriterte grupper, for eksempel for kjeveortopedisk behandling og for behandling av ungdom på 19 og 20 år.

Takster for tannbehandling fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-6 annet ledd og tannhelsetjenesteloven § 2-2 fjerde ledd, gjeldende fra 1. januar 2010, er tatt inn i departementets rundskriv I-7/2009 *Informasjon om regelverk vedrørende stønad til dekning av utgifter til tannbehandling*.

Departementet foreslo i høringsbrevet av 16. juni 2008 å beregne refusjon for tannbehandling (tilsvarende det som i Norge ytes i Den offentlige tannhelsetjenesten) mottatt i andre EØS-land etter modell A. Dette vil innebære at refusjonen rutinemessig begrenses oppad til fastsatte takster.

Troms fylkeskommune har i sin høringsuttalelse fremholdt at modell B er å foretrekke for de prioriterte gruppene som har rett på vederlagsfri behandling. Det uttales at modell A gir større administrative kostnader enn modell B, og at prioritert klientell i gruppene a til c har krav på tannbehandling uten egenbetaling.

Departementet finner det i denne sammenheng ikke avgjørende at pasientene har krav på behandling uten egenbetaling i Norge. Refusjon for behandling i utlandet må likevel kunne begrenses oppad til det beløp tilsvarende behandling ville belastet det offentlige med i Norge, jf. punkt 5.1 ovenfor. Et moment som kunne tale for at modell B brukes for personer i de prioriterte gruppene a, b og c, er at det ikke er fastsatt takster for alle typer behandling som ytes til disse gruppene i Den offentlige tannhelsetjenesten. Det er imidlertid fastsatt takster for de vanligste behandlingsformene. Der det foreligger relevante takster vil det være naturlig å ta utgangspunkt i disse og foreta avkortning dersom utgiften overstiger taksten (modell A). For de behandlingsformene hvor det ikke er fastsatt takster, er det derimot naturlig med en tilnærming som beskrevet som modell B. For stønad til

utgifter i forbindelse med kjeveortopedisk behandling av prioritert klientell vises det til omtalen under punkt 5.5 nedenfor, da stønad til denne behandlingsformen ytes av folketrygden alene.

Departementet foreslår at modell A brukes for gruppe d, det vil si ungdom på 19 og 20 år. Disse har ikke krav på vederlagsfri behandling, men betaler i Norge en egenandel på inntil 25 prosent av fastsatt takst. Når det foreligger takster, er det naturlig å begrense stønaden til den fastsatte taksten for den aktuelle behandlingen. Ved beregning av egenbetalingen når behandlingen er mottatt i et annet EØS-land, bør samme prosentsats legges til grunn som i Norge, slik som ble foreslått i høringsbrevet av 16. juni 2008. Departementet har fått det inntrykk at egenandelen gjennomgående er satt til 25 prosent, og foreslår at denne satsen legges til grunn. Det kan reises spørsmål ved om egenandelen bør beregnes av den fastsatte taksten eller den faktiske utgiften i utlandet dersom utgiften er lavere enn taksten. Departementet foreslår at egenandelen for pasienter i gruppe d skal utgjøre 25 prosent av de fastsatte takster, det vil si at pasienter på 19 og 20 år belastes samme egenbetaling som de ville betalt dersom behandling var mottatt i Norge.

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) skal behandle refusjonskravene og fatte vedtak, jf. punkt 8.1 nedenfor, men fylkeskommunene skal dekke refusjonsutgiftene. På tilsvarende måte som nevnt i punkt 5.2 og 5.3 ovenfor bør det etter departementets mening legges opp til en fast dialog mellom Helsedirektoratet/HELFO og fylkeskommunene ved KS om hvordan ordningen skal praktiseres.

Det vises til forskriftsutkastet § 7 tredje ledd og § 8.

5.5 Tjenester og varer hvor folketrygden er eneste finansieringskilde

For de tjenestetyper hvor det i Norge ytes stønad fra folketrygden og ingen andre offentlige finansieringskilder er inne i bildet, utgjør de faste stønadssatsene det beløp det offentlige belastes ved helsehjelpen. Som nevnt i punkt 5.1 ovenfor mener departementet at refusjonen ved behandling i andre EØS-land da bør begrenses oppad til den stønadssats som gjelder i Norge. Dette gjelder behandling hos tannlege, kiropraktor, logoped, audiopedagog og ortoptist, jf. folketrygdloven §§ 5-6, 5-9, 5-10 og 5-10a. Tilsvarende bør gjelde for refusjon av legemidler og spesielt medisinsk utstyr mv. etter folketrygdloven § 5-14, jf. nedenfor.

Også i høringsbrevet av 16. juni 2008 ble det lagt til grunn at refusjonen for disse typene helsehjelp rutinemessig bør begrenses oppad til de fastsatte stønadssatsene. Når systemet er at den offentlige finansieringen ytes med et fast beløp uavhengig av hva tjenesten koster i Norge, ville det kunne virke urimelig dersom pasienter som har mottatt tjenesten i utlandet skulle få et høyere kronebeløp. Ingen høringsinstanser har foreslått noen annen løsning for disse tjenestetypene.

For behandling utført hos *kiropraktor, logoped, audiopedagog og ortoptist* er det fastsatt stønadssatser, men som regel er det ikke fastsatt egenandel. Tjenesteyteren står fritt til å bestemme honorarets størrelse. Pasientens egenbetaling - og dermed fordelingen mellom stønad og egenbetaling - vil således variere mellom de ulike tjenesteyterne. Den gjennomsnittlige fordelingen mellom stønad og egenbetaling vil også kunne variere mellom ulike behandlingsformer. Praktiske hensyn tilsier at refusjonen ytes med faktisk utgift begrenset oppad til stønadssatsen uten at det

gjøres fradrag ut fra betraktninger om forholdet mellom stønad og egenbetaling. Et eventuelt fradrag måtte i så fall bygge på beregninger av gjennomsnittlig fordeling mellom stønad og egenbetaling. Dette vil kunne være såpass arbeidskrevende at det ikke er regningssvarende, samtidig som det vil kunne falle skjevt ut for noen. Stønadsbeløpene er for øvrig gjennomgående relativt små. Departementet foreslår derfor at refusjonen for disse tjenestetypene rutinemessig begrenses til fastsatt stønadssats (modell A), og at det ikke foretas fradrag ut fra betraktninger om forholdet mellom egenbetaling og stønad. Det vises til forskriftsutkastet § 7 første ledd.

Tannbehandling som er stønadsberettiget etter folketrygdløven § 5-6 er i høringsbrevet av 16. juni 2008 drøftet særskilt, fordi egenbetalingen ved stønadsberettiget tannbehandling i Norge ofte er i en helt annen størrelsesorden enn ved andre typer helsehjelp. Dette skyldes dels at utgiftene til behandlingen kan være svært høye, og dels den kompliserende faktoren med fri prisfastsetting som gjelder for tannhelsetjenester. Det kom i liten grad innspill til departementets forslag. Departementet opprettholder forslaget om at stønaden til tannbehandling begrenses oppad til de stønadssatser som gjelder for tilsvarende behandling i Norge uten at det gjøres fradrag ut fra betraktninger om forholdet mellom stønad og egenbetaling. Den begrunnelsen som er nevnt ovenfor for andre grupper helsepersonell gjør seg gjeldende også ved tannbehandling. Der det er fastsatt offentlig egenandel bør imidlertid denne gå til fradrag dersom pasientens faktiske utgift er lavere enn summen av stønad og offentlig fastsatt egenandel. Den offentlig fastsatte egenandelen har betydning for frikort, jf. punkt 5.6 nedenfor. Det vises til forskriftsutkastet § 7 første ledd og § 8. Takster for tannbehandling er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdløven § 5-6 annet ledd og tannhelsetjenesteløven § 2–2 fjerde ledd. Takstene vil, sammen med tilhørende regelverk, være utgangspunktet for beregningen av refusjon.²⁰

Refusjon for *legemidler* etter folketrygdløven § 5-14, bør gis med reell kostnad fratrukket vanlig egenandel, men begrenset til refusjonspris i Norge, fratrukket egenandel. For legemidler som det ikke er fastsatt refusjonspris for, bør stønaden være begrenset til maksimalpris fastsatt i medhold av legemiddelforskriften, fratrukket egenandel. Det vises til forskriftsutkastet § 7 fjerde ledd. For pasienter som er berettiget til stønad etter folketrygdløven § 5-25 bør stønaden også være begrenset til refusjonspris/maksimalpris, men det trekkes ikke egenandel. For bidrag til legemidler etter folketrygdløven § 5-22 er det særskilte regler for egenbetaling og bidrag. De samme prinsippene som anvendes når legemidlene er kjøpt i Norge, bør legges til grunn når legemidlene er kjøpt i et annet EØS-land. Også her bør det imidlertid gjelde en begrensning ut fra refusjonspris/maksimalpris der dette er relevant.

Refusjon for *spesielt medisinsk utstyr m.m.*, jf. § 5-14, bør begrenses oppad ut fra det maksimumsbeløp som er fastsatt av Helsedirektoratet i pris- og produktlister. For medisinsk utstyr og forbruksmateriell som bare dekkes i medhold av § 5-25, mener departementet at det bør gis stønad som dekker den faktiske utgiften med

²⁰ Takster gjeldende fra 1. januar 2010 er tatt inn som vedlegg til departementets rundskriv I-7/2009 *Informasjon om regelverk vedrørende stønad til dekning av utgifter til tannbehandling*. Helsedirektoratets rundskriv med utfyllende bestemmelser og nærmere retningslinjer for når stønad skal ytes, er inntatt i samme hefte.

mindre beløpet virker urimelig høyt (modell B). Dette fordi det ikke finnes et tilfredsstillende system for å beregne hva kostnaden ville vært i Norge. Det vises til forskriftsutkastet § 7 femte ledd.

Egenandel for legemidler og spesielt medisinsk utstyr m.m. betales i Norge med en prosentsats. Samme sats bør legges til grunn ved refusjonsberegning for legemidler og spesielt medisinsk utstyr m.m. kjøpt i et annet EØS-land. Departementet foreslår at egenandelen som hovedregel beregnes av faktisk utgift. I tilfeller der prisen overstiger fastsatt refusjonspris, maksimalpris eller maksimumsbeløp, foreslår departementet at egenandelen beregnes av refusjonsprisen, maksimalprisen eller maksimumsbeløpet, men at pasienten dekker det overskytende fullt ut i tillegg til egenandelen, på samme måte som for varer kjøpt i Norge. Beregningen av egenandelen har betydning i forbindelse med egenandelstak og frikort, jf. punkt 5.6 nedenfor. Det vises til forskriftsutkastet § 8 annet ledd.

5.6 Fritak for egenandel og godskriving på egenandelskort

Fritak for betaling av egenandel gjelder blant annet for barn (ulik aldersgrense avhengig av tjenestetype), for den som har frikort og for visse typer behandling. Videre er den som har fått godkjent en skade eller sykdom som en yrkesskade/yrkessykdom etter folketrygdloven kapittel 13, fritatt fra å betale offentlig fastsatt egenandel for helsehjelp knyttet til yrkesskaden/-sykdommen, jf. folketrygdloven § 5-25.

Departementet mener at de ordinære regler om fritak for betaling av egenandel bør komme til anvendelse, også dersom helsehjelpen er mottatt i et annet EØS-land. Det skal altså ikke trekkes egenandel i de tilfellene hvor det ikke betales egenandel i Norge. For tjenestetyper hvor det er fastsatt både refusjonstakst og honorartakst, vil det i slike tilfeller være honorartaksten som utgjør maksimalt refusjonsbeløp for helsehjelp mottatt i andre EØS-land (for tjenestetyper hvor stønad fra folketrygden er den eneste offentlige finansieringskilden i Norge).

Videre foreslår departementet at egenandeler som er gått til fradrag i refusjonsbeløpet, og som gjelder de samme typer helsetjenester som omfattes av egenandelstak 1 eller egenandelstak 2, jf. folketrygdloven § 5-3, skal inngå i grunnlaget for utstedelse av frikort på linje med egenandeler for helsehjelp mottatt i Norge. For ordens skyld bemerkes at dette ikke gjelder eventuelt overskytende beløp som pasienten ikke får dekket fordi kostnaden ved helsehjelpen i utlandet overstiger det som blir ansett refusjonsberettiget ut fra kostnaden ved tilsvarende behandling i Norge. Og på samme måte som ved helsehjelp i Norge, inngår ikke egenbetaling utover de offentlig fastsatte egenandelene (for de tjenestetyper der det er fri prisfastsettelse) i grunnlaget for utstedelse av frikort.

