

Helse- og omsorgsdepartementet

Høringsnotat

**FORSLAG TIL ENDRINGER I FOLKETRYGDLOVEN MV.
– ETABLERING AV EN ORDNING FOR REFUSJON AV
PASIENTERS UTGIFTER TIL HELSEHJELP (IKKE-
SYKEHUSBEHANDLING) I ANDRE EØS-LAND**

Utsendt: 16. juni 2008

Høringsfrist: 1. oktober 2008

1 Innledning	5
2 Sammendrag	6
3 Bakgrunn – forholdet til EØS-avtalen - EF-domstolens praksis	8
3.1 Innledning – forholdet til EØS-avtalen	8
3.2 Forbudet mot restriksjoner i den frie bevegelse for tjenester	10
3.3 Restriksjoner i den frie bevegelse for tjenester kan rettferdiggjøres	11
3.4 Et system for å refundere utgifter til ikke-sykehusbehandling må etableres.....	12
3.5 Hvilke utgifter til ikke-sykehusbehandling har man plikt til å refundere?.....	13
3.6 Europakommisjonens arbeid med mulig regulering av pasientmobilitet og grensekryssende helsetjenester	14
4 Oversikt over gjeldende norsk rett – offentlig finanserte helsetjenester og stønad til helsetjenester fra folketrygden	14
4.1 Specialisthelsetjenesten	14
4.2 Kommunehelsetjenesten – ansvar, organisering og finansiering	16
4.3 Tannhelsetjenester – ansvar, organisering og finansiering.....	16
4.4 Stønad ved helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5	17
4.4.1 Innledning.....	17
4.4.2 Vilkårene for stønad	18
4.4.2.1 Vilkår om at utgiftene må være nødvendige.....	18
4.4.2.2 Vilkår om at behandlingen må være overveiende medisinsk begrunnet	18
4.4.2.3 Vilkår om at behandlingen må være vitenskapelig anerkjent.....	18
4.4.2.4 Vilkår om medlemskap i folketrygden	19
4.4.2.5 Vilkår om at tjenesteyteren må ha autorisasjon mv.	19
4.4.2.6 Vilkår om at tjenesteyteren må ha offentlig tilknytning	19
4.4.2.7 Vilkår om henvisning.....	20
4.4.2.8 Vilkår om at behandlingen er av vesentlig betydning for pasientens sykdom og funksjonsevne.....	21
4.4.2.9 Vilkår om forhåndstilsagn.....	21
4.4.3 Takster og egenandeler.....	21
4.4.4 Viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr m.m.	23
4.4.5 Bidrag til spesielle formål etter folketrygdloven § 5-22	24
4.4.6 Stønad til helsetjenester i utlandet etter folketrygdloven § 5-24.....	25
4.5 Rett til dekning av utgifter ved reise for undersøkelse eller behandling	26
4.6 Personkrets – hvem har rett til helsehjelp med offentlig finansiering	27

4.7 Behandlingsreiser til utlandet	29
4.8 Trygdeforordning nr. 1408/71	29
5 Utenlandsk rett	31
5.1 Sverige	31
5.2 Danmark	33
5.3 Finland	34
5.4 Island	35
5.5 Enkelte land utenfor Norden.....	35
6 Virkeområdet for refusjonsordningen som skal innføres - avgrensning.....	37
6.1 Innledning	37
6.2 Skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling	38
6.3 Kommunehelsetjenester – avgrensning mot pleie- og omsorgstjenester.....	42
6.4 Tannhelsetjenester	43
6.5 Helsetjenester som folketrygden yter stønad til – herunder legemidler og medisinsk utstyr og forbruksmateriell	43
6.6 Bidrag til spesielle formål etter folketrygdloven § 5-22.....	45
6.7 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	46
6.8 Oppsummering av refusjonsordningens virkeområde	46
7 Vilkår for refusjon.....	47
7.1 Innledning	47
7.2 Vilkår knyttet til art og omfang av helsehjelpen samt kravet til henvisning	48
7.3 Vilkår knyttet til tjenesteyteren	49
7.3.1 Autorisasjon som helsepersonell	49
7.3.2 Spesialistkompetanse	50
7.3.3 Offentlig tilknytning.....	51
7.4 Særlig om refusjon av utgifter til legemidler.....	54
7.5 Personkrets – hvem er berettiget til refusjon	55
7.6 Forholdet til trygdeforordning nr. 1408/71.....	57
8 Beregning av refusjon	59
8.1 Innledning – utgangspunkter	59
8.2 Maksimalt refusjonsbeløp.....	60
8.3 Egenandeler	63
8.4 Særlig om beregning av refusjon og egenandeler ved tannbehandling etter folketrygdloven § 5-6	65
8.5 Reise- og oppholdsutgifter.....	67

9 System for behandling av søknader og utbetaling av refusjon	70
9.1 Instans, saksbehandlingsregler mv.	70
9.2 Refusjon i etterkant eller mulighet for offentlig forskuttering av utgiftene?	72
9.3 Mulighet for forhåndsvurdering av om refusjon vil bli innvilget?	73
10 Finansiering.....	73
10.1 Innledning	73
10.2 Gjeldende finansieringsordninger.....	74
10.3 Noen utgangspunkter	74
10.4 Alternative modeller for finansiering	75
10.4.1 Finansieringsansvaret følger ”sørge for”-ansvaret (modell 1)	75
10.4.2 Finansieringsansvaret legges til staten (folketrygden) (modell 2)	77
10.4.3 Finansieringsansvar tilsvarende finansieringssystemet i Norge (modell 3).....	78
10.4.4 Utgiftsdeling etter en pragmatisk løsning (modell 4).....	78
10.5 Oppsummering	79
11 Forholdet til pasientskadeloven	79
12 Økonomiske og administrative konsekvenser	80
13 Merknader til de enkelte bestemmelser i lovforslaget	84
13.1 Merknader til endringene i folketrygdloven	84
13.2 Merknader til endringene i kommunehelsetjenesteloven	84
13.3 Merknader til endringene i tannhelsetjenesteloven	84
13.4 Merknader til endringene i spesialisthelsetjenesteloven	85
13.5 Merknader til endringene i pasientskadeloven	85
14 Lovforslag	85

1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette på høring forslag til endringer i folketrygdloven og enkelte andre lover. Endringene gjelder pasientmobilitet, nærmere bestemt innføring av en refusjonsordning hvoretter pasienter på visse vilkår kan få refusjon av utgifter til helsehjelp mottatt i andre EØS-land.

Begrepet pasientmobilitet brukes med litt forskjellig betydning i ulike sammenhenger. I vid betydning brukes begrepet om alle tilfeller der pasienter beveger seg over landegrensene eller hvor personer av ulike grunner får behandling i et annet land enn der de er bosatt eller omfattet av en nasjonal trygdeordning. I en snevrere betydning brukes det om tilfeller hvor pasienter mottar behandling i andre land på hjemlandets bekostning, eventuelt begrenset til tilfeller der selve formålet med reisen er å motta helsehjelp.

EF-domstolen har slått fast at prinsippet i EF-traktaten om fri bevegelighet for tjenester gjelder for helsetjenester, og at det også medfører rettigheter for pasienter som tjenestemottakere. Prinsippet er nedfelt i EF-traktaten artikkel 49 og 50 (tidligere 59 og 60), og tilsvarende i EØS-avtalen artikkel 36 og 37. EF-domstolens avgjørelser og forholdet til EØS-avtalen er nærmere omtalt i punkt 3 nedenfor. Forholdet til reglene om helsetjenester i rådsforordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse av trygdeordninger på arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende og deres familiemedlemmer som flytter innenfor Fellesskapet (trygdeforordning nr. 1408/71)¹ er omtalt i punkt 7.6 nedenfor, jf. også punkt 4.8.

På bakgrunn av rettspraksis fra EF-domstolen har EFTA Surveillance Authority (ESA) tatt opp med Helse- og omsorgsdepartementet at Norge ikke har noen ordning for å refundere utgifter pasienter har hatt i andre EØS-land til (planlagt) helsehjelp som kan regnes som *ikke-sykehusbehandling*. Departementet har kommet til at en slik refusjonsordning må innføres for å oppfylle Norges forpliktelser etter EØS-avtalen, jf. punkt 3 nedenfor. De lovendringer som foreslås i dette høringsnotatet er et ledd i arbeidet med å etablere en slik ordning.

Gjenstand for høringen er dermed ikke om det bør etableres en refusjonsordning, men hvordan ordningen bør utformes.

Refusjonsordningen vil innebære økt valgfrihet for pasienter når det gjelder hvor de vil motta ikke-sykehusbehandling. I vår tid med økende mobilitet over landegrensene kan pasienter av ulike grunner ønske å søke helsehjelp i et annet land. Erfaring viser at de fleste ønsker å motta helsehjelp så nær hjemstedet som mulig, men i noen situasjoner kan det være fordelaktig å kunne velge å motta hjelpen i et annet EØS-land. Dette gjelder ikke bare behov som oppstår på reise. For personer som bor i grensestrøk, eller som bor deler av året i et annet land, vil det kunne være særlig aktuelt å søke helsehjelp utenfor Norge. Det samme kan i noen tilfelle gjelde personer som har personlig tilknytning til et annet land, for eksempel tidligere hjemland.

¹ Forordningen gjelder som forskrift i henhold til forskrift 30. juni 2006 nr. 731 om inkorporasjon av trygdeforordningene i EØS-avtalen.

Punkt 2 nedenfor inneholder et sammendrag av høringsnotatet. Punkt 3, 4 og 5 inneholder bakgrunnsinformasjon om EØS-retten og EF-domstolens rettspraksis på området, gjeldende norsk rett og fremmed rett. Fra punkt 6 drøftes hvordan refusjonsordningen bør utformes.

Forslag til lovendringer er tatt inn i punkt 14 nedenfor. Departementet foreslår at det tas inn kortfattede lovbestemmelser med forskriftshjemmel i en eller flere lover, og at den nærmere utformingen av refusjonsordningen fastsettes i forskrift. Departementet har i høringsnotatet likevel omtalt en del spørsmål som i så fall vil bli regulert i forskrift. Dette er gjort blant annet for å gi høringsinstansene et bedre bilde av hvordan departementet mener hovedtrekkene i refusjonsordningen bør være. Uttalelser fra høringsinstansene om de løsninger som skisseres vil også være til nytte når forskrift skal utarbeides. Forskriftsutkast vil bli sendt på høring senere.

Uttrykket *ikke-sykehusbehandling* er ikke godt språklig, men brukes i dette høringsnotatet som korresponderende med EF-domstolens ”non-hospital care”. Se punkt 3.3 og 6.2 nedenfor om skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling.

Høringsnotatet omhandler ikke rett til *sykehusbehandling* i utlandet på det offentliges bekostning. EF-domstolen har slått fast at pasienter har rett til dette under visse forutsetninger. Slike rettigheter er allerede innarbeidet i norsk lovgivning. Det vises til Ot.prp. nr. 63 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m. og de lovendringer som trådte i kraft 1. september 2004.² Det vises også til trykdeforordning nr. 1408/71 artikkel 22, jf. punkt 4.8 nedenfor.

Høringsfristen er 1. oktober 2008.

2 Sammendrag

I punkt 3 redegjøres for bakgrunnen for departementets forslag om å etablere en refusjonsordning for utgifter til ikke-sykehusbehandling mottatt i andre EØS-land. Grunnlaget er våre EØS-rettslige forpliktelser etter EØS-avtalen, nærmere bestemt reglene om fri bevegelighet for tjenester, jf. artikkel 36 og 37, som tilsvarer EF-traktaten artikkel 49 og 50 (tidligere 59 og 60). EF-domstolen har tolket disse reglene slik at de innebærer rettigheter ikke bare for tjenesteytere, men også for tjenestemottakere, her pasienter. Relevante deler av EF-domstolens rettspraksis på området er omtalt dels i punkt 3 og dels i punkt 6 til 8 under drøftelsen av de aktuelle temaene.

I punkt 4 er det redegjort for gjeldende norsk regulering av helsetjenester som ytes med hel eller delvis offentlig finansiering. Tjenestetyper, vilkår, organisering og finansiering m.m. er kort beskrevet for å danne et bakteppe for drøftelsene i kapittel 6 til 10 om hvordan den nye refusjonsordningen bør avgrenses,

² Reglene i pasientrettighetsloven om rett til sykehusbehandling i utlandet er på vesentlige punkter en videreføring av reglene om bidrag til behandling i utlandet i medhold av tidligere § 5-22 annet ledd i folketrygdloven. Med lovfestingen i pasientrettighetsloven ble imidlertid rettighetsperspektivet styrket, og det ble også gjort enkelte andre endringer, se Ot.prp. nr. 63 (2002-2003), særlig s. 48-50.

organiseres og finansieres, og hvilke vilkår som bør oppstilles for refusjon. Eksisterende ordninger for dekning av behandlingsutgifter i utlandet er nevnt for oversiktens skyld.

I punkt 5 gis en kort omtale av hvordan de nordiske land og enkelte andre EU-land har implementert EF-domstolens rettspraksis med hensyn til ikke-sykehusbehandling.

I punkt 6 drøftes virkeområdet for refusjonsordningen. Dette gjelder dels avgrensning ut fra hva som er sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling (punkt 6.2), hvor departementet foreslår at en del tjenester i spesialisthelsetjenesten omfattes. I punkt 6.3 drøftes avgrensning mot pleie og omsorgstjenester. Departementet foreslår å holde slike tjenester utenfor refusjonsordningen. Når det gjelder tannhelsetjenester foreslår departementet i punkt 6.4 at refusjonsordningen omfatter både tjenester som i Norge ytes gratis eller mot delvis vederlag av Den offentlige tannhelsetjenesten som fylkeskommunene har ansvar for, og tannlegehjelp ved sykdom som det ytes stønad til etter folketrygdloven § 5-6. I punkt 6.5 omtales de tjenestetyper som det ytes stønad til etter folketrygdloven kapittel 5. Departementet foreslår at disse helsetjenestene omfattes av refusjonsordningen, herunder også stønad til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell etter § 5-14. Bidrag til spesielle formål etter folketrygdloven § 5-22 foreslås i utgangspunktet holdt utenfor refusjonsordningen, men slik at det i forskrift eventuelt kan fastsettes at visse bidragsformål omfattes (punkt 6.6). I punkt 6.7 foreslår departementet at legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ikke skal omfattes av refusjonsordningen. Det foreslås ikke at avgrensningen av det saklige virkeområdet for refusjonsordningen reguleres direkte i loven. Departementet foreslår at dette reguleres i forskrift.