Det beløp som kan inngå i beregningsgrunnlaget vil med andre ord være samme beløp som den offentlig fastsatte egenandelen ved helsehjelp mottatt i Norge. Ved egenandel som beregnes i prosent vil beløpet kunne være noe lavere fordi egenandelen i utgangspunktet foreslås beregnet av den faktiske prisen, jf. punkt 5.5 ovenfor.

Det bemerkes at det ikke er all egenbetaling som omfattes av egenandelstakene. For eksempel omfattes ikke egenandel som 19 og 20-åringer betaler for tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten av noen av egenandelstakene.

Det vises til forskriftsutkastet § 8.

Det er nødvendig med justeringer i § 2 i forskrift 18. april 1997 nr. 334 om egenandelstak 1 og i § 1 i forskrift 19. desember 2002 nr. 1789 om egenandelstak 2 for også å inkludere egenandel som er trukket fra ved beregningen av stønad til helsehjelp i andre EØS-land etter den nye refusjonsordningen. Det vises til forskriftsutkastet § 17 punkt II og III.

6 Reise- og oppholdsutgifter – jf. forskriftsutkastet §§ 9 og 13

6.1 Om EU-domstolens praksis

EU-domstolen har ikke uttalt seg særskilt om reiseutgifter i tilknytning til ikke-sykehusbehandling som pasienten kan kreve refundert på grunnlag av reglene om fri bevegelighet for tjenester. I tilknytning til sykehusbehandling uttalte EU-domstolen i sak C-372/04 *Watts* at det følger av rettspraksis

”... at en medlemsstats lovgivning ikke uden at tilsidesætte artikel 49 EF kan udelukke afholdelse af de yderligere udgifter, som en patient, der har fået tilladelse til at rejse til en anden medlemsstat, for dér at modtage hospitalsbehandling, har haft, når disse udgifter i henhold til denne lov afholdes, hvis behandlingen udføres på et hospital, der er omfattet af det pågældende nationale system.

En medlemsstat er derimod ikke i medfør af artikel 49 EF forpligtet til at fastsætte bestemmelser, hvorefter de kompetente institutioner skal afholde de yderligere udgifter, der er forbundet med en tilladt, grænseoverskridende rejse med henblik på lægebehandling, hvis en sådan forpligtelse for de kompetente institutioner ikke finder anvendelse for sådanne udgifter, når rejsen foregår på det nationale område.”²¹

Departementet forstår dette slik at dersom utgifter til reise og opphold etter nasjonal rett dekkes ved reiser internt i pasientens hjemland, må de dekkes også når pasienten har reist til et annet EØS-land for å motta helsehjelp og pasienten har krav på å få dekket utgiftene til denne helsehjelpen. På den annen side har ikke pasienten krav på å få dekket reise- og oppholdsutgifter pasienten har hatt til andre EØS-land dersom reiseutgiftene ikke hadde blitt dekket om reisen var foretatt i pasientens hjemland. De vilkår og begrensninger som gjelder for retten til dekning av reise- og oppholdsutgifter i pasientens hjemland vil kunne gjøres gjeldende også for reiser til andre EØS-land.²² Dette kan forsvares ut fra hensynet til at medlemslandene ikke skal belastes med større utgifter enn det som er nødvendig av medisinske grunner.

Forslaget til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester regulerer ikke spørsmålet om dekning av reise- og oppholdsutgifter.

²¹ C- 372/04, *Watts*, premiss 139-140.

²² C- 372/04, *Watts*, premiss 142.

6.2 Regler for dekning av reise- og holdsutgifter i Norge

Dekning av reiseutgifter i forbindelse med helsehjelp i Norge reguleres i hovedsak i og i medhold av pasientrettighetsloven § 2-6. Pasient og eventuelt ledsager har på angitte vilkår rett til dekning av nødvendige utgifter når pasienten må reise i forbindelse med en helsetjeneste som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og som dekkes av et foretak etter helseforetaksloven. Det samme gjelder helsetjenester som omfattes av folketrygdloven kapittel 5.

Etter pasientrettighetsloven § 2-6 ytes som hovedregel bare dekning av reise- og oppholdsutgifter til det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis. Ved beregningen av stønaden skal taksten for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel som hovedregel legges til grunn.

Forskrift 4. juli 2008 nr. 788 om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling (syketransportforskriften) gir nærmere bestemmelser om dekningen. Det er fastsatt enkelte unntak fra hovedregelen om at utgifter til transport bare dekkes til det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis. Det gis dekning av utgifter til fastlege i bostedskommunen eller samarbeidende kommune selv om det ikke er det geografisk nærmeste stedet hvor behandlingen kan gis. De andre unntakene gjelder i første rekke tjenesteytere i pasientens helseregion og/eller som har avtale med det regionale helseforetaket i pasientens helseregion. Forskriften inneholder også regler om når det gis dekning av reise på annen måte enn billigste på grunn av pasientens helsetilstand eller andre forhold.

Dersom pasienten reiser lenger enn nødvendig (uten at tjenesteyteren er blant de som likestilles med den nærmeste etter forskriftens regler) dekkes reiseutgifter som om pasienten hadde reist til det geografisk nærmeste stedet der helsehjelpen kunne gis. Når pasienten benytter retten til fritt sykehusvalg dekkes også reise til sykehus utenfor egen helseregion, men med høyere egenandel.

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion er ansvarlig for å dekke reise- og oppholdsutgifter etter pasientrettighetsloven § 2-6.

I tilfeller der pasienten mottar behandling i utlandet etter pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde eller femte ledd på grunn av fristrudd eller mangel på adekvat tilbud i Norge, dekkes reise- og oppholdsutgifter til behandlingsstedet med ordinær egenandel.

Når det gjelder tannbehandling for prioriterte grupper etter tannhelsetjenesteloven § 1-3, er det den enkelte fylkeskommune som er ansvarlig for å gi regler for dekning av skyssutgifter for pasienter som har rett til tannbehandling, og for å refundere utgiftene i henhold til gitte regler, jf. tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd. Når det gjelder reiseutgifter knyttet til tannbehandling i andre EØS-land som det søkes refusjon for fordi tilsvarende behandling ville blitt gitt av Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge, foreslår departementet at de reglene som gjelder i det fylket som skal dekke utgiftene til behandlingen, gis tilsvarende anvendelse. Pasienter må derfor henvende seg til fylkestannlegen i "sitt" fylke for å få nærmere kunnskap om dekning av reiseutgifter. Departementet foreslår at fylkene også skal være ansvarlig for saksbehandlingen av fremsatte krav, se punkt 8.4 nedenfor.

6.3 Høringsbrevet av 16. juni 2008 og Ot.prp. nr. 92 (2008-2009)

I høringsbrevet av 16. juni 2008 uttalte departementet at de samme prinsipper som legges til grunn ved dekning av reiseutgifter ved behandling i Norge, bør gjelde for dekning av reise- og oppholdsutgifter i saker hvor det gis refusjon etter folketrygdloven § 5-24 a. Dette innebærer at pasienter som velger å motta refusjonsberettiget ikke-sykehusbehandling i annet EØS-land, skal få refusjon av reiseutgifter m.m. på linje med pasienter som velger å reise lenger enn nødvendig innen Norge (lenger enn til det som anses som nærmeste sted). Reiseutgifter dekkes da som om pasienten hadde reist til "nærmeste sted". Departementet pekte på at dette også samsvarer med det hensyn EU-domstolen har trukket frem, om at landene ikke skal belastes med større utgifter enn det som er nødvendig av medisinske grunner.

Departementet la til grunn at reiseutgifter når pasienten velger å motta behandling i utlandet og søke refusjon etter folketrygdloven § 5-24 a, ikke bør dekkes etter særreglene for reiseutgifter i forbindelse med fritt sykehusvalg. Departementet viste til at refusjonsordningen for behandling i utlandet skal gjelde ikke-sykehusbehandling, og den vil i derfor i liten grad berøre pasienter som i Norge kunne benyttet retten til fritt sykehusvalg. Videre ble det pekt på at det vil kunne være vanskelig å fastslå om en behandling mottatt i utlandet ville blitt gitt på sykehus i Norge eller hos avtalespesialist, blant annet fordi dette varierer fra landsdel til landsdel. Dessuten er begrunnelsen for ordningen med fritt sykehusvalg et ønske om å utnytte kapasitet som allerede er finansiert av det offentlige i Norge, samtidig som pasientene vil kunne få kortere ventetid.

Enkelte høringsinstanser kommenterte spørsmålet om reise- og oppholdsutgifter i uttalelser til høringsbrevet av 16. juni 2008. De som uttalte seg støttet departementets forslag. Ingen instanser foreslo andre løsninger.

I Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) punkt 12.1 nevnte departementet blant de prinsipper departementet tok sikte på å legge til grunn i forskriftsarbeidet, at reise- og oppholdsutgifter ikke skal dekkes utover det som ville blitt dekket etter de ordinære reglene i Norge dersom pasienten reiste til nærmeste sted der behandlingen kunne mottas, eller steder som likestilles med nærmeste sted.

Helse- og omsorgskomiteens flertall uttalte i Innst.O. nr. 134 (2008-2009) at de merket seg departementets forslag om dekning av reiseutgifter, og at det etter deres syn er viktig å påpeke at dekning av reise- og oppholdsutgifter forutsetter at helsehjelpen er refusjonsberettiget.

6.4 Departementets vurdering og forslag

Den nye refusjonsordningen er hjemlet i folketrygdloven kapittel 5 ved en ny § 5-24 a. Etter ordlyden vil derfor reiser i forbindelse med helsehjelp mottatt i andre EØS-land som refunderes etter denne ordningen omfattes av reglene i pasientrettighetsloven § 2-6. I folketrygdloven § 5-24 a annet ledd bokstave har departementet hjemmel for å gi nærmere regler i forskrift om dekning av reise- og oppholdsutgifter i tilknytning til helsehjelp som refunderes etter § 5-24 a. Dette innebærer at det kan fastsettes særregler for disse tilfellene.

Reglene i og i medhold av pasientrettighetsloven § 2-6 har som det generelle utgangspunkt at det offentlige ikke dekker utgifter utover det som er nødvendig, både med hensyn til avstand og reisemåte, jf. punkt 6.2 ovenfor. Departementet

kan ikke se at EØS-retten tilsier at man må fravike disse prinsippene i forbindelse med refusjonsordningen i medhold av § 5-24 a, og ser heller ingen annen grunn til det. Pasienten vil her være i en valgsituasjon med hensyn til om helsehjelpen skal søkes i Norge eller i et annet EØS-land.

I de fleste tilfeller vil det da være aktuelt å få dekket reiseutgifter som om pasienten hadde reist til det nærmeste sted i Norge der helsehjelpen kunne mottas.

Departementet foreslår en forskriftsbestemmelse i medhold av folketrygdloven § 5-24 a annet ledd bokstav e om at reiseutgifter dekkes etter reglene i og i medhold av pasientrettighetsloven § 2-6, jf. forskriftsutkastet § 9. Bestemmelsen presiserer at det kan ytes dekning av reiseutgifter til behandlingsstedet i utlandet dersom dette rent faktisk er det nærmeste stedet der helsehjelpen kan mottas, noe som kan være tilfelle i grensestrøk. For å unngå tvil sies uttrykkelig at reglene om fritt sykehusvalg ikke kommer til anvendelse.

Regelverket i og i medhold av pasientrettighetsloven § 2-6 er laget for reiser i Norge foretatt av personer med fast bopel eller oppholdssted i Norge. Det regulerer ikke den situasjon at en pasient som bor og/eller oppholder seg i utlandet, reiser til Norge for å få helsehjelp som vedkommende har rett til å få på det offentliges bekostning i Norge. Departementet har forstått praksis dit hen at slike reiseutgifter gjennomgående ikke dekkes. Tilsvarende bør da trolig gjelde når pasienter som har rett til refusjon etter folketrygdloven § 5-24 a, har reist fra et land utenom Norge til et annet EØS-land for å motta helsehjelpen der, eller har reist innen et EØS-land i forbindelse med helsehjelpen. Praktiske hensyn tilsier også at reiseutgifter ikke dekkes i slike tilfeller fordi det vil være svært ressurskrevende for forvaltningen å finne ut om pasienten har reist lenger enn nødvendig i slike tilfeller, hva som er billigste reisemåte og hva en slik reise ville kostet m.m. For pasienter som har bosted i utlandet ville det heller ikke være gitt hvem som skulle dekke reiseutgiftene. På denne bakgrunn foreslår departementet at reiseutgifter bare dekkes dersom de oppstår med utgangspunkt i Norge, jf. forskriftsutkastet § 9 siste ledd.

De fleste av de tjenestene det vil være aktuelt å få refundert gjennom den nye ordningen, vil tilsvare tjenester hvor pasienten i Norge ville hatt rett til dekning av reise- og oppholdsutgifter etter reglene i og i medhold av pasientrettighetsloven § 2-6. Som det fremgår i punkt 6.2 ovenfor, gjelder dette ikke tannhelsehjelp som i Norge ytes i Den offentlige tannhelsetjenesten. I henhold til tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd skal fylkeskommunen dekke skyssutgifter i samsvar med forskrift fastsatt av fylkeskommunen for pasienter under § 1-3. Det må antas at dette gjelder de prioriterte gruppene. Gjennom den nye refusjonsordningens forankring i folketrygdloven § 5-24 a, omfattes slike tjenester mottatt i andre EØS-land etter ordlyden av pasientrettighetsloven § 2-6, med mindre det gjøres unntak. Departementet finner det imidlertid naturlig å holde reiseutgifter i slike tilfeller utenfor i og med at krav om reiseutgifter når tannbehandlingen mottas i Norge, behandles etter eget regelverk og av fylkeskommunene selv. De regionale helseforetakene har ikke ansvar for å dekke utgiftene i slike tilfeller. Departementet foreslår derfor at fylkeskommunene selv behandler krav om reise- og oppholdsutgifter i tråd med de regler som gjelder i fylkeskommunen, og at fylkeskommunen selv dekker utgiftene. Det foreslås på denne bakgrunn en særskilt bestemmelse med hensyn til reiseutgifter ved tannhelsehjelp som i Norge ytes av Den offentlige tannhelsetjenesten, jf.

forskriftsutkastet § 9 fjerde ledd. Dersom det senere gjøres endringer slik at reiseutgifter i Norge for disse pasientene omfattes av pasientrettighetsloven § 2-6 og behandles i samme system som reiseutgifter for øvrig, vil det være naturlig å endre dette tilsvarende for reiseutgifter ved behandling i andre EØS-land.

I utkastet til forskrift om den nye refusjonsordningen § 9 fjerde ledd foreslås fastsatt at krav knyttet til reiseutgifter ved tannbehandling tilsvarende den som i Norge ytes etter tannhelsetjenesteloven, skal dekkes etter reglene i og i medhold av tannhelsetjenesteloven § 5-1. Eventuelle begrensninger med hensyn til avstand, reisemåte m.m. må kunne gjøres gjeldende på tilsvarende måte som i Norge.

Departementet finner ikke behov for endringer i forskrift 4. juli 2008 nr. 788 om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling (syketransportforskriften), heller ikke vedrørende reiseutgifter knyttet til tannbehandling tilsvarende de som ytes i Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge, selv om disse ikke skal dekkes etter reglene i og i medhold av pasientrettighetsloven § 2-6, men etter tannhelsetjenesteloven § 5-1. I syketransportforskriften § 1 heter det:

”Forskriften gjelder dekning av utgifter ved reise i forbindelse med at pasienter mottar helsetjenester unntatt

...

d) ved reise som dekkes etter annet regelverk enn pasientrettighetsloven § 2-6

...”

Det skulle da ikke være nødvendig med et spesifikt unntak i syketransportforskriften for disse kravene.

Dekning av reise- og oppholdsutgifter vil som nevnt være betinget av at selve helsehjelpen finnes refusjonsberettiget. Det foreslås derfor at krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter ikke behandles før kravet om refusjon av utgiftene til helsehjelpen er avgjort. Kravet bør fremsettes på fastsatt skjema. Det vises til punkt 8.4 nedenfor om behandling av krav på refusjon av reise- og oppholdsutgifter, og til forskriftsutkastet § 13.

7 Forholdet til andre regelsett – jf. forskriftsutkastet § 14

Det må vurderes om det er behov for regulering av forholdet mellom den nye refusjonsordningen og noen av de andre ordningene for dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet.

Pasienter som har fått behandling i utlandet på det offentliges bekostning, for eksempel etter reglene i *pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde eller femte ledd*, vil naturligvis ikke ha krav på refusjon etter den refusjonsordningen som høringsnotatet omhandler. Dette gjelder også behandlingsreiser til utlandet som finansieres gjennom en egen tilskuddsordning på statsbudsjettet.

Den eksisterende *bidragsordningen for fysioterapi i utlandet etter folketrygdloven § 5-22*, vil bli avviklet parallelt med innføringen av den nye refusjonsordningen, jf. Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) punkt 5.2.5 og Prop. 1 S (2009-2010) kap. 2790 post 70.

Folketrygdloven § 5-24 gjelder stønad til helsetjenester i utlandet. Reglene i § 5-24 er av størst betydning utenfor EØS-området. I medhold av § 5-24 åttende ledd er det fastsatt forskrift 15. april 1997 nr. 316 om bortfall av rett til dekning av utgifter til helsetjenester mv på grunn av gjensidighetsavtale med annet land («avskjæringsforskriften»). På bakgrunn av trygdeforordning nr. 1408/71 bortfaller dermed rett til dekning i mange tilfelle i EØS-området. Unntak følger av forskrift 8. juni 2007 nr. 587 om unntak fra forskrift om bortfall av rett til dekning av utgifter til helsetjenester mv. på grunn av gjensidighetsavtale med annet land.

Den som er medlem av folketrygden fordi vedkommende er bosatt i Norge (etter folketrygdloven § 2-1) har ikke rett til stønad etter § 5-24 under midlertidige utenlandsopphold. Ordningen kommer derfor særlig til anvendelse for medlemmer av folketrygden som er fast bosatt i andre land. Personer med vedvarende og regelmessig behov for oksygen- og dialysebehandling får likevel dekket nødvendige utgifter til slik behandling under midlertidige utenlandsopphold. Medlemmer i folketrygden som er bosatt i Norge kan også få dekket utgifter til helsehjelp ved fødsel hvis de reiser til utlandet for å føde.

Hvis vilkårene for stønad er oppfylt både etter § 5-24 og den nye refusjonsordningen i medhold av § 5-24 a, antar departementet at pasienten bør kunne velge hvilken ordning de vil fremsette krav etter. Dekningen etter de to ordningene vil kunne være ulik i og med at stønaden beregnes på forskjellig måte. Det gis kun stønad etter én av ordningene, selv om utgiftene eventuelt ikke dekkes fullt ut etter den valgte ordningen.

*Trygdeforordning nr. 1408/71*²³ er den mest aktuelle ordning for dekning av utgifter til helsehjelp i andre EØS-land. Se Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) punkt 5.2.2 for omtale av forordningens regler om helsehjelp. Disse ordningene videreføres gjennomgående i trygdeforordning nr. 883/2004²⁴ som skal avløse forordning nr. 1408/71.

Den nye refusjonsordning vil ikke endre de ordninger for dekning av helsehjelp i andre EØS-land som følger av trygdeforordningen. EU-domstolen har gjort det klart at pasienters rett til utgiftsdekning etter reglene om fri bevegelighet for tjenester ikke utelukker anvendelse av trygdeforordning nr. 1408/71 i de tilfeller der den er aktuell.

Ordningen med europeisk helsetrygdkort (EHIC) vil bestå, og norske pasienter som får behov for helsehjelp under midlertidig opphold i andre EØS-land bør etter departementets mening fortsatt benytte denne ordningen. Et vilkår for dette er at det er nødvendig å motta helsehjelpen under oppholdet, sett ut fra oppholdets varighet og ytelsens art. Pasienten betaler da kun egenandel etter behandlingslandets regler. Oppgjør for øvrig finner sted mellom landene. Som utgangspunkt skal oppgjør finne sted som individuelt oppgjør ut fra faktiske

²³ Rådsforordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse av trygdeordninger på arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende og deres familiemedlemmer som flytter innenfor Fellesskapet.

²⁴ Europaparlaments- og rådsforordning (EF) nr. 883/2004 av 29. april 2004 om koordinering av trygdeordninger. Denne kommer til anvendelse først når gjennomføringsforordningen er satt i kraft, trolig fra 1. mai 2010 i EU, og noe senere i EØS-sammenheng.

utgifter. Norge har imidlertid avtale med en del land²⁵ om avkall på refusjon ut fra tanken om at man behandler hverandres pasienter i noenlunde samme omfang.

Når det gjelder planlagt behandling kan det fortsatt være aktuelt å søke om forhåndsgodkjenning etter trygdeforordningen artikkel 22 nr. 1 bokstav c (blankett E112). Etter artikkel 22 annet ledd kan forhåndsgodkjenning ikke nektes dersom den aktuelle behandlingen er blant de tjenester som vanligvis ytes i bosettingslandet, og behandlingen ikke kan gis innen den tid som vanligvis er nødvendig for å få slik behandling i bosettingslandet. Det skal tas hensyn til vedkommendes aktuelle helsetilstand og sykdommens mulige utvikling. Med en slik forhåndsgodkjenning betaler pasienten kun egenandel etter behandlingslandets regler, og slipper å forskuttede den totale behandlingsutgift. Denne ordningen benyttes mest ved sykehusbehandling, og utgifter til slik behandling vil gjennomgående ikke omfattes av den nye refusjonsordningen, jf. punkt 2.3 ovenfor. Men også for ikke-sykehusbehandling kan det søkes om E112 dersom pasienten ønsker behandling på de vilkår som gjelder i behandlingslandet.

I høringsbrevet av 16. juni 2008 tok departementet opp spørsmålet om refusjon etter den nye refusjonsordningen bør være utelukket i tilfeller der pasienten kunne fått behandling etter trygdeforordning nr. 1408/71, og utgiftene for det offentlige ville vært dekket av rundsumoppgjør eller ikke-refusjonsavtale med behandlingslandet. Utgiftene til helsehjelp er i slike tilfelle allerede finansiert av Norge gjennom rundsumoppgjøret med vedkommende land eller det gjensidige avkallet på oppgjør.

Departementet legger til grunn at refusjonsordningen etter § 5-24 a ikke bør omfatte personer som Norge betaler rundsumoppgjør for til vedkommendes bostedsland, se punkt 4.3 og 4.4 ovenfor og forskriftsutkastet § 4.

Når det gjelder avtaler som innebærer avkall på oppgjør, bemerket Arbeids- og inkluderingsdepartementet i sin høringsuttalelse at de er usikre på om avtale om avkall på refusjon mellom Norge og behandlingslandet skal være utslagsgivende. Det ble vist til at en slik administrativ avtale mellom landene ikke kan frata pasientene rettigheter som de eventuelt ellers har som følge av EØS-avtalens bestemmelser om fri flyt av tjenester og eventuelt et direktiv som vil kunne gi rett til en alternativ refusjonsordning.

Helse- og omsorgsdepartementet kan ikke se at det i EU/EØS-retten er avklart om pasienter som er berettiget til helsehjelp etter trygdeforordningen fordi behovet er oppstått under et midlertidig utenlandsopphold, har rett til refusjon etter reglene om fri bevegelighet av tjenester. I Europakommisjonens forslag til pasientrettighetsdirektiv er det en bestemmelse²⁶ om forholdet mellom direktivets regler om dekning av utgifter til helsehjelp i andre land og trygdeforordningens

²⁵ Ifølge NAVs rundskriv har Norge inngått bilaterale overenskomster om refusjonsavkall for utgifter til naturalytelser i forbindelse med sykdom under midlertidig opphold med de nordiske land, Irland, Luxembourg, Portugal, Storbritannia og Nord-Irland, Tyskland og Ungarn. Med Østerrike har Norge inngått avtale om begrenset refusjonsavkall. Avtalen med Tyskland er sagt opp av Tyskland og opphørte med virkning fra årsskiftet 2009/2010.

²⁶ COM(2008) 414 endelig, artikkel 3 nr. 2

regler om forhåndsgodkjenning av dekning av utgifter til *planlagt* helsehjelp i utlandet. Bestemmelsen innebærer at trygdeforordningens system med forhåndsgodkjenning (blankett E112) skal anvendes dersom vilkårene etter forordningens artikkel 22 er oppfylt. Forholdet mellom direktivets regler og trygdeforordningens regler om helsehjelp som ikke er planlagt, er fra Kommisjonen side ikke foreslått regulert i direktivet. I fortalen heter det i punkt 20 (dansk versjon): *"Dette direktiv berører ikke spørsmålet om overtagelse af udgifter til sundhedsydelser, som er nødvendige af lægelige grunde under forsikrede personers midlertidige ophold i en anden medlemsstat."* Europaparlamentet har i første lesning vedtatt et endringsforslag²⁷ som innebærer at dette tas inn i selve direktivteksten.