I punkt 7 omtales en del av de vilkår som etter departementets oppfatning bør gjelde for å få refusjon. Vilkårene bygger på de krav som gjelder for å få tilsvarende helsehjelp i Norge på det offentliges bekostning. Det foreslås en forskriftshjemmel for å regulere vilkårene. Vilkår knyttet til forhold som helsehjelpens art og krav til henvisning er omtalt i punkt 7.2. Vilkår knyttet til tjenesteyteren er drøftet i punkt 7.3. Dette gjelder krav om autorisasjon (punkt 7.3.1), spesialistkompetanse (punkt 7.3.2) og krav om at tjenesteyteren under visse forutsetninger skal ha offentlig tilknytning (punkt 7.3.3). I punkt 7.4 omtales særskilte problemstillinger knyttet til refusjon av utgifter til legemidler. Hvem som vil være berettiget til refusjon drøftes i punkt 7.5. Forholdet til trygdeforordning nr. 1408/71 omtales i punkt 7.6.

I punkt 8 drøftes hvordan refusjon skal beregnes. Departementet foreslår at det aldri skal ytes refusjon med mer enn det pasienten faktisk har betalt for helsehjelpen, og at refusjonen som utgangspunkt bør begrenses oppad til hva tilsvarende helsehjelp ville belastet det offentlige med om hjelpen var mottatt i Norge, jf. punkt 8.2. Spørsmål knyttet til egenandel/egenbetaling drøftes i punkt 8.3. Departementet foreslår at pasienten skal belastes med samme egenandel som i Norge når det er fastsatt egenandel i form av et beløp eller en prosentsats. Refusjonsberegning og egenbetaling ved tannlegehjelp som det i Norge ytes stønad til etter folketrygdloven § 5-6 omtales særskilt i punkt 8.4. Dekning av reise- og oppholdsutgifter omtales i punkt 8.5. Departementet foreslår at slike

sideutgifter dekkes etter mønster av de alminnelige regler om pasienttransport. På samme måte som når pasienter reiser lenger enn nødvendig innenlands, bør reise- og oppholdsutgifter dekkes som om pasienten hadde reist til nærmeste sted hvor helsehjelpen kunne vært mottatt. Utgiftene dekkes fullt ut dersom behandlingsstedet i utlandet rent faktisk var det nærmeste stedet der helsehjelpen kunne vært mottatt. Departementet foreslår at regler om refusjonsberegning fastsettes i forskrift.

I punkt 9.1 drøftes hvilken instans som bør ivareta oppgaven med å behandle refusjonssøknader. Departementet foreslår at oppgaven legges til den instans som ivaretar helserefusjonsfeltet for øvrig. Feltet skal overføres fra NAV til Helsedirektoratet. Det arbeides for å få til en overføring fra 1. januar 2009. Departementet foreslår at krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter behandles av den instans som ivaretar denne oppgaven for pasienttransport innenlands. Dette er pr. i dag NAV på vegne av de regionale helseforetakene. Oppgaven skal på sikt overføres til de regionale helseforetakene. I punkt 9.2 drøftes spørsmålet om det skal være mulig å få utgifter til helsehjelp i utlandet forskuttert eller lignende. I punkt 9.3 drøftes spørsmålet om forhåndsvurdering av om ønsket helsehjelp vil være refusjonsberettiget.

Punkt 10 omhandler finansiering av refusjonsordningen. Departementet skisserer fire ulike modeller for utgiftfordeling/-plassering. I Norge er utgifter til tilsvarende helsehjelp delt mellom staten (herunder folketrygden), de regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene.

I punkt 11 omtales forholdet til pasientskadeloven. Departementet foreslår at det presiseres i pasientskadeloven at loven ikke gjelder helsehjelp som det ytes refusjon til etter den nye refusjonsordningen. Lovgivningen i det landet hvor helsehjelpen er mottatt, vil regulere erstatningsspørsmålet.

Punkt 12 omhandler økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget i høringsnotatet. Departementet antar at forslaget ikke vil gi noen vesentlig aktivitetsøkning, men at noen pasienter vil velge å motta helsehjelp i andre EØS-land i stedet for i Norge. For visse former for refusjonsberettiget tannbehandling med høy egenbetaling for pasienten vil det kunne bli en aktivitetsøkning. Dette fordi flere vil kunne se seg råd til å gjennomføre slik behandling hvis egenbetalingen blir mindre, noe som kan oppnås ved å motta behandlingen i et EØS-land hvor prisnivået på tannbehandling er lavere enn i Norge. På samme måte vil noen kunne få råd til dyrere behandling enn vedkommende ville hatt råd til i Norge, jf. også punkt 8.4.

Punkt 13 inneholder merknader til de lovendringer som foreslås, jf. lovutkast inntatt i punkt 14.

3 Bakgrunn – forholdet til EØS-avtalen - EF-domstolens praksis

3.1 Innledning – forholdet til EØS-avtalen

Siden 1998 har EF-domstolen behandlet en rekke saker om pasientmobilitet. EF-domstolen har slått fast at EF-traktatens prinsipp om fri bevegelse for tjenester gjelder for helsetjenester, og at dette prinsippet gir pasienter rettigheter som

tjenestemottakere. Avgjørelsene innebærer at pasienter på visse vilkår har rett til dekning fra hjemlandet av utgifter til behandling i andre EØS-land. Grunnlaget er reglene om fri bevegelighet av tjenester som er nedfelt i EF-traktaten artikkel 49 og 50 (tidligere artikkel 59 og 60), og tilsvarende i EØS-avtalen artikkel 36 og 37.

EF-traktaten og de tilsvarende bestemmelsene i EØS-avtalen begrenser i utgangspunktet ikke medlemslandenes kompetanse til å organisere sine helsevesen og utforme lovgivning knyttet til dette. Medlemslandene kan altså fritt bestemme hvem som skal motta helsetjenester, hvilke ytelser som skal gis og på hvilke vilkår de skal ytes. Denne kompetansen må imidlertid utøves i overensstemmelse med EF-traktatens/EØS-avtalens regler. Dette innebærer blant annet at det i norsk rett ikke må etableres eller opprettholdes restriksjoner i strid med EØS-avtalens bestemmelser om fri bevegelighet for tjenester.³

De aktuelle avgjørelsene fra EF-domstolen er avsagt etter inngåelsen av EØS-avtalen. Avgjørelsene er således ikke direkte bindende for Norge i medhold av EØS-avtalen artikkel 6, som lyder:

”Ved gjennomføringen og anvendelsen av bestemmelsene i denne avtale, og med forbehold for den fremtidige utvikling av rettspraksis, skal bestemmelsene, så langt de i sitt materielle innhold er identiske med de tilsvarende regler i Traktaten om opprettelse av Det europeiske økonomiske fellesskap og Traktaten om opprettelse av Det europeiske kull- og stålfellesskap og med rettsakter som er vedtatt i henhold til de to traktatene, fortolkes i samsvar med de relevante rettsavgjørelser som De europeiske fellesskaps domstol har truffet før undertegningen av denne avtale.”

Også nyere praksis fra EF-domstolen legges imidlertid normalt til grunn i Norge. Det sentrale homogenitetsprinsippet tilsier at EØS-avtalens bestemmelser skal ha samme innhold som de parallelle bestemmelsene i EF-traktaten. Helse- og omsorgsdepartementet kan ikke se at det er særskilte grunner som tilsier at de aktuelle dommene fra EF-domstolen ikke må legges til grunn for de spørsmålene som omtales i dette høringsnotatet.

På denne bakgrunn har ESA tatt opp med Helse- og omsorgsdepartementet at Norge ikke har noen ordning for å refundere utgifter pasienter har hatt til (planlagt) ikke-sykehusbehandling i andre EØS-land. Departementet vurderer det dit hen at Norge er forpliktet etter EØS-retten til å etablere et slikt system. Saken har vært forelagt EØS-rettslig utvalg. Dette er et spesialutvalg med et horisontalt ansvar, som drøfter EØS-rettslige problemstillinger. Utenriksdepartementet, Finansdepartementet, Justisdepartementet og Regjeringsadvokaten er faste medlemmer av utvalget, og i tillegg møter det fagansvarlige departementet og eventuelt andre berørte departementer. Utvalget konkluderte med at

”etter utvalgets oppfatning innebærer EØS-avtalen artikkel 36 en plikt til å refundere utgifter pasienter har hatt til ikke-sykehusbehandling i andre EØS-land, gitt de forutsetninger som ligger til grunn i EF-domstolens praksis, samtidig som det er opp til medlemsstatenes skjønn å utforme en refusjonsordning konkret”.

ESA har 16. april 2008 sendt åpningsbrev (”Letter of formal notice”) til Norge i anledning i saken.

³ Avgjørelse i EF-domstolens sak C-372/04, *Watts*, premiss 92 med videre henvisninger.

I de følgende punkter redegjøres nærmere for hva som følger av prinsippet om fri bevegelse for tjenester i denne sammenheng sett i lys av EF-domstolens avgjørelser.

Rådsforordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse av trygdeordninger på arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende og deres familiemedlemmer som flytter innenfor Fellesskapet (heretter kalt trygdeforordning nr. 1408/71) skal bidra til å gjennomføre prinsippet om fri bevegelse for *personer* nedfelt i EF-traktaten artikkel 39 og 42 (tidligere artikkel 48 og 51), og tilsvarende i EØS-avtalen artikkel 28 og 29. Forordningen har imidlertid enkelte bestemmelser om helsehjelp. EF-domstolen har klargjort at pasienters rett til helsehjelp i andre EØS-land på hjemlandets bekostning ikke er uttømmende regulert i forordningen, men at slik rett også kan følge av reglene om fri bevegelse for *tjenester*. Se nærmere om trygdeforordning nr. 1408/71 og forholdet mellom forordningen og den nye refusjonsordningen i henholdsvis punkt 4.8 og 7.6 nedenfor.

3.2 Forbudet mot restriksjoner i den frie bevegelse for tjenester

EØS-landene må holde seg innenfor de grenser EØS-avtalen setter når de utformer sine helsevesen. Når det gjelder fri bevegelse for tjenester vil det si at reglene må utformes slik at de ikke kommer i strid med i EØS-avtalen artikkel 36, som tilsvarende EF-traktaten artikkel 49.

Artikkel 36 nr. 1 lyder:

”Innen rammen av bestemmelsene i denne avtale skal det ikke være noen restriksjoner på adgangen til å yte tjenester innen avtalepartenes territorium for statsborgere i en av EFs medlemsstater eller en EFTA-stat som har etablert seg i en annen av EFs medlemsstater eller EFTA-stat enn tjenesteytelsens mottager.”

For helsetjenester har EF-domstolen presisert at bestemmelsen innebærer forbud mot anvendelsen av en enhver nasjonal regel som gjør det vanskeligere å yte tjenester mellom medlemslandene enn å yte tjenester internt i et land.⁴ Dette må innebære at det ikke utgjør en restriksjon når adgangen til å motta tjenester eller få dekket tjenestene økonomisk er de samme om tjenesten ytes i Norge eller i et annet EØS-land, se også punkt 3.5 nedenfor. Dersom vilkårene for å få dekket helsetjenester i andre land derimot er mindre gunstige enn om helsetjenestene var ytt i Norge, vil det foreligge en restriksjon i den frie bevegelse for tjenester både for tjenesteyterne og deres pasienter siden dette vil kunne avholde pasienter fra å benytte helsetjenester i andre land.⁵ En slik restriksjon er likevel lovlig dersom den er nødvendig for å ivareta helsepolitiske hensyn (såkalt tvingende allmenne hensyn), se punkt 3.3 nedenfor.

Dersom pasienter får dekket utgifter til helsehjelp i sitt hjemland, mens disse utgiftene ikke dekkes dersom tilsvarende helsehjelp ytes i et annet EØS-land, vil det kunne holde pasienter fra å søke helsehjelp i andre land. Det vil kunne være mindre attraktivt å søke helsehjelp som man må betale for selv i et annet land enn

⁴ C-158/96, *Kohll*, premiss 33 og C-444/05, *Stamatelaki*, premiss 25.

⁵ C-158/96, *Kohll*, premiss 35, C-157/99, *Smiths og Peerbooms*, premiss 69 og C-368/98, *Vanbraekel*, premiss 45.

å motta helsehjelpen i hjemlandet og få utgiftene dekket. Hvis utgiftene ville blitt dekket om helsehjelpen var gitt i Norge, vil det altså være en restriksjon i den frie bevegelse for tjenester dersom utgifter til tilsvarende helsehjelp i andre EØS-land ikke dekkes.

EF-domstolen har kommet til at også det å kreve forhåndsgodkjenning før pasienter får dekket utgifter til helsehjelp i et annet EØS-land, vil kunne holde pasienter fra å søke helsehjelp i andre EØS-land. Et slikt krav vil dermed være en restriksjon i den frie bevegelse for tjenester.⁶ Med krav om forhåndsgodkjenning menes i denne sammenheng at pasienten ikke får dekket utgiftene til behandling i andre EØS-land uten å ha fått samtykke fra myndighetene i hjemlandet⁷ til at utgiftene skal dekkes, før behandlingen igangsettes. Det siktes til en prosedyre som spesielt gjelder for dekning av utgifter ved behandling i andre land, hvor vilkårene for samtykke er mer restriktive enn for dekning av tilsvarende behandling i hjemlandet.