Departementet legger til grunn at det ikke kan være noe i veien for å åpne for at pasienten kan velge hvilken ordning de vil benytte i slike situasjoner, slik Sverige og Danmark har gjort. Departementet mener imidlertid at det er en viss usikkerhet ved om EØS-retten innebærer at pasienten må gis et slikt valg. Grunnlaget for helsehjelp etter trygdeforordningen vil nettopp være behovet for helsehjelp under utenlandsoppholdet. Pasienten vil da ikke være i en valgsituasjon med hensyn til om helsehjelpen skal mottas i hjemlandet eller i et annet land innen EØS-området. Bakgrunnen for trygdeforordningen er reglene om fri bevegelighet for personer.

Departementet har likevel kommet til at det ikke bør fastsettes som et vilkår for stønad etter den nye refusjonsordningen at pasienten ikke hadde rett til helsehjelp etter trygdeforordningens regler for helsehjelp som det blir behov for under midlertidig opphold i utlandet. Et slikt vilkår kunne bare gjelde situasjoner der helsehjelpen ikke kunne vente til pasienten etter planen ville være tilbake i Norge. Dersom hjelpen kunne vente, kommer ikke trygdeforordningens regler til anvendelse. I tillegg til helsehjelp som er planlagt før avreise fra Norge, vil refusjonsordningen derfor uansett måtte omfatte helsehjelp som det ble behov for under utenlandsopphold, men som kunne vente til vedkommende etter planen skulle være tilbake i Norge. Det ville i mange tilfeller trolig være vanskelig å fremlegge dokumentasjon knyttet til et eventuelt vilkår om at helsehjelpen ikke kunne mottas etter trygdeforordningen. Videre legger departementet til grunn at mange pasienter som får behov for helsehjelp under et utenlandsopphold, trolig vil ønske å få behandlingen etter oppholdslandets vilkår, slik at de slipper å legge ut den totale behandlingsutgiften. Det offentliges besparelser ved å innføre et vilkår som nevnt vil derfor sannsynligvis være begrenset. Overfor land som Norge ikke har ikke-refusjonsavtale med, vil det uansett finne sted et oppgjør som innebærer at Norge må dekke utgiftene ved helsehjelpen (unntatt eventuell egenandel) etter regning fra behandlingslandet. Utgiftsdekningen etter de to ordningene følger ulike prinsipper, og det vil kunne variere fra land til land og for ulike tjenestetyper hvilken av ordningene som gir pasienten best dekning.

Som nevnt er det likevel mulig at en annen løsning vil kunne være forenlig med EØS-retten. Dersom det viser seg at mange pasienter velger å benytte den nye refusjonsordningen i tilfeller som ser ut til å berettigede til helsehjelp etter trygdeforordningens regler, vil departementet eventuelt vurdere spørsmålet på nytt. Dette også fordi den endelige plasseringen av utgiftene til helsehjelpen blir ulik alt etter hvilken av ordningene som anvendes. I og med at den nye refusjonsordningen ikke omfatter det som i denne sammenheng regnes som

²⁷ P6_TA(2009)0286, endring 117 og 128.

sykehusbehandling, jf. punkt 2.3 ovenfor, vil denne refusjonsordningen imidlertid ikke være aktuell i alle tilfeller som dekkes av trygdeforordningen. De største utgiftene ved behandling som det oppstår behov for under midlertidig opphold i utlandet, må antas å være knyttet nettopp til sykehusbehandling.

Det kan videre tenkes at et eventuelt vedtatt direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester vil regulere spørsmålet utover det som fremgår ovenfor.

Når en pasient har fått helsehjelp i et annet EØS-land etter reglene i trygdeforordning nr. 1408/71, er det i utgangspunktet ikke aktuelt med refusjon av behandlingsutgiftene etter den nye refusjonsordningen som høringsnotatet omhandler.

Den utgiftsdekningen pasienten får etter de to ordningene vil som nevnt kunne være noe ulik fordi beregningen følger ulike prinsipper. Etter trygdeforordningen betaler pasienten (bare) egenandel etter behandlingslandets regler.

Kommisjonen synes å mene at pasienter som har fått helsehjelp etter trygdeforordningen har rett til et mellomlegg fra hjemlandet dersom reglene i behandlingslandet medførte en større egenbetaling for pasienten enn det som ville være tilfelle ved tilsvarende behandling i hjemlandet. Kommisjonen har 20. mai 2008 brakt Spania inn for EU-domstolen²⁸ fordi Spania har avslått å betale slike mellomlegg. Saken gjelder sykehusbehandling. Kommisjonen viser til at en slik praksis kan medføre at det blir mindre attraktivt å reise til utlandet for å motta andre typer tjenester (for eksempel utdanning og turisttjenester), eller at oppholdet i utlandet avkortes hvis det blir behov for helsehjelp, fordi pasienten heller vil ha gratis helsetjenester i Spania. Kommisjonen hevder at det da foreligger restriksjoner i tjenesteytelse både med hensyn til de tjenester som var det opprinnelig formålet med utenlandsoppholdet, og de helsetjenestene det måtte bli behov for under oppholdet. Det er ikke avsagt dom i saken. EU-domstolen har tidligere kommet til at pasienter har rett til slikt mellomlegg ved planlagt sykehusbehandling etter forhåndsgodkjenning fra den kompetente stat etter trygdeforordning nr. 1408/71.²⁹ En bestemmelse om dette er tatt inn i artikkel 26 nr. 7 i gjennomføringsforordningen (forordning nr. 987/2009) til den nye trygdeforordningen nr. 883/2004.

I lys av Kommisjonens sak mot Spania kan det stilles spørsmål om pasienten EØS-rettslig sett vil ha rett til mellomlegg dersom pasienten har betalt en egenandel i behandlingslandet som er høyere enn egenandelen ville vært ved tilsvarende behandling i Norge. Departementet vil eventuelt komme tilbake til spørsmålet om dekning av mellomlegg dersom det skulle bli fastslått at hjemlandet er forpliktet til å dekke slike mellomlegg i forbindelse med behandling som pasienten har mottatt i andre EØS-land etter trygdeforordningens regler om helsehjelp som det blir behov for under midlertidig opphold i utlandet.

²⁸ C-211/08 Europakommisjonen mot Spania. Generaladvokaten har 25. februar 2010 avgitt uttalelse som støtter Kommisjonens syn.

²⁹ C-368/98, *Vanbraekel*, som gjaldt planlagt behandling etter forhåndsgodkjenning fra den kompetente stat etter trygdeforordning nr. 1408/71. Se også C- 372/04, *Watts*. Grunnlaget er reglene om fri bevegelighet for tjenester, jf. EF-traktaten artikkel 49 (tilsvarende EØS-avtalen artikkel 36).

Noen persongrupper som bor i utlandet, har rett til helsehjelp i bostedslandet etter regelverket der, men på Norges bekostning i henhold til trygdeforordningen. Som nevnt i punkt 4.4 ovenfor, bør disse trolig ikke kunne velge refusjon etter den nye refusjonsordningen for helsehjelp i bostedslandet, selv om de etter forslaget omfattes av refusjonsordningen for øvrig. Det vises til forskriftsutkastet § 4 fjerde ledd.

Skatteloven § 6-83 har regler om særfradrag for skattytere som har usedvanlig store sykdomskostnader. Dersom pasienten ved slikt fradrag har fått eller vil få dekket deler av utgiftene til helsehjelp som er stønadsberettiget etter den nye refusjonsordningen for helsehjelp i andre EØS-land, må pasienten gjøre oppmerksom på det i forbindelse med refusjonskravet. 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.

Det foreslås en forskriftsbestemmelse om at det ikke ytes stønad etter den nye refusjonsordningen dersom utgiftene til helsehjelpen helt eller delvis dekkes av det offentlige etter andre ordninger, jf. forskriftsutkastet § 14.

8 Administrering – saksbehandling – klage m.m. – jf. forskriftsutkastet §§ 10 til 13 og 15

8.1 Saksbehandling – instans og regelverk

I og med at refusjonsordningen er forankret i folketrygdloven kapittel 5, vil de generelle regler som gjelder for andre saker etter kapittel 5, komme til anvendelse med mindre det fastsettes særregler. Det følger av folketrygdloven § 21-11 a at feltet forvaltes av Helsedirektoratet, og at direktoratet kan delegerer kompetanse til å fatte vedtak om ytelser til underliggende organer.

Behandling av saker om ytelser etter folketrygdloven kapittel 5 er gjennomgående delegert til direktoratets underliggende forvaltningsorgan Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). HELFO består av seks regionkontorer som behandler saker i første instans, og et hovedkontor som blant annet behandler klager.

Helsedirektoratet har besluttet at refusjonskrav etter den nye refusjonsordningen for helsehjelp mottatt i andre EØS-land skal behandles av HELFO. HELFO vil behandle refusjonskrav, fatte vedtak og utbetale refusjon til pasienten.

De saksbehandlingsregler m.v. som gjelder for andre helserefusjonskrav etter folketrygdloven kapittel 5, vil også gjelde krav om refusjon etter folketrygdloven § 5-24 a. Dette gjelder for eksempel regelverket for økonomistyring i staten (økonomiregelverket) og folketrygdlovens regler om frister, innhenting av opplysninger, taushetsplikt, utbetaling, foreldelse, tilbakebetaling, straff for å gi uriktige opplysninger m.v.

Klageinstans vil være HELFO hovedkontor.

Med mindre det gjøres unntak, vil klageinstansens vedtak om stønad etter § 5-24 a kunne ankes inn for Trygderetten, jf. folketrygdloven § 21-12. Når det gjelder saker etter folketrygdloven kapittel 5 er det bare gjort unntak for saker om bidrag etter § 5-22. Departementet ønsker høringsinstansenes syn på om alle vedtak etter

§ 5-24 a bør kunne ankes inn for Trygderetten, eller om det bør gjøres et unntak, for eksempel slik at ankeretten bare gjelder vedtak om stønadsformer hvor det er ankerett når tilsvarende helsehjelp er mottatt i Norge.

Som nevnt i punkt 5 ovenfor, bør det etter departementets mening legges opp til en fast dialog mellom Helsedirektoratet/HELFO og kommunene og fylkeskommunene ved KS, og tilsvarende mellom Helsedirektoratet/HELFO og de regionale helseforetakene, om hvordan den nye refusjonsordningen skal praktiseres. Det vises til at kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene skal dekke utgiftene ved refusjon for helsehjelp som tilsvarer de tjenester disse forvaltningsnivåene har "sørge for"-ansvar for i Norge, jf. punkt 9 nedenfor. I en slik dialog vil man på generelt grunnlag kunne drøfte refusjonsnivå, retningslinjer for hva som er refusjonsnivå, hva som er refusjonsberettiget, fastsettelse av retningslinjer samt oppgjørsformer m.m.

For øvrig vil HELFO i forbindelse med saksbehandlingen kunne forelegge et refusjonskrav for den instans som har «sørge for»-ansvar for den aktuelle type helsetjeneste dersom det i tvilstilfelle finnes grunn til det. Tvilen kan gjelde spørsmål om helsehjelpen i det hele tatt er stønadsberettiget eller hvilket beløp som skal ytes i stønad. Det vil trolig være særlig behov for slik kontakt når ordningen er ny. Departementet legger til grunn at det ikke er behov for en særskilt bestemmelse om adgangen til slik foreleggelse, og at foreleggelse kan skje uten hinder av taushetsplikt. Det vises til folketrygdloven § 21-4.

Departementet har i § 5-24 a annet ledd hjemmel for i forskrift å gi nærmere regler om blant annet krav til dokumentasjon og oversettelse av dokumenter, jf. punkt 8.3 nedenfor.

8.2 Fremsettelse av krav

Krav om stønad fremsettes av pasienten. Som omtalt i Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) punkt 12.4 foreslår departementet at stønad gis etter at helsehjelpen er mottatt og betalt av pasienten. Departementet foreslår ikke en ordning der pasienten kan be om bindende forhåndstilsagn om refusjon, eller ordninger for direkte oppgjør med tjenesteyter, betalingsgaranti eller lignende. Dette vil eventuelt bli vurdert på nytt i lys av et eventuelt vedtatt direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester. Helse- og omsorgskomiteen uttalte i Innst.O. nr. 134 (2008-2009): *"Komiteen merker seg at pasientene selv må legge ut for behandlingen, og at refusjon må søkes i ettertid. Det er etter komiteens mening viktig at det blir gitt god informasjon om ordningen, også om risikoen og muligheten for at en ikke får refusjon i ettertid."*

I tillegg til generell informasjon om ordningen, som blant annet bør være tilgjengelig på internett, vil det være mulig å søke veiledning hos HELFO i samsvar med den alminnelige veiledningsplikten etter forvaltningsloven § 11. Selv om veiledningen etter omstendighetene kan være knyttet til en konkret sak, vil det ikke være aktuelt med bindende forhåndsvurdering av om en viss type undersøkelse eller behandling vil være refusjonsberettiget. Vurdering av slike spørsmål gitt av helsepersonell som en pasient har konsultert, vil heller ikke være bindende.