3.3 Restriksjoner i den frie bevegelse for tjenester kan rettfærdiggjøres

Det er imidlertid ikke slik at alle restriksjoner i den frie bevegelse av tjenester vil være forbudt. På nærmere vilkår vil restriksjoner være forenlig med EØS-retten. Disse vilkårene følger dels direkte av EØS-avtalen, dels av EF-domstolens og EFTA-domstolens praksis. Det følger av EØS-avtalen artikkel 39, jf. artikkel 33, at restriksjoner i den frie bevegelse av tjenester kan begrunnes i hensynet til offentlig orden, sikkerhet og folkehelsen. Videre følger det av rettspraksis at restriksjoner kan rettfærdiggjøres ut fra alle tvingende allmenne hensyn.⁸

En restriksjon i den frie bevegelse for tjenester kan altså rettfærdiggjøres og dermed være tillatt, dersom den er etablert for å sikre et tvingende allment hensyn. Det er en forutsetning at restriksjonen er egnet og proporsjonal. Det vil si at den må være egnet til å sikre det hensynet den er satt til å ivareta og at den ikke er mer tyngende enn det som er nødvendig for å sikre det aktuelle hensynet. Restriksjoner som skal beskytte andre hensyn enn hensynet til offentlig orden, sikkerhet og folkehelsen, må i tillegg være ikke-diskriminerende.

Når EF-domstolen har vurdert spørsmål om å rettfærdiggjøre begrensninger i dekningen av kostnader til helsehjelp i andre medlemsland, har den skilt mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling. For sykehusbehandling er det fast

⁶ C-158/96, *Kohll*, premiss 35, C- 157/99, *Smiths og Peerbooms*, premiss 69, og C-385/99, *Müller-Fauré*, premiss 44.

⁷ Begrepet "hjemlandet" brukes for enkelthets skyld her i betydning det land der en person er medlem av en nasjonal trygdeordning. Dette vil som oftest være det landet der vedkommende er bosatt, men kan også være det landet der vedkommer arbeider hvis dette ikke sammenfaller med bosettingslandet.

⁸ Se Craig and De Burca: *EU Law Text, Cases and Materials*. Third Edition, Oxford 2003 side 814-819 for en generell omtale og C- 372/04 *Watts* premiss 103 for ett konkret eksempel. Premiss 103 i *Watts* gjelder et tvingende allment hensyn. Premiss 104 og 105 gjelder unntaket for hensynet til folkehelsen i traktaten. Også i C-8/02, *Leichtle*, premiss 43 uttaler domstolen klart at tvingende allmenne hensyn i tillegg til traktatunntakene kan begrunne restriksjoner.

rettspraksis at restriksjoner kan rettferdiggjøres.⁹ Dette fordi sykehustjenester etter EF-domstolens syn krever planlegging i en slik grad at restriksjoner kan aksepteres. Planlegging er nødvendig for å sikre et tilstrekkelig stort og vedvarende tilbud av balanserte sykehustjenester av god kvalitet til hele befolkningen, for å sikre at knappe helseressurser benyttes til det beste for befolkningen, og for å sikre kontroll med kostnadene.

For ikke-sykehusbehandling har domstolen vært langt mer negativ til å akseptere restriksjoner, og den har blant annet slått ned på krav om forhåndsgodkjenning før kostnader til slik behandling i utlandet dekkes.¹⁰ Se også punkt 3.4 nedenfor.

Det er refusjon av utgifter til *ikke-sykehusbehandling* mottatt i andre EØS-land som behandles i dette høringsnotatet. Skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling er nærmere omtalt i punkt 6.2 nedenfor.

3.4 Et system for å refundere utgifter til ikke-sykehusbehandling må etableres

Som nevnt har EF-domstolen ikke akseptert de restriksjoner i dekning av utgifter til ikke-sykehusbehandling mottatt i andre EØS-land som har vært til prøve. I sak C-385/99 *Müller-Fauré* vurderte EF-domstolen om man kunne rettferdiggjøre den restriksjonen det er å kreve at pasienten må ha fått innvilget en søknad om forhåndsgodkjenning før utgiftene til helsehjelp i et annet medlemsland ble dekket. Etter å ha konkludert med at en slik restriksjon kan rettferdiggjøres for sykehustjenester, uttaler EF-domstolen:

”Derimod er traktatens artikkel 59 og 60 til hinder for samme lovgivning, hvorefter godtgørelse af udgifter til behandling i en anden medlemsstat, som ikke er en hospitalsydelse, og som ydes af en person eller en institution, hvormed den sygekasse, som den forsikrede er tilsluttet, ikke har indgået nogen overenskomst, er betinget af, at der indhentes en forhåndstilladelse fra den vedkommende sygekasse”¹¹.

Etter domstolens syn er det altså ikke mulig å rettferdiggjøre at det kreves forhåndsgodkjenning for at pasienten skal få dekket kostnader som vedkommende har hatt til ikke-sykehusbehandling i et annet medlemsland.

Det nederlandske systemet som var til vurdering i *Müller-Fauré*, var innrettet slik at pasientene ikke hadde krav på å få refundert utgifter de selv hadde hatt ved å skaffe seg helsetjenester. Pasientene hadde krav på helsetjenestene som sådanne fra tjenesteytere som var utpekt til å levere tjenester til pasientene.

Dersom det å kreve forhåndsgodkjenning før kostnadene til ikke-sykehusbehandling dekkes, er en restriksjon som ikke kan rettferdiggjøres, vil det heller ikke være mulig å rettferdiggjøre at man ikke i det hele tatt dekker utgifter til ikke-sykehusbehandling i et annet EØS-land. Det vil si at stater som ikke har, eller bare delvis har, systemer for å utbetale refusjoner til pasienter som har mottatt ikke-sykehusbehandling i andre EØS-land, vil måtte innføre slike systemer. Norge og enkelte andre stater ga uttrykk for at en slik plikt vil være for

⁹C- 157/99, *Smiths og Peerbooms*, premiss 76-80, C-385/99, *Müller-Fauré*, premiss 77-79 og C-372/04, *Watts*, premiss 108-113.

¹⁰ Se C-385/99, *Müller-Fauré*, premiss 93 – 109, særlig 109 annet strekpunkt

¹¹ C 385/99, *Müller-Fauré*, premiss 109.

inngripende i medlemslandenes kompetanse til selv å organisere sine helsevesen. Det ble argumentert med at nederlandske myndigheter ville bli

”... tvunget til i ordningen for adgangen til sundhedsydelse at indføre godtgørelsesmekanismer, såfremt de forsikrede i stedet for at få gratis behandlinger inden for statens territorium skulle afholde de nødvendige beløb til betaling af de ydelser, som de havde modtaget, indtil der efter en vis tid kunne opnås en godtgørelse. Medlemsstaterne ville som følge heraf være tvunget til at give afkald på principperne og økonomien i deres sygesikringsordning.”¹²

Dette resonnementet ble avvist av EF-domstolen. Den fremhevet:

”For det første forpligter gjennomførelsen af de grundlæggende friheder, der er garanteret ved traktaten, uundgåeligt medlemsstaterne til at foretage visse tilpasninger af deres nationale sociale sikringsordninger, uden at der derved gøres indgreb i deres enekompetence på dette område. Det er herved tilstrækkeligt at henvise til de tilpasninger af deres sociale sikringslovgivning, som de har måttet foretage for at gennemføre forordning nr. 1408/71¹³, ...”¹⁴

Domstolen påpekte så at medlemslandene allerede har påtatt seg en slik forpliktelse ved at

”... de medlemsstater, der har indført en ordning med naturalydelse og endog en national sundhetstjeneste, allerede i forbindelse med selve anvendelsen af forordning nr. 1408/71, [er] forpligtet til at fastsætte mekanismer til efterfølgende godtgørelse af udgifter til behandlinger ydet i en anden medlemsstat end den kompetente medlemsstat.”¹⁵

Konsekvensen av domstolens konklusjon i *Müller-Fauré* er altså at også medlemsland med et system som yter helsetjenester (naturalytelser), og ikke først og fremst baserer seg på å yte pasientene refusjoner (kontantytelser), har plikt til innføre systemer for å utbetale refusjoner til pasienter som har mottatt ikke-sykehusbehandling i andre EØS-land.

3.5 Hvilke utgifter til ikke-sykehusbehandling har man plikt til å refundere?

Pasienter har bare krav på dekning av utgifter til helsehjelp de har mottatt i andre EØS-land innen de rammer som gjelder for dekning av utgifter til helsehjelp (naturalytelser eller kontantytelser, jf. ovenfor) i hjemlandet.¹⁶ De vilkårene som må være oppfylt for å få dekket utgifter til helsehjelp i hjemlandet, må i utgangspunktet også være oppfylt for at pasienten EØS-rettslig sett skal ha krav på å få dekket utgifter til helsehjelp i andre EØS-land.¹⁷ Videre har ikke pasienten i medhold av EØS-avtalen krav på å få dekket mer enn han ville fått dekket om helsehjelpen var mottatt i hjemlandet. Endelig vil pasienten aldri ha krav på å få dekket mer enn den faktiske utgiften pasienten har hatt til helsehjelp.

Om refusjonsberegning og dekning av reiseutgifter, se punkt 8 nedenfor.

¹² C 385/99, *Müller-Fauré*, premiss 99.

¹³ Se omtale av trygdeforordning nr. 1408/71 i punkt 4.8 nedenfor.

¹⁴ C 385/99, *Müller-Fauré*, premiss 102.

¹⁵ C 385/99, *Müller-Fauré*, premiss 105.

¹⁶ C 385/99, *Müller-Fauré*, premiss 98.

¹⁷ C 385/99, *Müller-Fauré*, premiss 106.

3.6 Europakommisjonens arbeid med mulig regulering av pasientmobilitet og grensekryssende helsetjenester

Da Europakommisjonen fremla forslag til direktiv om tjenester i det indre marked (tjenstedirektivet) inneholdt utkastet en bestemmelse om pasientmobilitet (artikkel 23 – godtgjøring av utgifter til helsehjelp). Bestemmelsen skulle i hovedsak være en kodifisering av EF-domstolens praksis på området. Som følge av Europaparlamentets behandling av utkastet til tjenstedirektiv, ble bestemmelsen om pasientmobilitet strøket samtidig som helsetjenester ble unntatt fra direktivets virkeområde. Disse endringene ble opprettholdt i Rådets behandling av saken. Helsetjenester omfattes derfor ikke av det endelige tjenstedirektivet som ble vedtatt 12. desember 2006 (Europaparlaments- og rådsdirektiv 2006/123/EF om tjenester i det indre marked). Det ble fra Europaparlamentet og Rådet uttrykt ønske om et separat arbeid vedrørende pasientmobilitet og helsetjenester.

Kommisjonen lanserte 26. september 2006 en offentlig høring med tittelen *”Consultation regarding Community action on health services”* med frist 31. januar 2007. Kommisjonen uttalte at ett av formålene med det videre arbeid er å skape klarhet og forutberegnelighet med hensyn til hvilke rettigheter pasienter har på helsefeltet som følge av EF-traktatens regler om fri bevegelighet for tjenester og EF-domstolens praksis på området. Kommisjonens høringsdokument favnet bredt idet det omfattet alle former for grensekryssende helsetjenester, og tok opp både rettslig regulering og andre samarbeidsformer. Kommisjonen varslet i forbindelse med høringen at den antagelig ville komme med konkrete forslag til rettslig regulering i løpet av 2007. Forslag er foreløpig ikke fremlagt, men tidlig i juli 2008 er antydning som et mulig tidspunkt. Dersom Kommisjonen fremlegger forslag til rettslig regulering, må det antas at ett av hovedtemaene vil være på hvilke vilkår pasienter har rett til utgiftsdekning fra hjemlandet ved helsehjelp i andre EØS-land.

Departementet vil i det videre arbeid med forslagene i dette høringsnotatet se hen til et eventuelt direktivforslag fra Kommisjonen.

4 Oversikt over gjeldende norsk rett – offentlig finansierte helsetjenester og stønad til helsetjenester fra folketrygden

4.1 Spesialisthelsetjenesten

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a skal de regionale helseforetakene sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon. Nærmere bestemmelser om hvem som har rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er fastsatt i pasientrettighetsloven § 2-1. Betalingsspørsmål er regulert i spesialisthelsetjenesteloven kapittel 5. Folketrygdloven kapittel 5 regulerer dessuten stønad til blant annet 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), jf. punkt 4.4 nedenfor.

Retten til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

Etter pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd første punktum har pasienten rett til øyeblikkelig hjelp. Dette gjelder alle tjenestenivåer, også spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1.

Etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten har et tilstrekkelig prognosetap, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt, jf. nærmere kriterier fastsatt i forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klage- og dispensasjonsnemnd (prioriteringsforskriften) § 2.

Plikten for de regionale helseforetakene til å sørge for spesialisthelsetjenester gjelder imidlertid også overfor pasienter som ikke har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1. Pasienter uten lovfestet rett til helsehjelp, skal ha lavere prioritet enn pasienter med slik rett. Omfanget av behandling for andre enn rettighetspasienter, vil blant annet være avhengig av ressursituasjonen til enhver tid.

Retten til å få helsehjelpen fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter i utlandet

Etter pasientrettighetsloven § 2-2 skal pasient som er henvist til sykehus eller spesialistpoliklinikk få vurdert sin helsetilstand innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Det skal vurderes om det er nødvendig med helsehjelp, og pasienten skal få informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt. Dersom pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, skal det fastsettes en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten senest skal få behandling.

Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at pasienten får den nødvendige helsehjelpen innen den fastsatte fristen, har pasienten etter bestemmelsen i § 2-1 fjerde ledd rett til å motta helsehjelpen uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller i utlandet. Ved fristbrudd kan pasienten henvende seg til NAV Pasientformidling som vil sørge for at pasienten får et tilbud om helsehjelp så raskt som mulig. Behandlingstilbud kan gis i offentlig eller privat spesialisthelsetjeneste i Norge eller utlandet. Pasienten kan ikke fritt velge tjenesteyter.

Dersom en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp, ikke kan få den nødvendige helsehjelpen i Norge fordi det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud her, har pasienten etter § 2-1 femte ledd rett til å få helsehjelpen fra tjenesteyter i utlandet innen den fastsatte fristen. Slik helsehjelp organiseres vanligvis av helsetjenesten.

I begge tilfeller dekkes utgiftene ved helsehjelpen av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-2.

Pasienter uten lovfestet rett til nødvendig helsehjelp har ikke rett til å få fastsatt en frist for når helsehjelpen senest skal gis, og har ikke rett til helsehjelp i utlandet etter reglene i pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde og femte ledd.

Finansiering

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 skal det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion dekke utgiftene til behandling m.m. i spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter at helsehjelpen mottas hos en tjenesteyter som eies av eller har avtale med det regionale helseforetaket (med mindre reglene i pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde og femte ledd om behandling hos privat tjenesteyter eller i utlandet kommer til anvendelse). De regionale helseforetakene kan selv velge å tilby behandling hos annen tjenesteyter, for eksempel i utlandet dersom dette finnes formålstjenlig. For poliklinisk behandling betales det vanligvis egenandel. Se spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 med forskrifter om egenbetaling. I § 5-3 reguleres betaling for pasienter som ikke har bosted i Norge. Det vises også til rundskriv I-2/2008 *Utgifter ved helsehjelp i norske helseinstitusjoner under den offentlige spesialisthelsetjenesten blant annet for personer som ikke er bosatt i Norge*.

Vedrørende stønad fra folketrygden til helsehjelp hos legespesialist og psykolog med driftsavtale med regionalt helseforetak samt laboratorier og røntgeninstitutter med avtale med regionalt helseforetak, se punkt 4.4 nedenfor.

4.2 Kommunehelsetjenesten – ansvar, organisering og finansiering

Etter kommunehelsetjenesteloven § 1-1 skal kommunene sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, gis nødvendig helsetjeneste. Nærmere bestemmelser om rett til nødvendig helsehjelp fra kommunen er fastsatt i kommunehelsetjenesteloven § 2-1, jf. pasientrettighetsloven § 2-1. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen sørge for en rekke tjenester som er nærmere listet opp i kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Dette gjelder blant annet allmennlegetjeneste (herunder fastlegeordning), legevaktordning, fysioterapitjeneste, jordmortjeneste, hjemmesykepleie og sykehjem.

Kommunen kan organisere disse oppgavene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet. Kommunen yter henholdsvis basistilskudd og driftstilskudd til privatpraktiserende fastleger, fysioterapeuter og jordmødre som har avtale med kommunen.

Kommunen skal dekke utgiftene ved helsetjenester som den har ansvaret for, jf. kommunehelsetjenesteloven § 5-1. De kommunale helsetjenestene finansieres i hovedsak gjennom statlige rammetilskudd som fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene, jf. kommunehelsetjenesteloven § 5-2. I tillegg finansieres en andel av utgiftene gjennom folketrygden (med unntak av pleie- og omsorgstjenester) og pasientbetaling (egenandeler). Det vises til punkt 4.4 nedenfor om stønad ved helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5.

Kommunehelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser om rett til å motta behandling i utlandet eller om dekning av utgifter ved behandling i utlandet.

4.3 Tannhelsetjenester – ansvar, organisering og finansiering

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-1 har fylkeskommunen plikt til å sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.

I tillegg skal fylkeskommunen gjennom Den offentlige tannhelsetjenesten både organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til visse pasientgrupper (prioriterte grupper) som er nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3. De prioriterte gruppene er 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 og andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. Disse pasientgruppene har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommunen der de bor eller midlertidig oppholder seg.

Lovpålagte tjenester kan ytes av ansatt tannhelsepersonell eller privatpraktiserende tannlege som fylkeskommunen har inngått avtale med, jf. lovens § 4-1.

Fylkeskommunen har ansvar for å dekke utgifter til Den offentlige tannhelsetjenesten, jf. § 5-1. Pasientens utgifter til behandling som er utført i privat praksis etter avtale med fylkeskommunen, skal dekkes av fylkeskommunen. Det er gitt nærmere regler om betaling av vederlag i lovens § 2-2, jf. forskrift 24. mai 1984 nr. 1268 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten. Takster er fastsatt av departementet. Takstene er inntatt i departementets rundskriv I-10/2007 *Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling*. De tre første prioriterte gruppene som er nevnt i lovens § 1-3 (barn og ungdom under 18 år, psykisk utviklingshemmede og eldre mv.) har krav på vederlagsfrie tannhelsetjenester, med unntak av kjeveortopedisk behandling (tannregulering). Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret skal ikke betale høyere egenandel enn 25 prosent av takster fastsatt av departementet.

Den offentlige tannhelsetjenesten kan yte tjenester til voksent betalende klientell mot fullt vederlag. For øvrig er voksne pasienter som ikke tilhører de prioriterte gruppene, henvist til å søke tannhelsetjenester på det private marked. Om rett til stønad fra folketrygden til visse typer tannlegehjelp ved sykdom, se punkt 4.4 nedenfor.

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser om rett til å motta behandling i utlandet eller om dekning av utgifter ved behandling i utlandet.

4.4 Stønad ved helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5

4.4.1 Innledning

Folketrygdloven kapittel 5 har bestemmelser om stønad ved helsetjenester. Bestemmelsene utfylles av et omfattende forskriftsverk.

Stønadsordningen etter folketrygdloven kapittel 5 omfatter for det første enkelte lovpålagte kommunale helsetjenester. Dette gjelder allmennlegetjeneste og kommunal legevaktordning (§ 5-4), fysioterapi (§ 5-8) samt jordmortjeneste (§ 5-12). Stønadsordningen omfatter ikke kommunale pleie- og omsorgstjenester, det vil si hjemmesykepleie og sykehjem mv. Enkelte spesialisthelsetjenester omfattes, så som behandling hos lege- og psykologspesialister (§§ 5-4 og 5-7) samt private laboratorier og røntgenvirksomheter (§ 5-5). I tillegg omfatter stønadsordningen enkelte helsetjenester som ikke er en del av den offentlige helsetjenesten. Dette er

behandling hos privatpraktiserende tannlege for sykdom (§ 5-6), kiropraktor (§ 5-9), logoped og audiopedagog (§ 5-10) og ortoptist (§ 5-10a).

Det er oppstilt en rekke vilkår for rett til stønad, jf. særlig punkt 4.4.2 nedenfor. Takster og egenandeler er omtalt i punkt 4.4.3 nedenfor.

Folketrygden yter stønad til dekning av viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell til bruk utenom sykehus etter folketrygdloven § 5-14, jf. punkt 4.4.4 nedenfor.

Med enkelte unntak (jf. § 5-22 (delvis) og § 5-24), er det en forutsetning for stønad fra folketrygden at helsehjelpen mottas i Norge. Det vises til punkt 4.4.2.5 og 4.4.2.6 nedenfor om hvilke tjenesteytere som må benyttes for at pasienten skal være berettiget til stønad.

4.4.2 Vilkårene for stønad

4.4.2.1 Vilkår om at utgiftene må være nødvendige

Etter folketrygdloven § 5-1 første ledd er formålet med stønad etter dette kapitlet å gi hel eller delvis kompensasjon for medlemmers nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd. Det er i første rekke tjenesteyteren som avgjør hvilke undersøkelser og behandling som anses nødvendig.

4.4.2.2 Vilkår om at behandlingen må være overveiende medisinsk begrunnet

Det ytes ikke stønad til inngrep som vesentlig er begrunnet i kosmetiske hensyn, og heller ikke til behandling av påregnelige følger av slike inngrep, jf. § 5-1 annet ledd. Behandlingen må således i det vesentligste være medisinsk indisert. I *Vedlegg nr. 2 til § 5-4 – Kosmetiske inngrep* har Arbeids- og velferdsdirektoratet gitt nærmere retningslinjer for hva som skal regnes som ren medisinsk indikasjon, ren kosmetisk indikasjon og overveiende kosmetisk indikasjon. Ren kosmetisk indikasjon antas å foreligge når pasienten ønsker å endre sitt utseende og det ikke foreligger noen medisinsk begrunnelse for inngrepet, for eksempel bukplastikk som følge av mange graviditeter og korrigering av utstående ører som ligger innenfor normal variasjonsbredde. Overveiende kosmetisk indikasjon anses å foreligge når pasienten ønsker å korrigere legemlige detaljer som (bare) gir avvikende utseende.

For tannlegehjelp er det spesielt presisert i folketrygdloven § 5-6 at det bare ytes refusjon for tannbehandling ved ”sykdom”. Begrepet brukes her for å avgrense blant annet mot forebyggende virksomhet, tannrensing og estetisk tannbehandling. Det samme gjelder kariesbehandling med mindre kariessykdommen er resultat av en bakenforliggende sykdom eller behandlingen av denne, jf. Arbeids- og velferdsdirektoratets rundskriv til folketrygdloven § 5-6.

4.4.2.3 Vilkår om at behandlingen må være vitenskapelig anerkjent

Folketrygdens stønadsordninger er basert på ”tradisjonell norsk medisin” (”skolemedisin”) og behandlingsmetoder som er anerkjent i internasjonal vitenskap. Det ytes ikke stønad ved bruk av alternative behandlingsformer, som for eksempel akupunktur og homøopati. Dette gjelder også når slike

behandlingsformer benyttes av autorisert helsepersonell. Det vises til NAVs generelle rundskriv til folketrygdloven kapittel 5.

4.4.2.4 Vilkår om medlemskap i folketrygden

Det er et vilkår for stønad etter folketrygdloven kapittel 5 at pasienten er medlem i trygden, jf. § 5-2 første ledd. I lovens kapittel 2 er det gitt regler om medlemskap.

Også familiemedlemmer (forsørget ektefelle og barn) av medlemmer kan i visse tilfeller ha rett til stønad, uten at de selv er medlem av folketrygden, jf. § 5-2 annet ledd.

Se nærmere i punkt 4.6 nedenfor om hvem som er medlem av folketrygden.

4.4.2.5 Vilkår om at tjenesteyteren må ha autorisasjon mv.

Det er en forutsetning for stønad at tjenesteyteren har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, jf. de enkelte forskriftene til folketrygdloven §§ 5-4 til 5-12. Slik autorisasjon mv. reguleres i helsepersonelloven §§ 48, 49 og 51 samt i forskrift 21. desember 2000 nr. 1377 om autorisasjon av helsepersonell m.m. i henhold til avtalen om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS-avtalen)¹⁸.

For enkelte behandlingsformer er det et vilkår for stønad at tjenesteyteren i tillegg til autorisasjon eller lisens, har godkjent spesialistutdanning. Dessuten er det i enkelte sammenhenger andre kompetansekrav til tjenesteytere. For eksempel stilles det krav om godkjenning som manuellterapeut¹⁹ og krav om godkjenning av tilleggstudanning i psykomotorisk fysioterapi, for å utløse takster for henholdsvis manuell terapi og psykomotorisk behandling.

Videre er det et krav for å kunne praktisere som allmennlege med stønad fra trygden, at vedkommende har gjennomført minst tre års veiledet praktisk tjeneste, jf. forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon, jf. artikkel 28 og 29 i Europaparlaments- og rådsdirektiv 2005/36/EF om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner (heretter kalt kvalifikasjonsdirektivet).

4.4.2.6 Vilkår om at tjenesteyteren må ha offentlig tilknytning

For stønad til legehjelp (§ 5-4), behandling hos spesialist i klinisk psykologi (§ 5-7), fysioterapi (§ 5-8) samt jordmorhjelp (§ 5-12) er det som hovedregel et vilkår at helsehjelpen ytes av tjenesteyter som har fastlegeavtale eller avtale om driftstilskudd med kommunen eller det regionale helseforetaket. Avtalekravet gjelder ikke for helsepersonell som er ansatt i kommunen og heller ikke ved deltagelse i kommunal legevakt idet den offentlige tilknytningen da er ivaretatt på

¹⁸ Forskriften vil bli erstattet av ny forskrift i forbindelse med gjennomføringen av kvalifikasjonsdirektivet (Europaparlaments- og rådsdirektiv 2005/36/EF om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner). Det er også foreslått visse endringer i forskriftene til folketrygdloven kapittel 5.

¹⁹ Med ”manuellterapeut” menes fysioterapeut som har godkjent tilleggstudanning i manuell terapi i henhold til en bransjeintern godkjenningsordning for videreutdanning i manuellterapi/psykomotorisk fysioterapi som administreres av Norsk Fysioterapeutforbund.

annen måte. Ved øyeblikkelig hjelp hos lege ytes det stønad uavhengig av offentlig tilknytning.

Formålet med kravet om driftsavtale som vilkår for rett til stønad, er blant annet å sikre at helsetjenester som utføres av privatpraktiserende helsepersonell og som er finansiert av det offentlige, ikke er unndratt offentlige prioriteringer. Staten (gjennom de regionale helseforetakene) og kommunene skal ha mulighet til eventuelt å påvirke tjenesteyternes prioritering av ulike pasientgrupper og den geografiske plassering av praksisen. Driftsavtaleordningen skal gjøre det lettere for stat og kommune å oppfylle det lovpålagte ”sørge for”-ansvaret for å dekke befolkningens behov for helsetjenester, uavhengig av bosted i landet. Det vises særlig til spesialisthelsetjenesteloven § 1 og helseforetaksloven § 1 hvor likeverdig tjenestetilbud er nevnt blant lovenes og helseforetakenes formål.

Vilkår om driftsavtale gjelder ikke ved behandling hos privatpraktiserende tannlege, kiropraktor, logoped/audiopedagog og ortoptist. Dette har sammenheng med at disse helsetjenestene ikke omfattes verken av kommunenes, fylkeskommunenes eller de regionale helseforetakenes lovpålagte ansvar. Det finnes derfor ikke ordninger med driftsavtaler for disse gruppene av tjenesteytere.