Krav om stønad settes frem for HELFO, jf. punkt 8.1 ovenfor.

Departementet foreslår at krav skal fremsettes på et særskilt skjema, jf. forskriftsutkastet § 11 første ledd. Dette kan bidra til at pasienten gir nødvendige opplysninger. Skjemaet bør være lett tilgjengelig, blant annet på internett. Det kan være et skjema som fylles ut av pasienten selv, eller et skjema som er beregnet på at pasienten tar det med når helsehjelpen skal mottas og fylles ut helt eller delvis av helsepersonellet. Dersom skjemaet skal fylles ut av helsepersonellet, bør det utarbeides med parallell tekst på flere språk. Et skjema som er fylt ut av helsepersonellet vil kunne gjøre det lettere å slå fast om vilkårene for stønad er oppfylt. Departementet er imidlertid i tvil om det bør gjøres til et vilkår for stønad at et slikt skjema er fylt ut og undertegnet av helsepersonellet. Det bør ikke gå utover pasienten dersom helsepersonellet vegrer seg for å fylle ut eller undertegne et slikt skjema, for eksempel på grunn av språkproblemer. Med skjemaet bør det følge en veiledning, eventuelt på flere språk.

Medisinske kodeverk og klassifikasjonssystemer kan gi informasjon om diagnose og hva slags type behandling som er gitt. I Norge brukes for eksempel ICPC-2 og ICD-10. Referanse til slikt kodeverk vil i noen tilfeller kunne være til hjelp når krav om refusjon skal vurderes av HELFO. Det er i så fall helsepersonellet som kan bidra med denne type informasjon. Det brukes imidlertid ulike typer medisinske kodeverk mv. i de ulike land. Etter departementets vurdering kan det derfor ikke settes som et absolutt krav at skjema eller dokumentasjon som sendes inn når pasienten fremsetter stønadskrav, inneholder referanse til det nevnte medisinske kodeverket mv.

Ved tannbehandling er det fastsatt en rekke spesifikke vilkår for stønad etter folketrygdloven § 5-6. På dette feltet vil det følgelig være større utfordringer knyttet til kontroll av om en behandling er refusjonsberettiget enn på mange andre felt. Når behandlingen utføres av tannlege i Norge, er tannlegen ansvarlig for å vurdere hvorvidt pasienten har krav på stønad etter folketrygdloven § 5-6. Videre er tannlegen ansvarlig for å bruke riktige takster til aktuell behandling. Tannleger i andre EØS-land kan ikke forutsettes å kjenne det norske regelverket, og det vil også være vanskeligere å etterspørre tannlegens vurderinger i etterkant. Behandlere i utlandet vil heller ikke ha avtale om direkte oppgjør, slik at det er pasienten som bærer hele risikoen for at mottatt behandling helt eller delvis er refusjonsberettiget. Det vil på denne bakgrunn være større behov for kontroll i forbindelse med behandlingen av refusjonskrav for behandling mottatt i andre EØS-land. Departementet foreslår derfor bruk av et eget skjema ved krav om refusjon for tannbehandling for å bidra til å lette kontrollen av om behandlingen er stønadsberettiget. En mulighet er at skjemaet inneholder en liste over predefinerte behandlingstyper, hvor det skal angis hvilken type behandling som er gitt. Det er mulig det bør stilles som krav særskilt for tannbehandling at tannlegen fyller ut og undertegner et slikt skjema (uansett om det fastsettes som et generelt krav at helsepersonellet skal fylle ut skjema, jf. ovenfor). Se forslag om dette i forskriftsutkastet § 11 annet ledd.

Departementet ønsker høringsinstansenes syn på spørsmålet om bruk av skjema, bruk av medisinske kodeverk mv. og om det bør utarbeides særskilte skjemaer for enkelte stønadsområder.

8.3 Krav til dokumentasjon og oversettelse

Som omtalt i punkt 3 ovenfor, er utgangspunktet at de vilkår som gjelder for å få helsehjelp på det offentlige bekostning i Norge, skal gjelde tilsvarende som vilkår for at helsehjelp i andre EØS-land skal refunderes, med mindre det er gjort unntak eller tilpasninger. Dette gjelder vilkår av ulik karakter.

Det må i utgangspunktet være pasientens ansvar å dokumentere at vilkårene er oppfylt.

Noen vilkår vil det ikke være nødvendig å fremlegge dokumentasjon for med mindre det ut fra de foreliggende opplysningene er tvil om vilkåret er oppfylt. Andre vilkår må rutinemessig dokumenteres. Behovet for helsehjelpen bør etter omstendighetene dokumenteres ved erklæring fra tjenesteyteren eller utskrift/kopi av journalopplysninger. For tannbehandling ved sykdom som er stønadsberettiget etter folketrygdloven § 5-6, vil pasienten blant annet måtte kunne dokumentere behandlingsbehovet med relevant diagnose m.m., om nødvendig ved legeerklæring.

Utgiftene må dokumenteres med spesifisert faktura fra tjenesteyteren i original og kvittering eller annen dokumentasjon for betaling. Dersom henvisning, resept eller rekvisisjon er et vilkår, må slike dokumenter legges ved.

Det følger av folketrygdloven § 21-3 at den som krever en ytelse skal gi de opplysninger og levere de dokumenter som er nødvendige for å vurdere om vedkommende har rett til ytelsen. Forskriftsutkastet § 11 tredje og sjette ledd er således ikke nødvendige, men er tatt med av informasjonshensyn.

Dersom dokumentasjonen foreligger på et språk som vanligvis ikke forstås i forvaltningen, må det vedlegges oversettelse. Pasienten må selv bekoste oversettelsen. Oversettelsen bør som hovedregel være foretatt av statsautorisert translatør. Det vises til forskriftsutkastet § 11 femte ledd. Departementet antar at en del tjenesteytere vil kunne gi kvittering og annen nødvendig dokumentasjon på engelsk slik at pasienten kan unngå oversettelsesutgifter.

8.4 Behandling av krav på reise- og oppholdsutgifter

Det som er sagt ovenfor, gjelder refusjon for utgifter til selve undersøkelsen/behandlingen hos helsepersonell. Under forutsetning av at slike utgifter er stønadsberettigede, kan det være aktuelt med dekning av reise- og oppholdsutgifter, jf. punkt 6 ovenfor og forskriftsutkastet § 9 om dekning av slike utgifter.

Departementet ga i høringsbrevet av 16. juni 2008 og i Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) uttrykk for at krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter bør behandles av den instans som behandler slike krav når helsehjelpen er mottatt i Norge. Det er ikke fremkommet innvendinger mot dette, og det er ikke fremmet andre forslag. En slik løsning er også naturlig fordi den nye refusjonsordningen er forankret i folketrygdloven kapittel 5 og derfor faller inn under virkeområdet for pasientrettighetsloven § 2-6, som omfatter de fleste typer helsehjelp.

Ansvar for syketransport i Norge er etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a lagt til de regionale helseforetakene. Ansvar inkluderer finansieringsansvaret, å sørge for nødvendig transport og ansvaret for all saksbehandling og forvaltning av refusjonskrav. Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (Pasientreiser ANS),

som eies av de fire regionale helseforetakene i fellesskap, er mottaker for krav om dekning av utgifter til syketransport. Pasientreiser ANS skanner saken og sender refusjonskravet til det aktuelle helseforetak ved lokal enhet for pasientreiser. Den lokale enheten ved helseforetaket behandler kravet og fatter vedtak. I saksbehandlingen skal det gjøres spørring opp mot Egenandelsregisteret for å få avklart om pasienten skal trekkes for egenandel. Pasientreiser ANS sender ut vedtaket og utbetaler refusjonen. Det sendes melding til Egenandelsregisteret i de tilfeller der pasienten belastes egenandel. Digital saksbehandling av disse kravene forutsetter registrering av opplysninger i Enkeltoppgjørsregisteret. Det er hjemmel for dette registeret i helseregisterloven § 6c, jf. forskrift 18. desember 2009 nr. 1640 om registre for administrering og samordning av syketransport (syketransportregisterforskriften).

Vedtak om dekning av reiseutgifter kan påklages til Helsetilsynet i fylket etter reglene i pasientrettighetsloven § 7-2.

Departementet foreslår en forskriftsbestemmelse som presiserer at også krav om reise- og oppholdsutgifter knyttet til refusjonsberettiget helsehjelp i andre EØS-land skal sendes til Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS, jf. forskriftsutkastet § 13 fjerde ledd.

Departementet antar at det mest hensiktsmessige er å digitalisere saksbehandlingen av også disse kravene, og foreslår en uttrykkelig hjemmel for at opplysninger i tilknytning til slike krav kan registreres i Enkeltoppgjørsregisteret. Dette er blant annet hensiktsmessig for å sikre rask og riktig saksbehandling av kravet, og rask og elektronisk rapportering av egenandelsopplysninger til Egenandelsregisteret. Departementet antar at det for en korrekt og mest mulig hensiktsmessig behandling av kravene er relevant og nødvendig å registrere følgende opplysninger: at stønad for behandling er gitt med hjemmel i § 5-24 a, hva som ville vært det nærmeste behandlingsstedet for pasienten i Norge, hvilke reise- og oppholdsutgifter pasienten ville ha hatt dersom behandlingen hadde vært gjort der og hvilke transportmiddel som legges til grunn ved beregning av refusjonen. Departementet foreslår at det gis hjemmel for at også disse opplysningene kan registreres i Enkeltoppgjørsregisteret, ved å tilføye dette i syketransportregisterforskriften § 7, som relevante og nødvendige opplysninger som kan registreres i Enkeltoppgjørsregisteret. Se separat utkast til endring syketransportregisterforskriften med forslag til tilføyelser i § 7 første ledd. Det bemerkes at den foreslåtte forskriftsendringen vil tillate registrering av tilsvarende opplysninger også i forbindelse med krav som gjelder refusjon for reise i Norge. Dette er aktuelt når pasienten har reist lenger/annerledes enn det som dekkes etter regelverket for syketransport, slik at reiseutgiftene ikke dekkes fullt ut til det faktiske behandlingsstedet eller med det anvendte transportmidlet.

Som det fremgår i punkt 6.4 ovenfor foreslår departementet at krav om reise- og oppholdsutgifter knyttet til tannbehandling tilsvarende den som i Norge ytes av Den offentlige tannhelsehjelpen, skal dekkes etter de regler som gjelder i fylkeskommunen, og at fylkeskommunen selv skal behandle kravene og dekke utgiftene. Det vises til forskriftsutkastet § 13 femte ledd. Eventuelle klager behandles av det organ fylkeskommunen utpeker, med videre klagemulighet til Helsetilsynet i fylket, jf. tannhelsetjenesteloven § 2-3.

Dekning av reise- og oppholdsutgifter vil bare være aktuelt dersom det fattes vedtak om at pasienten er berettiget til stønad for utgifter ved den mottatte

helsehjelpen. Departementet foreslår at pasienten fremmer krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter sammen med kravet om stønad for helsehjelpen, og at kravet om dekning av reise- og oppholdsutgifter videresendes av HELFO til rette instans dersom det fattes vedtak om at helsehjelpen er stønadsberettiget. Det vises til forskriftsutkastet § 13 første til tredje ledd.

Departementet antar at krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter bør spesifiseres på skjemaet "Krav om dekning av reiseutgifter" som brukes ved reiser i Norge, og finnes på nettstedet www.pasientreiser.no. Reise- og oppholdsutgiftene må dokumenteres.

8.5 Overgangsordning

Det er vedtatt en overgangsordning slik at det kan gis refusjon for utgifter til helsehjelp i andre EØS-land som er påløpt de siste tre årene før ikrafttredelsen, jf. Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) punkt 10. Forutsetningen vil være at de alminnelige vilkår for refusjon er oppfylt.

Helse- og omsorgskomiteen uttalte i innstillingen at de merket seg muligheten for refusjon tre år tilbake i tid, og viste til at "dokumentasjonskravet må gjelde".