Folketrygden yter stønad til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorier og røntgeninstitutter og i private sykehus som driver laboratorie- og røntgenvirksomhet, jf. folketrygdloven § 5-5 og forskrift 27. juni 2003 nr. 959 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter. Det er et vilkår at undersøkelsen/behandlingen er omfattet av avtale mellom virksomheten og regionalt helseforetak.

4.4.2.7 Vilkår om henvisning

For at trygden skal yte stønad, er det i mange tilfeller et krav om at det foreligger henvisning fra en tjenesteyter innen en annen helsepersonellgruppe eller et annet behandlingsnivå. I de fleste tilfellene kreves medvirkning fra lege.

Henvisningskravet har sammenheng med nivådelingen av helsetjenesten i primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester. Av LEON-prinsippet (prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå) følger at pasienten først skal vurderes i primærhelsetjenesten (av allmennlege).

Henvisning fra allmennlege er som hovedregel et vilkår for at legespesialist skal kunne kreve tilleggskostnader for konsultasjon hos spesialist. I forskrift 27. juni 2007 nr. 897 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, er kravet til henvisning knyttet til bruk av de enkelte takstene. Kiropraktor og manuellterapeut kan også henvise til relevant legespesialist med samme virkning.

Det er et vilkår for rett til stønad for prøver og undersøkelser ved private medisinske laboratorier at det foreligger rekvisisjon fra lege, tannlege eller jordmor.

Det er et vilkår for stønad for undersøkelser og behandling ved private røntgeninstitutter at det foreligger rekvisisjon fra lege, tannlege, kiropraktor eller manuellterapeut.

For stønad til noen typer tannbehandling hos spesialist er det et vilkår at det foreligger henvisning fra tannlege eller tannpleier.

For stønad til psykologhjelp er det et vilkår at medlemmet er henvist enten fra lege eller fra barnevernsadministrasjonens leder. Det ytes likevel stønad for opptil tre undersøkelser eller samtaler uten henvisning.

For stønad til fysioterapi er det et vilkår at medlemmet er henvist fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut. Kravet til henvisning gjelder ikke ved undersøkelse og behandling hos manuellterapeut.

Det er et vilkår for stønad til behandling for språk- og taledefekter hos logoped og audiopedagog at vedkommende er henvist fra lege.

For stønad til behandling hos ortoptist, er det et krav om at vedkommende er henvist fra legespesialist i øyesykdommer.

Det er ikke krav om henvisning for å få refundert utgifter til undersøkelse og behandling hos kiropraktor. Det samme gjelder utgifter til kontrollundersøkelser mv. hos jordmor.

For legemidler og spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell er det et vilkår for stønad at de er forskrevet/rekvirert av lege (i noen tilfeller legespesialist).

4.4.2.8 Vilkår om at behandlingen er av vesentlig betydning for pasientens sykdom og funksjonsevne

For stønad til fysioterapi, kiropraktorbehandling, behandling hos logoped/audiopedagog og hos ortoptist, er det et vilkår at behandlingen er av vesentlig betydning for pasientens sykdom og funksjonsevne. Ren vedlikeholds- eller velværebehandling dekkes ikke. For å hindre overforbruk, er det for enkelte tjenester angitt tids- og antallsbegrensninger.

4.4.2.9 Vilkår om forhåndstilsagn

Stønad til hjelp hos logoped og audiopedagog forutsetter forhåndstilsagn fra NAV om utgiftsdekning før behandlingen utføres. I noen tilfeller kreves det forhåndstilsagn for å få bidrag til spesielle formål etter folketrygdloven § 5-22. Det kan som regel likevel gis stønad/bidrag dersom det er klart at et slikt tilsagn ville blitt gitt, dersom det var søkt i forkant.

4.4.3 Takster og egenandeler

Stønad fra folketrygden ved helsetjenester ytes som regel etter fastsatte satser. Systemet for egenbetaling varierer for ulike typer helsehjelp. Skillet knytter seg i første rekke til om tjenesteyteren tilhører en gruppe helsepersonell hvor offentlig tilknytning er et vilkår, jf. punkt 4.4.2.6 ovenfor.

Lege, laboratorie- og røntgenvirksomhet, psykolog, fysioterapeut og jordmor

I forskrifter for legehjelp, private laboratorie- og røntgenvirksomheter, psykologhjelp, fysioterapi og jordmorhjelp etter folketrygdloven kapittel 5 er det gitt detaljert og uttømmende regulering av hvilke undersøkelser, prøver og behandlingsformer som det ytes stønad til, samt hvilke egenandeler pasienten kan

avkreves for den aktuelle undersøkelsen eller behandlingen. Tjenesteytere som har avtale med kommunen eller det regionale helseforetaket er bundet av de fastsatte takstene og kan ikke kreve høyere egenandeler av pasienten enn det som fremgår av forskriftene.

For de fleste av behandlingsformene som utføres av disse helsepersonellgruppene er det fastsatt både honorartakst (det totale beløp helsepersonellet skal motta for behandlingen) og refusjonstakst (den andel som stønaden fra folketrygden i utgangspunktet utgjør). Egenandelen er differansen mellom honorartakst og refusjonstakst. For visse typer behandling yter trygden stønad etter honorartakst fordi pasienten ikke skal betale egenandel (for eksempel svangerskapsomsorg og behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer). Også der pasienten er fritatt for egenandel på annet grunnlag (barn under 12 år, personer med frikort, ved spesielle diagnoser m.v.) ytes trygdestønad etter honorartakst.

Kiropraktor, logoped, audiopedagog og ortoptist

For behandling hos kiropraktor, logoped, audiopedagog og ortoptist er det gjennomgående ikke fastsatt honorartakst eller egenandeler. Det er kun fastsatt refusjonstakst, det vil si det beløp som ytes i stønad. I enkelte tilfeller er det bare fastsatt honorartakst, og stønad ytes da med dette beløpet.

Disse tjenesteyterne står fritt til å avkreve pasienten egenbetaling i tillegg til stønaden fra folketrygden, innenfor den begrensning som følger av forbudet mot urimelige priser i pristiltaksloven. Prisen vil derfor variere fra tjenesteyter til tjenesteyter.

Tannlege

Trygden yter stønad til tannbehandling for nærmere fastsatte sykdommer, behandlingsformer og pasientgrupper. Det vises til forskrift 13. desember 2007 nr. 1412 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege, og departementets rundskriv I-10/2007 *Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling*.

De stønadsberettigede tannbehandlingene kan inndeles i to hovedkategorier:

- a) behandlinger hvor det er fastsatt egenandel, vanligvis²⁰ differansen mellom fastsatt honorar- og refusjonstakst; egenandelen omfattes i noen tilfeller av egenandelstak 2
- b) behandlinger hvor det kun er fastsatt refusjonstakst (egenandel er ikke fastsatt)

Tannlegen kan i begge tilfelle fritt fastsette totalpris for behandlingen. Pasientene kan således bli avkrevet egenbetaling utover den godkjente egenandelen for behandlinger i kategori a). Mellomlegget er et forhold mellom pasienten og tannlegen og kan ikke føres på egenandelskortet, selv om den fastsatte egenandelen kan det.

²⁰ For kjeveortopedisk behandling er det kun fastsatt honorartakst, og egenandelen utgjør en prosentandel som avhenger av bittavvikets alvorlighetsgrad.

Pasientens egenbetaling for samme behandling kan for begge kategorier variere fra tannlege til tannlege.

Legemidler og spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell

For legemidler og spesielt medisinsk utstyr mv. etter blåreseptordningen betales egenandel med 36 prosent av reseptbeløpet, men ikke med mer enn 510 kroner pr. resept.

Om beregning av egenandel i særlige tilfelle, se punkt 4.4.4 nedenfor.

Fritak for egenandel

Enkelte behandlingsformer og pasientgrupper, blant annet barn under 12 år, er fritatt for betaling av egenandel.

Ordningen med utgiftstak for egenandeler medfører at pasienter fritas for godkjente egenandeler resten av kalenderåret når de har nådd de fastsatte takene, jf. folketrygdloven § 5-3.

Egenandelstak 1 omfatter legehjelp, psykologhjelp, viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr, reiseutgifter, radiologisk undersøkelse og behandling samt laboratorieprøver. Per 1. januar 2008 er utgiftstaket for denne ordningen 1740 kroner.

Egenandelstak 2 omfatter noen typer tannlegehjelp, fysioterapi, opphold ved opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionalt helseforetak, samt behandlingsreiser til utlandet (jf. punkt 4.7 nedenfor). Utgiftstaket for de helsetjenestene som omfattes av egenandelstak 2, er (per 1. januar 2008) 2500 kroner.

Når utgiftene overstiger det ene av de to utgiftstakene, kan pasienten få utstedt et frikort og slipper resten av kalenderåret å betale egenandel for helsetjenester som omfattes av dette egenandelstaket. Stønad ytes da med honorartakst. Frikortet påvirker ikke godkjente egenandeler under det andre egenandelstaket eller egenbetaling for øvrig.

Det følger av forskrifter til folketrygdloven § 5-3 at det bare er egenandeler som er betalt i Norge som godkjennes som egenandeler i forbindelse med egenandelstak 1 og 2. I medhold av folketrygdloven § 5-24 er det gitt egne regler om særskilt egenandelstak for egenandeler betalt i utlandet, jf. punkt 4.4.6 nedenfor.

4.4.4 Viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr m.m.

Viktige legemidler

Det ytes stønad til dekning av utgifter til legemidler etter blåreseptordningen, som er hjemlet i folketrygdloven § 5-14 og nærmere regulert gjennom forskrift 28. juni 2007 nr. 814 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften). Se også forskrift 22. desember 1999 nr. 1559 om legemidler (legemiddelforskriften).

Det er et vilkår for rett til stønad etter folketrygdloven § 5-14 at medlemmet har behov for langvarig bruk av legemidlet. Det er videre et krav at legemidlet er forskrevet av lege til bruk utenom sykehus.

Etter blåreseptforskriften § 2 gis stønad i form av forhåndsgodkjent refusjon for legemidler som er oppført på refusjonslisten, jf. legemiddelforskriften § 14-4, dersom legemidlet er forskrevet i samsvar med de vilkår og begrensninger som fremgår av refusjonslisten. Dersom vilkårene for forhåndsgodkjent refusjon ikke er oppfylt, kan legen på vegne av pasienten søke Arbeids- og velferdsdirektoratet om individuell refusjon etter § 3. Dersom særlige grunner foreligger, kan det ytes stønad til et legemiddel som ikke er oppført i refusjonslisten for den aktuelle refusjonskoden. Stønad forutsetter at den aktuelle bruken er dekket av en refusjonskode i refusjonslisten. Videre kan Arbeids- og velferdsdirektoratet yte stønad til kostbare legemidler som brukes i behandling av kroniske sykdommer som ikke er nevnt i refusjonslisten. Ifølge Arbeids- og velferdsdirektoratets rundskriv praktiseres § 3 slik at den gjelder sjeldne og/eller alvorlige sykdommer.

Etter blåreseptforskriften § 4 yter trygden også stønad til legemidler brukt ved allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Dersom det finnes flere preparater med samme generiske virkestoff som regnes som medisinsk likeverdige, skal legen forskrive det billigste preparatet, hvis ikke medisinske grunner tilsier noe annet. Apoteket kan videre foreslå bytte til det billigste preparatet innen en byttegruppe dersom legen ikke har forskrevet dette. Dersom pasienten krever å få utlevert et legemiddel som har høyere utsalgspris enn det legemiddel apoteket foreslår bytte til, og rekvirenten ikke har reservert pasienten mot generisk bytte, beregnes stønaden og pasientens egenandel av apotekets utsalgspris for det legemiddel det foreslås bytte til. I tillegg betaler pasienten mellomlegget mellom apotekets utsalgspris for det legemiddel det foreslås bytte til og utsalgspris for det legemiddel pasienten krever. Dette mellomlegget kan ikke føres på pasientens egenandelskort.

Det kan på visse vilkår ytes *bidrag* etter folketrygdloven § 5-22 til dekning av utgifter til andre legemidler enn de som omfattes av blåreseptordningen, jf. punkt 4.4.5 nedenfor.

Spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell

Etter folketrygden § 5-14, jf. blåreseptforskriften § 5, ytes det stønad til dekning av utgifter til spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell (bandasjemateriell, sprøyter, kanyler, målingsapparat mv.) ved en rekke nærmere spesifiserte sykdommer. Utstyret skal som hovedregel være rekvirert av lege.

Det er særlige regler for egenbetaling for medisinsk utstyr og forbruksmateriell, jf. blåreseptforskriften § 8. Det gis bare stønad til medisinsk utstyr og forbruksmateriell som står oppført på Arbeids- og velferdsdirektoratets prisliste. Ved kjøp av utstyr og produkter hvor prisen overstiger det maksimumsbeløp som er fastsatt av Arbeids- og velferdsdirektoratet, beregnes egenandelen av maksimumsbeløpet. I tillegg betales det overskytende beløpet fullt ut av medlemmet.

4.4.5 Bidrag til spesielle formål etter folketrygdloven § 5-22

Etter folketrygdloven § 5-22 **kan** bidrag ytes til visse helsetjenester og andre spesielle formål som ikke ellers dekkes av folketrygdlovens stønadsordninger eller

av annen lovgivning. Arbeids- og velferdsdirektoratet har fastsatt nærmere retningslinjer for bidrag.

Bidrag kan etter retningslinjene blant annet ytes til dekning av utgifter til

- bandasje- og forbruksmateriell ved visse behandlinger eller sykdommer
- briller til barn og ungdom under 18 år ved visse sykdommer
- elektrisk brystpumpe
- elektrolyse- og voksbehandling mot sterkt sjenerende hårvekst i ansiktet hos kvinner
- kurs mv. i utlandet for familier med barn som lider av sjeldne sykdommer
- fysioterapi i utlandet
- kurssentre for blinde og svaksynte
- legemidler som ikke dekkes via blåreseptordningen

Fra 1. januar 2008 er en rekke legemidler overført fra bidragsordningen til blåreseptordningen (jf. punkt 4.4.4 ovenfor), for eksempel smertestillende midler, allergilegemidler og legemidler til behandling av benign prostatahyperplasi.

Bidrag forutsettes gitt til dekning av utgifter som medlemmet har hatt. Vanligvis må medlemmet selv betale utgiftene og deretter fremme søknad for NAV. Det må som hovedregel foreligge henvisning, erklæring eller resept fra aktuell behandler, eventuelt spesialist. For enkelte bidragsformål er det et vilkår at det foreligger forhåndstilsagn/godkjent behandlingsplan fra NAV før behandlingen settes i verk. Bidraget dekker vanligvis 90 prosent av de utgiftene som overstiger 1600 kroner (per kalenderår).

4.4.6 Stønad til helsetjenester i utlandet etter folketrygdloven § 5-24

Etter særlige regler i folketrygdloven § 5-24 med tilhørende forskrifter gis medlem av folketrygden på visse vilkår stønad til dekning av nødvendige utgifter til helsetjenester i utlandet. Det ytes stønad til helsetjenester som omhandlet i folketrygdloven kapittel 5, reise- og oppholdsutgifter ved undersøkelse og behandling, samt ambulansetransport og sykehusopphold.

Den som er medlem av folketrygden som bosatt (etter folketrygdloven § 2-1) har ikke rett til stønad etter § 5-24 under midlertidig 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. I tillegg kan medlemmer i folketrygden som er bosatt i Norge få dekket utgifter ved å reise til utlandet for å føde.

De ordinære vilkårene for stønad etter folketrygdloven kapittel 5 må være oppfylt for å få rett til tilsvarende stønad etter § 5-24, med unntak av krav om driftsavtale. Helsehjelpen må omfattes av reglene og takstene som gjelder for den enkelte behandlingsform. Som hovedregel gjelder kravet om henvisning fra lege også for helsetjenester mottatt i utlandet. I NAVs rundskriv *Stønad til helsetjenester i utlandet* til § 5-24 heter det:

”I mange land er det imidlertid praksis for at henvisningen ikke skjer skriftlig, eller at den skjer direkte fra lege til annen behandler, slik at pasienten ikke kan legge frem dokumentasjon for at henvisning fra lege foreligger. NAV kan etter en konkret vurdering frafalle kravet om dokumentasjon av legens henvisning til den aktuelle behandling.”

Utgifter til ambulansetransport dekkes fullt ut. Utgifter til sykehusopphold dekkes med et beløp som fastsettes av Stortinget. Hvorvidt medlemmet er innlagt på sykehus eller mottar poliklinisk behandling, har betydning for beregning av stønaden. I henhold til fast praksis anses en poliklinisk undersøkelse som direkte fører til innleggelse i sykehus som en del av sykehusoppholdet.

I forskrift er det fastsatt nærmere bestemmelser om satser, dekningsnivå, egenandeler og egenandelstak mv. Enkelte grupper har etter § 5-24 tredje og fjerde ledd eller forskrift gitt i medhold av syvende ledd, rett til utvidet stønad under utenlandsopphold. For disse er det i medhold av forskrift 30. april 1997 nr. 391 om utvidet stønad til helsetjenester under opphold i utlandet fastsatt et eget egenandelstak for egenandeler som er betalt i utlandet. Dette egenandelstaket utgjør 75 prosent av egenandelstak 1. For medlemmer som ikke har rett til utvidet stønad, er det ikke fastsatt egenandelstak.

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 (jf. punkt 4.8 nedenfor) 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.

4.5 Rett til dekning av utgifter ved reise for undersøkelse eller behandling

Det følger av pasientrettighetsloven § 2-6 at pasient og nødvendig ledsager har rett til dekning av nødvendige utgifter (til transport, opphold, kost m.m.) når pasienten må reise i forbindelse med helsetjenester som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og som dekkes av et foretak (jf. helseforetaksloven). Det samme gjelder helsetjenester som omfattes av folketrygdloven kapittel 5. Forskrift 19. desember 2003 nr. 1756 om dekning av utgifter ved reise for undersøkelse eller behandling²¹ gir nærmere bestemmelser.

Utgifter til transport dekkes til *nærmeste sted* der den nødvendige undersøkelse eller behandling kan foretas. Det gis likevel dekning av utgifter til pasientens fastlege i hjemkommunen eller samarbeidende kommune selv om det ikke er det geografisk nærmeste stedet hvor behandlingen kan gis. Forskriften inneholder også enkelte andre unntak fra hovedregelen og visse presiseringer av hva som ligger i begrepet ”nærmeste sted”. Dette gjelder i første rekke tjenesteytere i pasientens helseregion og/eller som har avtale med det regionale helseforetaket i pasientens helseregion. Begrepet er ytterligere presisert i rundskriv utarbeidet av Arbeids- og velferdsdirektoratet.

²¹ Forslag til ny forskrift har vært på høring. Ny forskrift er foreløpig ikke fastsatt.

Dersom pasienten reiser lenger enn nødvendig (uten at tjenesteyteren er blant de som likestilles med den nærmeste etter ovennevnte regler og retningslinjer) dekkes reiseutgifter som om pasienten hadde reist til det geografisk nærmeste stedet der behandlingen kunne gis. Når pasienten benytter retten til fritt sykehusvalg dekkes også reise til sykehus utenfor egen helseregion, men med høyere egenandel. I tilfeller der pasienten tilbys behandling i utlandet pga. fristbrudd eller manglende kompetanse i Norge, dekkes reiseutgiftene med ordinær egenandel.

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion er ansvarlig for å dekke reiseutgifter. Dekningen er begrenset til billigste reisemåte med rutegående transportmiddel. Dersom pasientens helsetilstand gjør det nødvendig å nytte dyrere transportmiddel, f.eks. drosje eller egen bil, dekkes de nødvendige utgifter som dette medfører. Regelverket for pasienttransport inneholder ikke et øvre tak for hvilket beløp som kan dekkes.

Dekningen er begrenset til reise tur-retur mellom oppholdssted og (nærmeste) behandlingssted. Med oppholdssted forstås også det sted hvor medlemmet midlertidig oppholder seg, f.eks. i forbindelse med ferie. Her gis det dekning tilbake til oppholdsstedet. Hjemreiseutgifter dekkes ikke.

Dersom pasienten har rett til å få dekket utgifter til transport ytes det kostgodtgjørelse dersom effektiv fraværstid fra hjemmet overstiger 12 timer. Det ytes også overnattingsgodtgjørelse dersom overnatting er nødvendig under eller på grunn av reisen, og overnattingen ikke skjer på sykehotell eller pasienthotell.

Dersom pasient har rett til dekning av utgifter til transport dekkes også utgifter til nødvendig ledsager. Dette omfatter ledsagers nødvendige reise- og oppholdsutgifter, samt kompensasjon for tapt arbeidsinntekt. Ledsager skal ikke betale egenandel.

4.6 Personkrets – hvem har rett til helsehjelp med offentlig finansiering

Bestemmelser om hvem som har rett til helsehjelp, og om hvem som har rett til hel eller delvis offentlig finansiering av helsehjelpen, er ikke samlet i ett regelsett.

Pasientrettighetsloven gjelder som utgangspunkt for alle som oppholder seg i riket, jf. § 1-2. Det er i forskrift gjort unntak fra dette når det gjelder kapittel 2 *Rett til helsehjelp og transport*. Med unntak av § 2-1 første ledd gjelder kapittel 2 bare for personer som enten har fast bopel i riket eller fast oppholdssted i riket, er medlemmer av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester eller har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjonspasienter). I medhold av § 2-1 første ledd har pasienter rett til øyeblikkelig hjelp (fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten), samt rett til nødvendig helsehjelp fra kommunen, jf. også kommunehelsetjenesteloven § 2-1. Rett til spesialisthelsetjenester utover øyeblikkelig hjelp reguleres i pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd ff. Pasientrettighetsloven regulerer imidlertid ikke betalings spørsmål (med unntak av dekning av reiseutgifter, jf. § 2-6).

Folketrygdloven kapittel 5 har bestemmelser om rett til stønad ved helsetjenester, jf. punkt 4.4 ovenfor. Hvem som har rett til stønad etter kapittel 5 er regulert i § 5-2. Hovedregelen er at man må være medlem av folketrygden. Stønad ytes under visse forutsetninger også til medlems forsørgede ektefelle og barn som ikke selv er

medlemmer. Folketrygdloven kapittel 2 har bestemmelser om medlemskap i folketrygden. Den som er bosatt i Norge er som hovedregel pliktig medlem i folketrygden. Som ”bosatt” i denne sammenheng regnes man dersom oppholdet i Norge varer eller er ment å vare minst 12 måneder. Det er et vilkår for medlemskap at vedkommende har lovlig opphold i Norge. Pliktige medlemmer er som hovedregel også personer som ikke er bosatt i Norge, men som arbeider her. Loven har i tillegg bestemmelser om frivillig medlemskap for personer som oppholder seg i Norge uten å være pliktige medlemmer og for personer som oppholder seg utenfor Norge, samt bestemmelser om pliktig medlemskap for noen kategorier personer som oppholder seg i utlandet. Noen grupper som er bosatt i Norge er unntatt fra pliktig medlemskap i trygden, men kan søke om frivillig medlemskap. Dette gjelder blant annet ambassadepersonell. Asylsøkere har en begrenset trygdedekning som omfatter stønad til helsetjenester mens asylsøknaden er under behandling, jf. folketrygdloven § 2-16 og forskrift 14. mai 2008 nr. 460 om trygdedekning for asylsøkere og deres familiemedlemmer.

Kommunene skal sørge for nødvendig (primær-)helsetjenester for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-1 og § 2-1. Pasienten skal betale vederlag når dette følger av lov eller forskrift. Med unntak av pleie- og omsorgstjenester, er betalingsspørsmål i hovedsak regulert i forskrifter til folketrygdloven kapittel 5. Pasienter som er medlem av folketrygden eller er stønadsberettiget etter gjensidig avtale med annet land, betaler vanlig egenandel, unntatt der det gjelder fritak for egenandel. Andre pasienter, for eksempel personer fra land utenfor EØS-området som oppholder seg midlertidig i Norge, er som hovedregel ikke berettiget til stønad, og betaler honorarsats fastsatt i regelverket om takster og egenandeler, jf. punkt 4.4.3 ovenfor.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a skal de regionale helseforetakene sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester. Betalingsspørsmål er regulert i lovens kapittel 5. Hovedregelen er at det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion dekker utgiftene til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Departementet legger til grunn at det er en forutsetning at pasienten er medlem av folketrygden. Sykehusinnleggelse er gratis for pasienten, mens det betales egenandel for poliklinisk behandling. I henhold til § 5-3 skal pasient som ikke har bosted i riket selv dekke utgiftene. Folketrygden dekker utgiftene for pasient som ikke har bosted i riket dersom vedkommende er medlem av folketrygdloven eller er stønadsberettiget i henhold til gjensidig avtale med annen stat.

Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Den offentlige tannhelsetjenesten yter gratis tjenester til visse prioriterte grupper nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a-c. Dette gjelder barn opptil 18 år, psykisk utviklingshemmede, grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Ungdom på 19-20 år betaler vederlag på maksimalt 25 prosent av fastsatte takster. Uprioriterte grupper betaler fullt vederlag etter fastsatte takster. For kjeveortopedisk behandling kan det kreves vederlag av alle grupper.

4.7 Behandlingsreiser til utlandet

Enkelte behandlingsreiser til utlandet finansieres gjennom en egen tilskuddsordning på statsbudsjettet. Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for ordningen. Den daglige administrasjonen er delegert til Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, Revmatologisk avdeling, Seksjon for behandlingsreiser. Reiseutgifter dekkes.

Tilbudet om behandlingsreiser til utlandet gjelder for barn, ungdom og voksne som har nærmere angitte lidelser. Behandlingen består av tre til fire ukers opphold i varmt klima med fysikalsk behandling og/eller medisinskfaglig oppfølging. Tilbudet er et supplement til den behandling som pasienten mottar i Norge.

4.8 Trygdeforordning nr. 1408/71

Rådsforordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse av trygdeordninger på arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende og deres familiemedlemmer som flytter innenfor Fellesskapet (trygdeforordning nr. 1408/71), regulerer anvendelsen av trygdeordninger for arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende og deres familiemedlemmer innenfor EØS-området.²² Forordningen gjelder som forskrift i henhold til forskrift 30. juni 2006 nr. 731 om inkorporasjon av trygdeforordningene i EØS-avtalen.

Forordningen gir regler om hvilket lands lovgivning som skal komme til anvendelse for personer som på grunn av sin yrkesaktivitet må forholde seg til flere enn ett medlemsland²³.

Artikkel 18 til 36 i trygdeforordningen har regler om rett til naturalytelser i form av helsetjenester ved sykdom, svangerskap og fødsel for personer som omfattes av forordningen. Dette gjelder arbeidstakere, offentlige tjenestemenn, selvstendig næringsdrivende, arbeidsløse, pensjonister og studenter som er statsborgere og medlemmer i trygdeordningen i et EØS-land, samt flyktninger og statsløse. Familiemedlemmer (forsørget ektefelle og barn under 25 år) som ikke selv tilhører en av disse persongruppene (og uavhengig av statsborgerskap), har avledet rett til dekning. Forutsetningen er at forsørgeren er medlem i trygdeordningen i et EØS-land med rett til naturalytelser. Bestemmelsene i forordningen kommer til anvendelse når omfattede personer arbeider, studerer, bor eller oppholder seg midlertidig i eller flytter til et EØS-land eller Sveits.

Forordningen har ingen definisjon av ”naturalytelse”. Det enkelte lands lovgivning avgjør hva som kan regnes som naturalytelser. Etter norsk lovgivning vil blant annet helsetjenester det gis stønad til etter folketrygdloven kapittel 5 regnes som naturalytelser. Det samme gjelder helsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven, tannhelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

²² Forordningen skal avløses av Europaparlaments- og rådsforordning (EF) nr. 883/2004 av 29. april 2004 om koordinering av trygdeordninger. Denne kommer til anvendelse først når gjennomføringsforordning er vedtatt og satt i kraft.