Departementet legger til grunn at kravene til dokumentasjon av at vilkårene for refusjon er oppfylt, skal gjelde tilsvarende som for krav som gjelder helsehjelp mottatt etter at ordningen trer i kraft. Dersom det fastsettes at det generelt, eller spesielt ved tannbehandling, skal fremlegges et skjema utfyllt av helsepersonellet, bør det trolig gjøres unntak fra dette kravet i forbindelse med krav etter overgangsordningen fordi det vil kunne være vanskelig å få helsepersonellet til å fylle ut et slikt skjema i ettertid.

Det følger av loven at krav må settes fram innen seks måneder etter ikrafttredelsestidspunktet for reglene om refusjonsordningen. Av informasjonshensyn foreslås dette også tatt inn i forskriften.

Se forskriftsutkastet § 15.

Dersom en pasient som fremsetter krav om refusjon, har fått eller har gjort krav på særfradrag på grunn av usedvanlig store sykdomskostnader for de samme utgiftene, må vedkommende opplyse om dette. Se punkt 7 ovenfor. Dette gjelder ikke bare refusjonskrav som fremsettes i medhold av overgangsordningen, men departementet antar at det er mest aktuelt i slike tilfelle.

9 Oppgjør vedrørende de utbetalte stønadsbeløpene – jf. forskriftsutkastet § 12

Selv om Helsedirektoratet/HELFO skal administrere refusjonsordningen, skal ikke folketrygden belastes samtlige refusjonsutgifter.

Som omtalt i Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) punkt 9, skal de regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene dekke refusjonsutgiftene for helsehjelp som tilsvarende de tjenestetypene de har «sørge for»-ansvaret for i Norge. Det vises også til vedtatte lovendringer i spesialisthelsetjenesteloven § 5-2, tannhelsetjenesteloven § 5-1 og kommunehelsetjenesteloven § 5-1. Utgiftene skal dekkes innenfor basisbevilgningen, respektive de frie inntektene. Det gis ikke aktivitetsbasert delfinansiering fra staten (blant annet ISF-refusjon og stønad fra

folketrygden) for behandlingen. Folketrygden skal dekke refusjonsutgiftene til de tjenester og varer hvor folketrygden er den eneste offentlige finansøren når tilsvarende helsehjelp mottas i Norge.

HELFO skal behandle refusjonskrav og fatte vedtak om refusjon dersom vilkårene er oppfylt, herunder fastsette hvilket beløp som refunderes. HELFO utbetaler stønaden til pasienten. Regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner skal refundere de utbetalte beløp i samsvar med de ovennevnte lovbestemte prinsipper for fordeling av refusjonsutgiftene. Departementet finner det ikke nødvendig å forskriftsfeste hvordan oppgjøret mellom Helsedirektoratet/HELFO og regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner skal skje.

I henhold til den vedtatte lovendringen i kommunehelsetjenesteloven § 5-1 nytt sjette ledd skal kommunen dekke utgifter til helsetjenester som ”personer bosatt i kommunen” har mottatt i et annet EØS-land. Tilsvarende skal fylkeskommunen etter tannhelsetjenesteloven § 5-1 nytt fjerde ledd dekke utgiftene for ”bosatte i fylkeskommunen”. I spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 nytt fjerde ledd heter det at det er ”pasientens bostedsregion” som skal dekke utgiftene.

Personer som bor på Svalbard, Jan Mayen eller i et norsk biland foreslås omfattet av refusjonsordningen dersom de er medlem i folketrygden, jf. punkt 4.3 ovenfor. Stønad som utbetales etter folketrygdloven § 5-24 a bør etter departementets mening henføres til den kommune, fylkeskommune eller helseregion der pasienten er registrert bosatt på fastlandet. For pasienter som ikke er registrert bosatt på fastlandet, typisk personer fra andre land som arbeider for norsk arbeidsgiver på Svalbard uten å ha vært bosatt på fastlandet, antar departementet at stønad etter § 5-24 a bør dekkes av folketrygden.

Som det fremgår i punkt 4 ovenfor, vil den stønadsberettigede personkretsen omfatte noen som ikke er bosatt i Norge. Departementet foreslår at folketrygden dekker stønaden til personer som er medlem av folketrygden eller på annet grunnlag er stønadsberettiget, men ikke er bosatt i Norge. Dette samsvarer med regelen i spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 annet ledd, og virker naturlig også når det gjelder de andre tjenestetypene.

Se forskriftsutkastet § 12.

10 Endring i forskrift til pasientskadeloven – jf. forskriftsutkastet § 17 punkt I

Det ble ved lov 19. juni 2009 nr. 72 om endringer i folketrygdloven m.m. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land) også vedtatt en endring i pasientskadeloven § 19. Endringen klargjør i hvilke tilfelle pasientskadeloven kommer til anvendelse når pasientskade er oppstått i forbindelse med helsehjelp mottatt i utlandet.

Etter lovendringene skal § 19 annet punktum lyde:

”Loven gjelder også skade ved helsetjenester som mottas i utlandet i medhold av pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde eller femte ledd eller etter annet oppdrag fra norske myndigheter, og som det offentlige helt eller delvis bekoster, herunder behandlingsreiser.”

Bestemmelsen innebærer at pasientskadeloven ikke omfatter de tilfellene hvor utgiftene til helsehjelp i utlandet helt eller delvis refunderes etter den nye refusjonsordningen som omhandles i dette høringsnotatet, jf. Ot.prp. nr. 92 (2008-2009) punkt 11.

Lovendringen medfører behov for endring i forskrift 31. oktober 2008 nr. 1166 om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, slik at det blir samsvar mellom lovens § 19 annet ledd og forskriften.

Forskriftens § 3 første ledd lyder slik:

”Med offentlig helsetjeneste menes i denne forskriften:

...

c) helsetjenester i utlandet som det offentlige helt eller delvis bekoster

... ”

Forskriften er fastsatt ved kongelig resolusjon med hjemmel i pasientskadeloven, men det er i forskriften § 11 fastsatt at departementet kan foreta endringer i forskriften.

På denne bakgrunn foreslår departementet ny ordlyd i forskriften § 3 første ledd bokstav c som sammenfaller med den nye ordlyden i loven § 19 annet punktum. Det vises til forskriftsutkastet § 17 punkt I.

11 Økonomiske og administrative konsekvenser

De økonomiske og administrative konsekvensene av den nye ordningen er omtalt i Ot.prp. nr. 92 (2008-2009). Departementet kan ikke se at forslagene i høringsnotatet her påvirker konsekvensene ved ordningen i nevneverdig grad i forhold til det som ble lagt til grunn i proposisjonen.

Forslaget vil gi den enkelte pasient en utvidet rett til å velge i hvilket land ikke-sykehusbehandling skal mottas med utgiftsdekning fra det offentlige. Forslaget gir derimot ikke pasientene større rett til selv å velge *hva slags* behandling som skal mottas med utgiftsdekning. Helsehjelp som ikke dekkes i Norge, omfattes heller ikke av refusjonsordningen som foreslås etablert for helsehjelp mottatt i andre EØS-land.

Departementet legger til grunn at de vilkår som gjelder for å få helsehjelp i Norge, så langt som mulig også skal gjelde som vilkår for å få refusjon for tilsvarende helsehjelp i andre EØS-land.

I proposisjonen ble det lagt til grunn at de regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene dekker refusjonsutgiftene for de tjenestetyper de har «sørge for»-ansvaret for, innenfor basisbevilgningen, respektive de frie inntektene, uten at det gis aktivitetsbasert delfinansiering fra staten. Helse- og omsorgskomiteen støttet forslaget i sin innstilling.

Hvor mange som vil benytte ordningen er vanskelig å forutse. Det er nærliggende å tro at den samlede bruken av helsetjenester (i Norge og andre EØS-land) ikke vil øke vesentlig som følge av den nye refusjonsordningen, men at noen pasienter vil velge å motta behandling i utlandet istedenfor i Norge. Men det knytter seg blant

annet usikkerhet til konsekvensene av at det ikke settes vilkår om at tjenesteyteren har tilknytning til det offentlige helsevesen eller trygdesystem i behandlingslandet, jf. punkt 3.1 ovenfor. Tall fra Sverige viser at det i årene 2007, 2008 og 2009 ble innvilget om lag 1100-1200 søknader per år (av om lag 1500 fremsatte søknader pr. år). Det ble utbetalt henholdsvis om lag 11, 12 og 16 mill. svenske kroner i årene 2007, 2008 og 2009. På usikkert grunnlag er det anslått at det vil bli under 1000 refusjonskrav i Norge per år. I tillegg kommer krav som følge av at ordningen med bidrag til fysioterapi i utlandet etter folketrygdloven § 5-22 avvikles samtidig med innføringen av den nye refusjonsordningen. I 2008 og 2009 ble det behandlet i overkant av 8000 slike saker per år, og utbetalt i underkant av 29 millioner kroner årlig. Hvor mange slike saker som vil komme i tillegg til ovennevnte anslag på 1000 er imidlertid usikkert. I proposisjonen ble det uttalt at det vil kunne være aktuelt å vurdere andre finansieringsløsninger dersom omfanget blir et vesentlig annet enn antatt.

De økonomiske virkningene for folketrygden er foreløpig usikre. Dette er knyttet til at det er vanskelig å anslå om den samlede etterspørselen etter de aktuelle helsetjenester blir større enn før, eller om behandling i utlandet kun kommer istedenfor behandling som uansett ville blitt gitt i Norge. For folketrygden kan den nye refusjonsordningen medføre både mindre- og merkostnader: innsparinger er knyttet til at det ikke skal utbetales trygderefusjon til de forvaltningsenheter som har «sørge for»-ansvar og som skal dekke de relevante kostnadene ved behandling i utlandet. Merkostnader kan oppstå dersom muligheten til å søke helsehjelp i andre EØS-land på det offentliges bekostning medfører at flere totalt sett mottar helsetjenester som skal belastes folketrygden. Dette antas i første rekke å kunne være aktuelt når det gjelder tannbehandling for sykdom til den delen av befolkningen som ikke tilhører de prioriterte gruppene etter tannhelsetjenesteloven. Dette har sammenheng med en betydelig egenbetalig for enkelte typer behandling etter denne stønadsordningen (folketrygdloven § 5-6).

I proposisjonen ble det lagt til grunn at reise- og oppholdsutgifter, jf. punkt 6 ovenfor, skal dekkes av de regionale helseforetakene. Slike utgifter skal etter forslaget ikke dekkes utover det som ville blitt dekket etter de ordinære reglene dersom pasienten reiste til nærmeste sted der behandlingen kunne mottas, eller steder som likestilles med nærmeste sted. Som nevnt overfor antar departementet på noe usikkert grunnlag at den samlede bruken av helsetjenester (i Norge og andre EØS-land) ikke vil øke vesentlig som følge av den nye ordningen. Tilsvarende antas at de totale reiseutgiftene ikke vil øke nevneverdig. De regionale helseforetakene vil få noen utgifter knyttet til tekniske tilpasninger i det etablerte systemet for behandling av enkeltoppgjør, jf. punkt 8.4 ovenfor. Dette dekkes innenfor de ordinære budsjetter. Det foreslås at krav om reiseutgifter knyttet til tannbehandling for prioriterte grupper som i Norge ville fått behandlingen i Den offentlige tannhelsetjenesten, skal behandles og dekkes av fylkeskommunene på tilsvarende måte som når behandling finner sted i Norge. Dette antas ikke å innebære nevneverdige administrative eller økonomiske konsekvenser for fylkeskommunene.

Som det går fram av punkt 8 ovenfor, er det HELFO som skal behandle refusjonskrav fra pasienter i den nye ordningen. Dette innebærer blant annet at HELFO må fatte vedtak og utbetale refusjon til pasienten. Det er viktig at HELFO før ordningen trer i kraft har på plass gode rutiner for behandling av kravene og samhandling med kommuner/fylkeskommuner og regionale helseforetak. Et av

forslagene i denne høringen er at egenandeler som er trukket fra refusjonskravene skal telle med i beregningsgrunnlaget for egenandelstak 1 og egenandelstak 2. Nå som den automatiske frikortordningen (kun tak 1) er vedtatt innført, økes kravene til god flyt av informasjon i alle ledd som berører frikortområdet. Videre er informasjonsarbeidet overfor brukerne viktig. Dette ble også understreket av Helse- og omsorgskomiteen når de behandlet proposisjonen. De administrative kostnadene til ordningen i Helsedirektoratet/HELFO dekkes over det ordinære driftsbudsjettet til Helsedirektoratet.

12 Kommentarer til de enkelte bestemmelsene i forskriftsutkastet

Til § 1:

EØS-området omfatter EU-landene og de av EFTA-landene som er med i EØS-avtalen, det vil si Island og Liechtenstein i tillegg til Norge.