²³ I tillegg til EØS-landene (EU-landene og Norge, Island og Liechtenstein) gjelder bestemmelsene i trygdeforordningen overfor Sveits.

I trygdeforordningen brukes begrepet ”den kompetente stat” om det land hvor pasienten er trygdet (omfattet av en nasjonal sosialsikrings- eller trygdeordning). Trygderettighetene kan følge av arbeidsforhold, bosetting e.a., og den kompetente stat vil derfor ikke alltid være bostedslandet. Her brukes derfor begrepet den kompetente stat.

Rett til naturalytelser ved bosetting i et annet EØS-land

Det følger av trygdeforordningen at arbeidstakere som hovedregel er medlem i sysselsettingslandets trygdeordning, og det er da sysselsettingslandet som er kompetent stat. Personer som er bosatt i et annet EØS-land enn den kompetente stat (for eksempel personer som arbeider i ett land, men bor i et annet), har som hovedregel rett til naturalytelser i bostedslandet, forutsatt at de har rett til dette i den kompetente stat. Utgiftene dekkes etter lovgivningen i bostedslandet, i prinsippet for den kompetente stats regning. Retten til helsetjenester dokumenteres med gyldig dokumentasjon (blankett i E-serien) som utstedes av den kompetente stat.

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

Artikkel 22 nr. 1 bokstav a gir rett til helsehjelp som blir nødvendig under midlertidig opphold i et annet EØS-land enn den kompetente stat.

Etter norske regler regnes midlertidig opphold som opphold på inntil ett års varighet²⁴. Dette er typisk kortere tjenestereiser og ferier. Varer oppholdet i utlandet utover dette, regnes ikke vedkommende lenger som bosatt i Norge.

Retten omfatter de ytelser som fra et medisinsk synspunkt måtte bli nødvendige under oppholdet, sett i forhold til ytelsens art og oppholdets varighet. Dette gjelder således også helsehjelp utover øyeblikkelig hjelp. Retten etter artikkel 22 nr. 1 bokstav a omfatter ikke planlagt behandling. Retten til helsetjenester under midlertidig opphold dokumenteres ved Europeisk helsetrygdkort. Det kan eventuelt utstedes hastebankett dersom vedkommende ikke har med seg kortet.

Visse typer løpende behandling, som for eksempel dialyse- og oksygenbehandling, anses som nødvendige ytelser og kan mottas på de vilkår som gjelder i oppholdslandet dersom oppholdets varighet og pasientens tilstand tilsier det. Det er et krav at behandlingen gis som ledd i en allerede regelmessig fortløpende behandling og at hensikten med reisen ikke er å oppnå slik behandling i oppholdslandet.

Ved kjøp av legemidler i EØS-området kan det være aktuelt med dekning av utgifter etter reglene i landet hvor man oppholder seg i henhold til trygdeforordning nr. 1408/71. Dette innebærer at resepter blir ekspedert etter reglene i oppholdslandet.

Utgiftene til naturalytelser dekkes etter de regler og satser som gjelder i det land der vedkommende oppholder seg og mottar helsehjelpen. Det betales egenandel på lik linje med oppholdslandets egne beboere. Behandling hos privat lege eller i privat sykehus vil bare bli dekket i den utstrekning trygdemyndighetene i oppholdslandet betaler for slik behandling.

²⁴ En slik ettårsregel praktiseres også av Sverige, jf. kapittel 7.1 i Lagrådsremiss av 18. januar 2007 Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land

Når naturalytelser gis for den kompetente stats regning, yter den kompetente stat som hovedregel refusjon til oppholdslandet basert på de faktiske utgiftene. I stedet for individuelle oppgjør av faktiske utgifter, kan oppgjøret mellom landene skje som ”rundsum-oppgjør”. Dette er en oppgjørsform hvor det betales et fast beløp per år til myndighetene i landet der vedkommende bor. Rundsum-oppgjør brukes blant annet ved refusjon av utgifter til naturalytelser til yrkesaktives familiemedlemmer som ikke er bosatt i samme land som den yrkesaktive. Landene kan seg i mellom avtale andre oppgjørsformer, for eksempel helt eller delvis avkall på refusjon.

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

Rett til medisinsk behandling ved reise til et annet EØS-land i den hensikt å motta (planlagt) behandling der, krever forhåndstillatelse fra den kompetente stat, jf. artikkel 22 nr. 1 bokstav c (blankett E112). Utgiftene dekkes etter oppholdslandets lovgivning, for den kompetente stats regning, med unntak av eventuell egenandel. Det er en forutsetning at man har krav på den aktuelle helsehjelpen etter lovgivningen i den kompetente stat. Oppgjør skjer mellom landene. En tilsvarende ordning gjelder ved behandling for yrkesskade, jf. artikkel 55 nr. 1 bokstav c punkt i.

I følge artikkel 22 andre ledd kan forhåndstillatelse ikke nektes dersom den aktuelle behandlingen er ansett som en av de tjenester som vanligvis ytes i bosettingslandet, og behandlingen ikke kan gis innen den frist som normalt er nødvendig for å få slik behandling i bosettingslandet.

Reiseutgifter

Trygdeforordning nr. 1408/71 har ikke regler om dekning av reiseutgifter.

Ved opphold i andre EØS-land er lovgivningen i oppholdslandet avgjørende for om reiseutgifter til behandling internt i landet vil bli dekket, for eksempel fra skadested eller oppholdssted til behandlingssted.

5 Utenlandsk rett

5.1 Sverige

Den svenske *Regeringsrätten*, som er øverste instans i forvaltningsrettslige saker, avsa i januar 2004 tre dommer som ledet til at det ble innført en ulovfestet refusjonsordning. Personer bosatt i Sverige kan etter denne ordningen søke dekket utgifter til helsehjelp mottatt i andre EØS-land i medhold av EF-traktaten artikkel 49 og 50. Ordningen gjelder både ”sjukvård” og ”tandvård”, også sykehusbehandling. Det kreves ikke forhåndsgodkjenning. Refusjonskrav behandles av *Försäkringskassan*, som også dekker refusjonsutgiftene. Ordningen gjelder ved siden av de ordninger som følger av trygdeforordning nr. 1408/71.

Socialdepartementet fremla i januar 2007 *lagrådsremiss*²⁵ med forslag til *lag om ersättning för kostnader för hälso- og sjukvård eller tandvård som givits i ett*

²⁵ Ordforklaring fra www.regeringen.se: ”Lagrådsremiss kallas det förslag till propositionstext som regeringen skickar till Lagrådet för granskning innan propositionen lämnas till riksdagen.”

annat land inom Europeiska samarbetsområdet (EES) med stöd av EG-fördraget. Lagrådet behandlet saken samme måned og avga merknader til forslaget. Det er planlagt å fremme proposisjon med lovforslag for Riksdagen våren/sommeren 2008.

Forslaget - slik det forelå i *lagrådsremissen* - gir pasientene snevrere adgang til å få refusjon enn etter dagens ulovfestede ordning.

Blant kravene som ble foreslått fastsatt i ny lov, er at søknaden må gjelde behandling av en sykdom eller tilstand som helt eller delvis ville ha blitt bekostet av det offentlige hvis helsehjelpen hatt blitt gitt i Sverige. Et annet vilkår er at behandlingsmetoden tilsvarer en behandling som brukes innen det svenske offentlige helsevesenet og som er tilstrekkelig utprøvd og anerkjent i internasjonal medisinsk vitenskap. Bruken må heller ikke være forbudt eller begrenset i svensk lov.

Det ble foreslått at den nye loven skal innføre et krav om at pasienten i visse tilfeller må ha søkt om og ha blitt innvilget forhåndsgodkjenning. Dette gjelder planlagt sykehusbehandling. Godkjenning skal gis bare hvis de øvrige vilkår er oppfylt og behandlingen eller en like effektiv behandling ikke kan tilbys i Sverige innen en tid som er normal for slik behandling tatt i betraktning søkerens aktuelle helsetilstand og sykdommens sannsynlige forløp.

I forslaget § 2 foreslås blant annet følgende definisjon:

”vård på sjukhus: sådan hälso- eller sjukvård eller tandvård som

1. *kräver intagning i vårdinrättning, eller*
2. *ges på en vårdinrättning där det finns särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens”.*

Lagrådet bemerket at nr. 2 heller bør formuleres *”där annars tvingande hänsyn av allmänintresse kan motivera en inskränkning i principen om frihet att tillhandahålla tjänster”* fordi dette vanskelig kan konkretiseres slik det er gjort i *lagrådsremissen*, men for eksempel kan omfatte ekstremt kostbare og spesialiserte tjenester.

Etter forslaget i *lagrådsremissen* skal refusjon ytes med et beløp som tilsvarer pasientens utgifter hvis beløpet ikke er åpenbart urimelig. Etter forslaget skal det gjøres fradrag i refusjonen med et beløp som tilsvarer den egenandel pasienten ville betalt om helsehjelpen ble gitt i Sverige. Reise- og oppholdsutgifter foreslås dekket bare i de tilfellene det er gitt forhåndsgodkjenning fordi helsehjelpen ikke kunne gis i Sverige innen rimelig tid.

I det forslag til lov som ble sendt på høring i 2006 (*Ds 2006:4 – Rätten till ersättning för kostnader för vård i annat EES-land*) ble det foreslått et vilkår om at tjenesteyteren skulle være tilsluttet det offentlige helsevesenet (i behandlingslandet). Forslaget om offentlig tilknytning er ikke videreført i *lagrådsremissen*. Spørsmålet er der omtalt i kapittel 9 (side 25) hvor det heter: *”Regeringen anser, med beaktande av remissinstansernas synpunkter, att det*

saknas ett EG-rättsligt stöd för att uppställa kravet att vårdgivaren skall vara ansluten till det allmänna för patientens rätt till ersättning.”

I *lagrådsremissen* ble det foreslått at retten til refusjon skulle gjelde personer bosatt i Sverige. *Lagrådet* har i sine merknader påpekt at personkretsen da vil avvike fra den personkrets som omfattes av trygdeforordning nr. 1408/71 artikkel 22, både i utvidende og begrensende retning. *Lagrådet* foreslår derfor følgende ordlyd: ”den vårdsökande tillhör den personkrets som efter sådant tillstånd som avses i artikkel 22.1.c i förordning 1408/71 åger rätt till vård utomlands”.

Forslaget i *lagrådsremissen* innebærer at *Försäkringskassan* skal behandle refusjonssøknadene og utbetale refusjon. *Försäkringskassan* skal forelegge saken for det *landstinget* der pasienten er bosatt med mindre det er åpenbart unødvendig. Det foreslås at *landstinget* skal refundere *Försäkringskassan* de utbetalte refusjonsbeløp i den utstrekning helsehjelpen helt eller delvis ville ha blitt bekostet av *landstinget* hvis helsehjelpen var gitt i Sverige.

5.2 Danmark

I Danmark har man i medhold av *sundhedsloven* § 168 fastsatt *Bekendtgørelse om adgang til tilskud efter sundhedsloven til varer og tjenesteydelser, der er købt eller leveret i et andet EU/EØS-land (bekendtgørelse nr. 1119 av 10. november 2006)* som trådte i kraft 1. januar 2007. Regelverket erstatter tidligere regler fastsatt i juni 2000.

For tilskudd til tjenester som ytes i andre EØS-land er det et grunnvilkår at tjenesten utføres ”med fortjeneste for øje”, og at pasienten etter reglene for tilskudd til tilsvarende ytelse i Danmark dekker mer enn halvpartene av utgiftene. Det gis etter dette regelverket ikke tilskudd til tjenester som er vederlagsfri for pasienten, for eksempel sykehusbehandling²⁶, eller behandling hvor egenandelen utgjør mindre enn 50 prosent av kostnaden. Departementet har fått opplyst at dette vilkåret er til vurdering og muligens vil bli endret.

Etter gjeldende regler kan tilskudd ytes til tannettersyn og tannbehandling, kiropraktorbehandling, fysioterapi og legehjelp (allmennlege og legespesialist). Tilskudd til legehjelp ytes bare til personer som er trygdet i gruppe 2 i det danske trygdesystemet, fordi hjelpen er gratis for trygdede i gruppe 1.

Videre ytes det tilskudd til visse typer varer. Dette er ernæringspreparater og briller til barn under 16 år. Det ytes ikke tilskudd til legemidler. Dette er begrunnet med helsepolitiske hensyn, herunder særlig hensynet til pasientenes sikkerhet.

Det er et vilkår at tjenesteyteren har offentlig autorisasjon til å utøve yrket i vedkommende land. Ved helsehjelp i Danmark er det et vilkår for tilskudd at pasienten søker behandling hos lege, tannlege m.fl. som er tilsluttet en overenskomst. Dette kravet gjelder ikke når behandlingen er mottatt i et annet EØS-land. Krav om henvisning eller rekvisisjon fra lege som vilkår for tilskudd til visse tjenester og varer, gjelder også når tjenesten eller varen er mottatt eller kjøpt

²⁶ I *bekendtgørelse nr. 1085 av 14. september 2007 om ret til sykehusbehandling m.v.* har man regler om rett til sykehusbehandling i utlandet ved fristbrudd og spesialisert behandling som ikke kan ytes i Danmark.

i et annet EØS-land. Det fremgår ikke om henvisningen må være fra lege i Danmark.

Ordningen gjelder personer som er bosatt i Danmark og som er trygdet i Danmark. Tilskudd kan også ytes til personer som er trygdet i Danmark uten å være bosatt der, for eksempel fordi trygdeforordning nr. 1408/71 medfører at de skal være trygdet i Danmark. Dersom vedkommende bor i og omfattes av sykesikringsordningen i et annet EØS-land, ytes ikke tilskudd til varer og tjenester kjøpt eller mottatt i bostedslandet. Dette fordi den trygdede har rett til ytelser etter bostedslandets regler i henhold til trygdeforordning nr. 1408/71, men slik at utgiftene belastes Danmark.