Ordningen vil ikke gjelde helsehjelp mottatt i Sveits selv om trygdeforordningen gjelder også overfor Sveits, slik at europeisk helsetrygdkort kan brukes der.

Til § 2:

Et grunnleggende vilkår for stønad er at den aktuelle helsehjelpen er av en slik art at pasienten ville fått den på det offentliges bekostning i Norge. Alle de 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. Se punkt 3 ovenfor.

Til § 3:

Det vises til punkt 2 ovenfor om hvilke typer tjenester som omfattes.

Første ledd bokstav a:

Bestemmelsen i folketrygden § 5-25 innebærer blant annet at man ved skade eller sykdom som regnes som yrkesskade etter folketrygdloven kapittel 13, kan ha rett til stønad til legemidler, spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell som ikke omfattes av folketrygdloven § 5-14.

Første ledd bokstav b:

Refusjon av utgifter til legemidler ved infertilitetsbehandling kan gis etter folketrygden § 5-24 a uavhengig av om selve behandlingen (den assisterte befruktningen) er å anse som sykehusbehandling eller ikke-sykehusbehandling.

Første ledd bokstav d:

Helsehjelp i spesialisthelsetjenesten omfatter både undersøkelse og behandling i og utenfor institusjon som hører inn under helseforetakenes "sørge-for"-ansvar som nevnt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, så lenge helsehjelpen ikke faller inn under den begrensning som fremgår av annet ledd, det vil si avgrensningen mot det som i denne sammenheng regnes som sykehusbehandling.

Annet ledd:

Det er lagt til grunn at refusjonsordningen bare skal gjelde det EU-domstolen karakteriserer som ikke-sykehusbehandling. Annet ledd er en avgrensning mot sykehusbehandling, se punkt 2.3 ovenfor. I selve forskriften brukes ikke begrepene ”sykehusbehandling” og ”ikke-sykehusbehandling”, men skillet er søkt angitt på annen måte.

Grensen for hva som anses som henholdsvis sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling følger ikke skillelinjene som følger av organiseringen av den norske spesialisthelsetjenesten. Begrensningene som følger av annet ledd gjelder både ved helsehjelp som rent faktisk ytes på sykehus og helsehjelp som skjer utenfor sykehus. De gjelder både for undersøkelse og behandling.

Undersøkelse eller behandling som medfører innleggelse eller et opphold over natten i institusjonen, anses som sykehusbehandling, og faller utenfor refusjonsordningen. Dette gjelder uavhengig av om oppholdet over natten strengt tatt er nødvendig av hensyn til helsehjelpen.

Refusjonsordningen omfatter heller ikke undersøkelse og behandling som forutsetter ressurser, utstyr og et behov for spesialisert eller tverrfaglig kompetanse som normalt forbindes med sykehusbehandling. Herunder kan nevnes 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.

Tredje ledd:

Se punkt 2.4 ovenfor.

Til § 4:

Se punkt 4 ovenfor om personkrets.

Frivillig medlemskap i folketrygden gis med ulik tryggedekning. For at medlemmet skal være stønadsberettiget er det en forutsetning av medlemskapet omfatter rett til stønad etter folketrygdloven kapittel 5.

Til § 5:

Se punkt 3.2 ovenfor.

Til § 6:

Se punkt 3.3 ovenfor.

I tillegg til tjenesteytere som er etablert i behandlingslandet, kan det være aktuelt med refusjon av utgifter til helsehjelp ytt av helsepersonell som midlertidig yter tjenester i behandlingslandet. Forutsetningen er at tjenesteyteren har lovlig adgang til å drive slik midlertidig tjenesteyting, jf. kvalifikasjonsdirektivet, og at de øvrige vilkår er oppfylt, også når det gjelder kompetansekrav.

Siste ledd:

Se punkt 3.1 ovenfor.

Til § 7:

Bakgrunnen for de ulike måtene å beregne refusjonen på, er de norske systemene for offentlig finansiering av de forskjellige typene helsetjenester og varer. Se punkt 5 ovenfor.

Fjerde ledd:

For bidrag til legemidler etter folketrygdloven § 5-22 er det særskilte regler for egenbetaling og bidrag, som skiller seg fra reglene for stønad til legemidler etter folketrygdloven § 5-14.

Til § 8:

Se punkt 5 ovenfor.

Egenandeler betalt for tannhelsehjelp i medhold av tannhelsetjenesteloven § 1-3 bokstav d inngår ikke noen av egenandelstakene.

Til § 9:

Det er en forutsetning for dekning av reise- og oppholdsutgifter at selve helsehjelpen (undersøkelse/behandling) er stønadsberettiget. Bestemmelsen omhandler retten til dekning av reise- og oppholdsutgifter og hvilket regelverk det skal vurderes etter, se punkt 6 ovenfor. Hvem som skal behandle krav om dekning av reiseutgifter og dekke utgiftene er fastsatt i § 13, se også punkt 8.4 ovenfor.

Fjerde ledd:

Regler for dekning av reiseutgifter i forbindelse med tannhelsehjelp i Den offentlige tannhelsetjenesten fastsettes av den enkelte fylkeskommunen. Det er derfor vanskelig å gi generell anvisning på hvilke tilpasninger som bør foretas når tannhelsehjelpen er mottatt i utlandet.

Til § 10:

Se punkt 8.1 og 8.2 ovenfor. Som det fremgår i punkt 8.2 må pasienten selv betale for helsehjelpen i utlandet og fremsette krav om stønad etterpå.

Bestemmelsen må sees i sammenheng med § 13 om behandling av krav på dekning av reise- og oppholdsutgifter. Slike krav behandles av andre instanser og tas ikke til behandling med mindre HELFO har fattet vedtak om at selve helsehjelpen er stønadsberettiget.

Til § 11:

Se punkt 8.2 og 8.3 ovenfor.

Folketrygdlovens saksbehandlingsregler kommer til anvendelse i tillegg til de særskilte reglene som er tatt inn i forskriften.

Til § 12:

Bestemmelsen har sammenheng med at HELFO skal behandle refusjonskravene, men at refusjonsutgiftene ikke skal belastes folketrygden i sin helhet. Se punkt 8.1 og 9 ovenfor.

Fjerde ledd:

Utgifter til tannhelsehjelp i medhold av tannhelsetjenesteloven § 1-3, dekkes av fylket der pasienten var registrert bosatt på behandlingstidspunktet.

Til § 13:

Se punkt 8.4 ovenfor.

Bestemmelsen fastsetter hvem som skal behandle krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter og dekke utgiftene. Bestemmelsen i § 9 fastsetter retten til dekning av reise- og oppholdsutgifter og hvilket regelverk det skal vurderes etter.

Til § 14:

Bestemmelsen skal sikre at en pasient ikke får dekket de samme utgiftene etter flere ordninger. Se punkt 7 ovenfor.

Til § 15:

Overgangsordningen er fastsatt i lov 19. juni 2009 nr. 72 om endringer i folketrygdloven m.m. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land) punkt VI nr. 2. Se punkt 8.5 ovenfor.

Til § 16:

Ikrafttredelsestidspunkt vil mest sannsynlig være 1. januar 2011.

Se § 15 om overgangsordning.

Til § 17:

Endringen i punkt I har sammenheng med endringer i pasientskadeloven § 19 annet punktum, jf. punkt 10 ovenfor.

Endringene i punkt II og III er nødvendige for at egenandeler som er kommet til fradrag i beregningen av stønad etter § 5-24 a, skal tas med i beregningsgrunnlaget for frikort etter egenandelstak 1 og 2. Det vises til punkt 5.6 ovenfor.

Til utkast til forskrift om endring i forskrift 18. desember 2009 nr. 1640 om registre for administrering og samordning av syketransport (syketransportregisterforskriften):

Se punkt 8.4 ovenfor om behov for endring i forskriften.

Endringen må fastsettes ved kongelig resolusjon og gjøres derfor i separat forskrift.

13 UTKAST TIL FORSKRIFTER

Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet xx.xx.2010 med hjemmel i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd §§ 5-3 og 5-24 a, lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 5-1, lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten § 5-1, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 5-2 og lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) § 7, jf. forskrift 31. oktober 2008 nr. 1166 om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten § 11

§ 1 *Generelt virkeområde*

Forskriften gjelder stønad til dekning av utgifter til helsehjelp mottatt i et annet land innenfor Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS), heretter kalt EØS-land.

§ 2 *Hovedvilkår*

Stønad ytes bare for helsehjelp som medlemmet ville fått stønad eller bidrag til etter folketrygdloven eller fått bekostet i den offentlige helsetjenesten dersom den aktuelle helsehjelpen var mottatt i Norge.

Med mindre det er gjort unntak eller tilpasninger i forskriften her gjelder de samme vilkår som for tilsvarende helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge.

§ 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 dersom pasienten overnatter i behandlingsinstitusjonen. Stønad ytes heller ikke for undersøkelse og behandling som forutsetter ressurser, utstyr eller kompetanse som normalt forbindes med sykehusbehandling.

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

§ 4 *Personkrets*

Retten til stønad gjelder medlem av folketrygden som er norsk statsborger eller statsborger i et annet EØS-land.

Retten til stønad gjelder tilsvarende for et medlems forsørgede ektefelle og barn som ikke er medlem av folketrygden, med mindre Norge dekker utgifter til helsehjelp for vedkommende ved rundsumoppgjør i henhold til gjensidighetsavtale med annet land.

Retten til stønad gjelder tilsvarende for personer som bor i Norge, men som ikke er medlem i folketrygden, dersom Norge mottar rundsumoppgjør til dekning av utgifter til helsehjelp for vedkommende i henhold til gjensidighetsavtale med annet land.

For den som er bosatt i et annet land og har rett til helsehjelp i bostedslandet på Norges bekostning i henhold til gjensidighetsavtale med annet land, gjelder retten til stønad ikke helsehjelp mottatt i bostedslandet.

Rett til stønad for tjenester som nevnt i forskriften § 3 første ledd bokstav c, gjelder bare personer som oppfyller de kriterier som er nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til d.

§ 5 *Henvisning, resept og rekvisisjon*

Når henvisning fra helsepersonell er et vilkår for rett til stønad til dekning av utgifter til helsetjenester i Norge eller rett til å motta helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge, gjelder vilkåret tilsvarende for stønad til helsehjelp mottatt i et annet EØS-land.

Henvisning skal være gitt av helsepersonell som praktiserer i Norge. Vilkåret kan likevel oppfylles ved henvisning fra tilsvarende helsepersonell i et annet EØS-land i tilfeller der behovet for helsehjelpen oppsto etter avreise fra Norge. Dersom helsehjelpen i slike tilfeller er mottatt i et land som ikke har henvisningsordning for den aktuelle typen helsehjelp, kan det godtas annen dokumentasjon for at allmennlege er konsultert på forhånd. Tilsvarende gjelder konsultasjon hos annet helsepersonell som i Norge kan henvise til den aktuelle typen helsehjelp.

Vilkåret om henvisning kan i særskilte tilfelle frafalles helt.

Krav om resept eller rekvisisjon utstedt av lege eller annet helsepersonell kan oppfylles ved resept eller rekvisisjon utstedt av tilsvarende helsepersonell som praktiserer i et annet EØS-land. Rekvisisjon til prøver og undersøkelser ved medisinske laboratorier og radiologiske undersøkelser og behandling, skal likevel være utstedt av helsepersonell som praktiserer i Norge med mindre prøven, undersøkelsen eller behandlingen er nødvendig i forbindelse med annen helsehjelp som mottas i et annet EØS-land.

§ 6 *Autorisasjon og andre krav til tjenesteyteren*

Helsehjelpen må være utført av helsepersonell med offentlig autorisasjon i det aktuelle yrket som er gyldig i det landet der helsehjelpen er mottatt.

Når spesialistgodkjenning er et vilkår for rett til stønad eller helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge, må helsehjelpen være utført av helsepersonell med tilsvarende spesialistgodkjenning som er gyldig i det landet der helsehjelpen er

mottatt. Det samme gjelder andre særlige kompetansekrav. Det kan gjøres unntak fra dette kravet dersom den aktuelle spesialiteten eller tilsvarende formalkompetanse ikke eksisterer i landet der helsehjelpen er mottatt. Det er et vilkår at det i stedet dokumenteres at tjenesteyteren faktisk har tilsvarende kompetanse eller annen legespesialisering som det er nærliggende å sammenligne med den spesialiteten som kreves i Norge.

For stønad til helsehjelp hos allmennlege er det et krav at legen har gjennomført minst tre års veiledet praktisk tjeneste.

Helsepersonellet må ha adgang til å praktisere lovlig i det landet der helsehjelpen er mottatt.

Det er ikke et vilkår at helsehjelpen er utført av helsepersonell som er tilknyttet den offentlige helsetjenesten, selv om dette er et vilkår for tilsvarende helsehjelp på det offentlige bekostning i Norge.

§ 7 *Beregning av stønad*

For helsehjelp som tilsvarende helsetjenester som det gis stønad til etter folketrygdloven §§ 5-6, 5-9, 5-10 og 5-10a, ytes stønad med inntil samme beløp som stønad ytes med for tilsvarende helsehjelp i Norge.

For helsehjelp som tilsvarende helsetjenester som det gis stønad til etter folketrygdloven §§ 5-4, 5-5, 5-7, 5-8 og 5-12, og spesialisthelsetjenester som nevnt i forskriften § 3 første ledd bokstav d, utgjør stønaden de faktiske utgifter med mindre beløpet er urimelig høyt. Stønaden begrenses i så fall til et beløp som ikke overstiger de antatte kostnadene det offentlige ville blitt belastet dersom helsehjelpen var mottatt i Norge.

For helsehjelp som tilsvarende tannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til d, ytes stønad med inntil samme beløp som fastsatt takst i Norge. Ved behandlingsformer hvor det ikke er fastsatt takst, beregnes stønad på tilsvarende måte som etter annet ledd.

Stønad for legemidler som det i Norge ytes stønad til etter folketrygdloven §§ 5-14 og 5-25, ytes med et beløp inntil den fastsatte refusjonsprisen eller den maksimalprisen som er fastsatt i medhold av legemiddelforskriften, dersom det ikke er fastsatt refusjonspris. Stønad for legemidler som det i Norge ytes bidrag til etter folketrygdloven § 5-22 beregnes etter samme regler som når legemidlet er kjøpt i Norge, med en begrensning ut fra refusjonspris eller maksimalpris.

Stønad for spesielt medisinsk utstyr m.m. som det i Norge ytes stønad til etter folketrygdloven § 5-14, ytes med et beløp inntil det fastsatte maksimumsbeløpet. For medisinsk utstyr og forbruksmateriell som det i Norge ytes stønad til etter folketrygdloven § 5-25, utgjør stønaden de faktiske utgifter med mindre beløpet er urimelig høyt. Stønaden begrenses i så fall til et beløp som ikke overstiger de antatte samlede kostnadene det offentlige ville blitt belastet dersom varen var kjøpt i Norge.

Stønaden beregnes ut fra de satser og den valutakurs som gjaldt da helsehjelpen ble mottatt.

Stønaden skal ikke overstige medlemmets faktiske utgift ved helsehjelpen.

§ 8 *Egenandel*

Stønad ytes ikke for den del av medlemmets faktiske utgift som tilsvarer den offentlig fastsatte egenandel medlemmet ville betalt dersom helsehjelpen var mottatt i Norge.

Prosentvis egenandel for varer som det i Norge ytes stønad til etter folketrygdloven § 5-14 beregnes av medlemmets faktiske utgift opp til den fastsatte refusjonspris, maksimalpris eller maksimumsbeløp i Norge.

For tannbehandling etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav d betales egenandel med 25 prosent av den fastsatte takst for tilsvarende behandling i Norge.

Når det gjøres fradrag for offentlig fastsatt egenandel, kan egenandelen medregnes under egenandelstaket for den aktuelle helsetjenesten dersom egenandel for tilsvarende helsehjelp i Norge inngår i beregningsgrunnlaget etter folketrygdloven § 5-3.

Dersom den faktiske utgiften ved helsehjelpen overstiger summen av stønad og egenandel, kan det overskytende beløp likevel ikke medregnes under egenandelstaket.

§ 9 *Reise- og oppholdsutgifter*

Reise- og oppholdsutgifter for medlemmet og utgifter til nødvendig ledsager i forbindelse med stønadsberettiget helsehjelp dekkes etter reglene i og i medhold av pasientrettighetsloven § 2-6.

Dekning av utgifter gis for reise til det stedet der helsehjelpen ble mottatt dersom dette var det nærmeste stedet der helsehjelpen kunne gis. Ellers gis dekning av utgifter som ved reise til det nærmeste stedet der helsehjelpen kunne gis, i samsvar med reglene i og i medhold av pasientrettighetsloven § 2-6.

Særskilte regler om dekning av utgifter ved fritt sykehusvalg kommer ikke til anvendelse.

Reiseutgifter knyttet til stønadsberettiget helsehjelp tilsvarende den som i Norge ytes etter tannhelsetjenesteloven, dekkes etter reglene i og i medhold av tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd.

Reise- og oppholdsutgifter dekkes bare for reise med utgangspunkt i Norge.

§ 10 *Saksbehandlingsregler, fremsetting av krav og klage*

Krav om stønad settes frem etter at helsehjelpen er mottatt og betalt.

Krav om stønad settes frem for Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Vedtak kan påklages. 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 § 13.

§ 11 *Dokumentasjon, skjema og oversettelse*

Kravet skal fremsettes på fastsatt skjema.

Krav som gjelder tannbehandling skal vedlegges et særskilt skjema utfyllt og undertegnet av tjenesteyteren.

Kravet må inneholde de opplysninger som er nødvendig for å ta stilling til om helsehjelpen berettiger til stønad. Nødvendig dokumentasjon for at vilkårene er oppfylt, må vedlegges.

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

Medlemmet må vedlegge oversettelse av nødvendig dokumentasjon i tilfeller hvor dokumentasjonen ikke foreligger på norsk, dansk, svensk eller engelsk. Oversettelsen skal som hovedregel være utført av statsautorisert translatør. Kravet om oversettelse kan frafalles i tilfeller hvor det ikke er behov for oversettelse.

HELFO kan om nødvendig innhente mer informasjon eller be medlemmet om å fremskaffe informasjon eller dokumentasjon.

§ 12 *Utbetaling av stønad og refusjonsoppgjør*

Stønadene utbetales til medlemmet av HELFO.

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 utgifter 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 utgifter ved helsehjelp som nevnt i forskriften § 3 første ledd bokstav c for stønadsberettigede som er bosatt i fylkeskommunen.

De regionale helseforetakene dekker fullt ut utgifter 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.

§ 13 *Krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter*

Krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter etter forskriften § 9 fremsettes sammen med krav om stønad til dekning av helsehjelpen. Kravet fremsettes på særskilt skjema.

Dersom kravet om stønad til dekning av helsehjelpen avslås, meddeler HELFO pasienten at kravet om dekning av reise- og oppholdsutgifter av denne grunn ikke tas til behandling.

Når det foreligger endelig vedtak om at stønad til helsehjelpen innvilges helt eller delvis, tas krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter til behandling. HELFO oversender kravet til rette instans.

Krav som behandles etter reglene i og i medhold av pasientrettighetsloven § 2-6, sendes Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS. Vedtak kan påklages til Helsetilsynet i fylket etter reglene i pasientrettighetsloven kapittel 7. Klagefristen

er tre uker. Det regionale helseforetaket i medlemmets bostedsregion dekker reise- og oppholdsutgiftene.

Krav om reiseutgifter knyttet til tannbehandling som i Norge ville blitt gitt i Den offentlige tannhelsetjenesten, sendes fylkeskommunen. Fylkeskommunen behandler kravet og dekker utgiftene. Vedtak kan påklages etter reglene i tannhelsetjenesteloven § 2-3.

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

Det ytes ikke stønad etter forskriften her når det offentlige helt eller delvis dekker utgifter til helsehjelpen i utlandet etter andre regler. Dette gjelder også når helsehjelpen mottas i henhold til gjensidighetsavtale med annet land om rett til dekning av utgifter til helsetjenester.

§ 15 *Krav i medhold av overgangsordningen*

Det ytes stønad for helsehjelp mottatt inntil tre år før ikrafttredelsestidspunktet. Krav som gjelder helsehjelp mottatt før ikrafttredelsen, 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*

Forskriften trer i kraft ...

§ 17 *Endringer i andre forskrifter*

I

I forskrift 31. oktober 2008 nr. 1166 om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten skal § 3 første ledd bokstav c lyde:

- c) helsetjenester som mottas i utlandet i medhold av pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde eller femte ledd eller etter annet oppdrag fra norske myndigheter, og som det offentlige helt eller delvis bekoster, herunder behandlingsreiser

II

I forskrift 18. april 1997 nr. 334 om egenandelstak 1 skal § 2 annet ledd lyde:

Forskriften gjelder ikke for egenandeler som er betalt i utlandet, unntatt offentlig fastsatte egenandeler som er kommet til fradrag i beregningen av stønad etter reglene i og i medhold av folketrygdloven § 5-24 a.

III

I forskrift 19. desember 2002 nr. 1789 om egenandelstak 2 skal § 1 annet ledd lyde:

Forskriften gjelder ikke for egenandeler som er betalt i utlandet, unntatt offentlig fastsatte egenandeler som er kommet til fradrag i beregningen av stønad etter reglene i og i medhold av folketrygdloven § 5-24 a.

Forskrift om endring i forskrift 18. desember 2009 nr. 1640 om registre for administrering og samordning av syketransport (syketransportregisterforskriften)

Fastsatt ved kgl. res. xx.xx.2010 med hjemmel i lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) § 6c. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet.

I forskrift 18. desember 2009 nr. 1640 om registre for administrering og samordning av syketransport (syketransportregisterforskriften) skal § 7 første ledd nytt nr. 16 til 19 lyde:

16. at stønad til helsehjelp er gitt med hjemmel i folketrygdloven § 5-24 a
17. det nærmeste aktuelle behandlingsstedet for pasienten i Norge
18. hvilke reise- og oppholdsutgifter pasienten ville hatt dersom helsehjelpen hadde vært mottatt ved det nærmeste aktuelle behandlingsstedet
19. hvilke transportmiddel som legges til grunn ved beregning av refusjonen.

**Lov 19. juni 2009 nr. 72 om endringer i folketrygdloven
m.m.(etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter
til helsehjelp i andre EØS-land)**

I

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) skal ny § 5-24 a lyde:

§ 5-24a. Stønad til helsetjenester i et annet EØS-land

Det ytes stønad til dekning av utgifter til helsetjenester som medlemmet har hatt i et annet EØS-land etter regler fastsatt av departementet i forskrift.

Forskriften kan ha nærmere bestemmelser om blant annet:

- a) hvilke helsetjenester og varer det ytes stønad til
- b) hvem som har rett til stønad
- c) vilkår for stønad, herunder krav til tjenesteyteren
- d) beregning av stønaden
- e) dekning av reise- og oppholdsutgifter
- f) krav til dokumentasjon og oversettelse av dokumenter
- g) forholdet til andre regler om stønad til helsehjelp mottatt i annet land.

II

I lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene skal § 5-1 nytt sjette ledd lyde:

I den utstrekning helsetjenester som omhandlet i § 1-3 gir rett til stønad etter regler fastsatt i forskrift i medhold av folketrygdloven § 5-24 a, skal kommunen dekke utgifter til helsetjenester som personer bosatt i kommunen har mottatt i et annet EØS-land. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen.

III

I lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten skal § 5-1 nytt fjerde ledd lyde:

I den utstrekning tannhelsetjenester som omhandlet i § 1-3 gir rett til stønad etter regler fastsatt i forskrift i medhold av folketrygdloven § 5-24 a, skal

fylkeskommunen dekke utgifter til tannhelsetjenester som bosatte i fylkeskommunen har mottatt i et annet EØS-land. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen.

IV

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

§ 5-2 nytt fjerde ledd skal lyde:

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal dekke utgifter til spesialisthelsetjenester mottatt i et annet EØS-land i den utstrekning helsehjelpen gir rett til stønad etter regler fastsatt i forskrift i medhold av folketrygdloven § 5-24 a. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen.

§ 5-2 nåværende fjerde og femte ledd blir nytt femte og sjette ledd.

V

I lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) skal § 19 annet punktum lyde:

Loven gjelder også skade ved helsetjenester som mottas i utlandet i medhold av pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde eller femte ledd eller etter annet oppdrag fra norske myndigheter, og som det offentlige helt eller delvis bekoster, herunder behandlingsreiser.

VI

1. Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette de enkelte bestemmelsene i kraft til ulik tid.
2. Refusjon kan gis for helsehjelp mottatt inntil tre år før ikrafttredelsestidspunktet. Krav som gjelder helsehjelp mottatt før ikrafttredelsen, må være fremsatt innen seks måneder etter ikrafttredelsestidspunktet.