Forutsatt at vilkårene er oppfylt, står pasienten som hovedregel fritt i valget mellom å benytte tilskuddsordningen, trygdeforordning nr. 1408/71 eller eventuelt den offentlige *rejsesygesikringen* (som gjelder ved ferie og studiereiser opptil en måned i blant annet Europa). Det ytes ikke stønad etter flere regelsett for samme behandling.

Tilskudd som utgjør et fast beløp når varen eller tjenesten er mottatt i Danmark, ytes med inntil samme beløp, men aldri med mer enn den faktiske utgift. Tilskudd som beregnes ved en prosentsats i Danmark, beregnes ut fra samme prosentsats, men slik at tilskuddet ikke overstiger det faktiske tilskuddbeløpet ved en tilsvarende vare eller tjeneste mottatt i Danmark.

Kommunalbestyrelsen i pasientens bostedskommune behandler krav og utbetaler tilskudd. Klageinstans er *Sundhedsvæsenets Patientklagenævn*.

5.3 Finland

Finland har bestemmelser om dekning av utgifter til behandling i andre EØS-land dels i *lag om spesialiserad sjukvård* og dels i *sjukförsäkringslagen*.

I henhold til *lag om spesialiserad sjukvård* § 31 a kan pasienten få forhåndsgodkjenning til å motta behandling i andre EØS-land på *samkommunens* bekostning dersom *samkommunen* ikke kan sørge for behandling i Finland innen de fastsatte lengste ventetider.

Sjukförsäkringslagen har bestemmelser om stønad (uten forhåndsgodkjenning) til blant annet legehjelp, tannleggehjelp og legemidler. Det ytes også stønad til annen behandling forskrevet av lege, for eksempel behandling gitt av sykepleier, jordmor, fysioterapeut og psykolog.

Rett til stønad til helsetjenester mottatt i utlandet, forutsetter at behovet oppstod under opphold utenlands, at pasienten ikke var trygdet i behandlingslandet og at vedkommende ikke hadde rett til helsetjenester på samme vilkår som trygdede der. For behandling i EØS-land har pasienten rett til stønad selv om behovet ikke oppsto under oppholdet.

Helsehjelpen må videre være gitt av lege eller tannlege, eller ”på ordination” fra lege eller tannlege av annet helsepersonell. Helsepersonellet må være godkjent i behandlingslandet. I tillegg til krav om godkjenning som helsepersonell, har man i Finland krav om tillatelse fra *länsstyrelsen* til å drive virksomhet og/eller registrering i et helsepersonellregister. Eventuelle slike eller andre krav i

behandlingslandets regelverk vedrørende retten til å utøve yrket må være oppfylt for at det skal gis refusjon.

Refusjon gis med maksimalt det beløp som stønaden ville utgjort om behandlingen var mottatt i Finland, og ikke over det beløp helsehjelpen kostet. Hvis pasienten har fått delvis utgiftsdekning i utlandet, kan det ytes stønad for den overskytende del av utgiften. Refusjonsbeløpet beregnes etter de ordinære regler i lovens kapittel 3 (om prosentvis dekning, maksimalbeløp, ”fast självrisk” i visse tilfeller mv.).

Reiseutgifter i utlandet eller til utlandet dekkes ikke etter *sjukförsäkringslagen*, med unntak av tilfelle som omfattes av særlige regler for grensetrakter.

5.4 Island

Island har ikke lovfestet noen refusjonsordning for utgifter ved ikke-sykehusbehandling i andre EØS-land, utover det som følger av trygdeforordning nr. 1408/71. Island har lang tradisjon for å dekke utgifter ved helsehjelp i utlandet under visse forutsetninger, men departementet har fått opplyst at dekning av krav om refusjon for ikke-sykehusbehandling i tråd med EF-domstolens rettspraksis forutsetter at det fastsettes særskilt hjemmel/regelverk for det.

5.5 Enkelte land utenfor Norden

Tyskland

I Tyskland er en stor andel av befolkningen pliktig eller frivillig medlem av *gesetzliche Krankenversicherung* (lovbestemt sykeforsikring) som følger reglene i *Sozialgesetzbuch V (SGB V)*. Det er detaljerte bestemmelser med hensyn til hvem som må eller kan være medlemmer. Det finnes også private sykeforsikringsordninger. Her omtales kun den lovbestemte sykeforsikringen og sykekasser tilknyttet denne ordningen.

Hovedregelen er at de forsikrede mottar naturalytelse (helsehjelp i og utenfor sykehus) som de er berettiget til, og at oppgjøret – med unntak av eventuelle egenandeler - finner sted mellom tjenesteyter og sykekasse. Tjenestene ytes av helsepersonell som er tilknyttet sykekassen ved avtale eller på annen måte.

De forsikrede kan få refusjon for påløpte utgifter når helsehjelpen er mottatt i et annet EØS-land. Refusjon av utgifter gis ikke dersom helsehjelpen omfattes av oppgjørsordninger etter trygdeforordning nr. 1408/71 i form av rundsum-oppgjør eller ikke-refusjonsavtaler som Tyskland har med andre land.

Refusjon gis bare hvis tjenesteyteren oppfyller betingelsene for adgang og utøvelse av yrket i tråd med kvalifikasjonsdirektivet, eller er berettiget til å behandle forsikrede/trygdede etter det nasjonale sykeforsikringssystemet i behandlingslandet.

Refusjon gis opp til det beløp helsehjelpen ville belastet sykekassen med hvis helsehjelpen hadde blitt mottatt i Tyskland. Sykekassen kan erstatte hele utgiften hvis det i Tyskland ikke er mulig å få allment anerkjent behandling i henhold til

medisinsk vitenskap for tilstanden. Egenandeler og administrasjonskostnader trekkes fra.

I henhold til *SGB V* § 13 nr. 5 gis refusjon av utgifter til sykehusbehandling i utlandet bare etter forhåndssamtykke fra sykekassen. Samtykke kan bare nektes hvis behandlingen eller en like virksom kan gis "rettidig" hos en tjenesteyter som er tilknyttet sykekassen.

Storbritannia

På bakgrunn av EF-domstolens dom i Watts-saken²⁷ har *UK Health Departments* utarbeidet råd eller retningslinjer²⁸ for hvordan lokale helsemyndigheter og tjenesteytere i den offentlige helsetjenesten, *National Health Service (NHS)*, skal forholde seg til anmodninger om behandling i utlandet.

Retningslinjene gjelder i første rekke behandling som i Storbritannia skjer i sykehus. Det heter i retningslinjene at det bør opprettes systemer for å vurdere anmodninger om dekning av behandling i andre EØS-land etter EF-traktaten artikkel 49 i tillegg til eksisterende system for behandling av søknader om forhåndsgodkjenning etter trygdeforordning nr. 1408/71. Det overlates til *NHS* lokalt å sørge for dette, og for å refundere utgifter når dette er berettiget.

Dokumentets vedlegg 2 inneholder noen foreløpige tanker om håndtering av anmodninger om ikke-sykehusbehandling i andre EØS-land. Det legges til grunn at det ikke er aktuelt med krav om forhåndsgodkjenning for blant annet enkle allmennlegetjenester, optikertjenester og noen typer tannbehandling. For helsetjenester som utføres utenfor sykehus i Storbritannia, men som er såpass avanserte og kostbare at de ligner mer på sykehus tjenester enn primærhelsetjenester, uttaler *UK Health Departments* at de lokale helsemyndighetene kan vurdere om det er grunnlag for å kreve forhåndsgodkjenning. Dette vil i første rekke være behandling som krever henvisning eller som er del av et omfattende behandlingsforløp. Et relevant moment som nevnes er høye kostnader per enkeltbehandling, sett særlig i sammenheng med arbeidet med å "flytte" mer behandling ut av sykehus til tjenesteytere nærmere pasientenes hjemsted. Videre nevnes blant annet behovet for å sikre effektiv klinisk kontroll med komplekse behandlingsforløp, for eksempel ved komplekse kroniske sykdommer.

Som utgangspunkt legges samme vilkår og begrensinger til grunn som når behandling søkes i Storbritannia. For behandling som i *NHS* krever henvisning, legger *UK Health Departments* til grunn at henvisning fra lege i et annet EØS-land bør godkjennes av *NHS*.

Refusjon foreslås begrenset oppad til hva tilsvarende behandling ville kostet i Storbritannia, og begrenset til pasientens faktiske utgift. Det bør gjøres fradrag for eventuelle egenandeler pasienten ville betalt i Storbritannia.

²⁷ C-372/04, *Watts*.

²⁸ Patient Mobility – Advice to Local Healthcare Commissioners on Handling Requests for Hospital Care in other European Countries following the ECJ's judgment in the Watts case (Gateway reference 8010)

De britiske ordningene for pasientskadeerstatning kommer ikke til anvendelse.

Nederland

Nederland innførte i 2006 et nytt lovfestet helseforsikringssystem med tre ulike modeller: naturalytelser, refusjon eller en kombinasjon. Trygdede som velger naturalytelse-modellen, skal som utgangspunkt få behandling hos tjenesteytere som har avtale med forsikringsgiveren, men kan også velge behandling hos andre tjenesteytere og få refusjon opp til et nivå som fastsettes av forsikringsgiveren. Dette må ikke settes så lavt at det umuliggjør bruk av andre tjenesteytere. Med refusjonsmodellen kan de trygdede fritt velge tjenesteyter og få refusjon av påløpte utgifter opp til det som er gjengs markedspris i Nederland.

Uansett forsikringsmodell kan den trygdede velge å motta behandling (som omfattes av helseforsikringen) i utlandet uten forhåndsgodkjenning og få refusjon fra forsikringsgiveren. Dette gjelder ikke bare innen EØS-området, men hele verden. Trygdede som har valgt refusjonsmodellen vil få refusjon med inntil gjengs markedspris i Nederland. Trygdede som har valgt naturalytelse-modellen vil ikke ha krav på full dekning, men refusjon opp til et nivå fastsatt av forsikringsgiveren.

6 Virkeområdet for refusjonsordningen som skal innføres - avgrensning

6.1 Innledning

Som det fremgår i punkt 1 og 3 ovenfor legger departementet til grunn at Norge er forpliktet til å innføre et system for refusjon av utgifter til ikke-sykehusbehandling mottatt i andre EØS-land i tråd med EF-domstolens praksis. EØS-rettslig utvalg har også inntatt dette standpunkt, jf. punkt 3.1 ovenfor.

Refusjonsordningen må gjelde ikke-sykehusbehandling som ytes gratis eller med delvis utgiftsdekning fra det offentlige dersom helsehjelpen mottas i Norge. Det er etter departementets oppfatning ikke grunn til å foreslå at refusjonsordningen skal omfatte mer enn det som faller inn under begrepet ikke-sykehusbehandling. Sykehusbehandling i utlandet er som nevnt i punkt 1 regulert i pasientrettighetsloven § 2-1, og det er for slik behandling adgang til å oppstille restriksjoner (forhåndsgodkjenning m.m.) selv om de tilsvarende restriksjonene ikke vil være tillatt for ikke-sykehusbehandling, se punkt 3.3 ovenfor.

Her drøftes derfor hvilke helsetjenester som må omfattes av en refusjonsordning for ikke-sykehusbehandling.

Som det fremgår nedenfor foreslår departementet at refusjonsordningen bør omfatte noe helsehjelp som hører inn under spesialisthelsetjenesten, jf. punkt 6.2 nedenfor om grensen mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling. Det foreslås at deler av kommunehelsetjenesten omfattes, med unntak av pleie- og omsorgstjenestene, jf. punkt 6.3 nedenfor. Videre foreslås at refusjonsordningen omfatter andre helsetjenester som folketrygden yter stønad til etter folketrygdloven kapittel 5, herunder legemidler og medisinsk utstyr, jf. punkt 6.5,

men i utgangspunktet ikke bidrag til spesielle formål, jf. punkt 6.6. I tillegg bør refusjonsordningen omfatte den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, jf. punkt 6.4 nedenfor. Departementet foreslår at den særlige ordningen med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ikke skal omfattes av refusjonsordningen, jf. punkt 6.7 nedenfor.

6.2 Skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling

EF-domstolen har brukt begrepene (1) *sykehusbehandling* og (2) *ikke-sykehusbehandling* for å skille mellom

- (1) 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, og
- (2) 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.

Nærmere om EF-domstolens praksis

Ved å fastslå at bestemte restriksjoner kan rettferdiggjøres for sykehusbehandling, men ikke for ikke-sykehusbehandling, har EF-domstolen innført et skille av stor betydning for pasienters rettigheter. Den har imidlertid i liten grad angitt grensene for hva som er sykehusbehandling og hva som er ikke-sykehusbehandling. EF-domstolen har uttalt at det kan

”... undertiden være vanskelig at foretage en sontring mellem hospitalsydelser og ydelser, der ikke er hospitalsydelser. Navnlig vil visse behandlinger, der ydes i hospitalsregi, men som også kan udføres af en læge i dennes praksis eller i et lægecenter, kunne sidestilles med ydelser, der ikke er hospitalsydelser.”²⁹

Det vil altså ikke uten videre være avgjørende om helsehjelpen faktisk ytes i et sykehus eller utenfor sykehus. EF-domstolen presiserer at helsehjelp som ytes i sykehus, men som kunne vært gitt utenfor sykehus kan være å betrakte som ikke-sykehusbehandling.

EF-domstolen benytter skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling for å avgjøre når medlemslandene kan rettferdiggjøre en restriksjon i den frie bevegelse for tjenester. Det avgjørende spørsmålet blir da hva som karakteriserer de tjenestene EF-domstolen benevner som sykehustjenester, og som gjør at bestemte restriksjoner i den frie bevegelse for tjenester kan begrunnes for disse tjenestene.

Som nevnt i punkt 3.3 ovenfor viser EF-domstolen til behovet for å planlegge sykehustjenester. Medlemslandene har behov for å planlegge blant annet antallet sykehus, deres geografiske plassering, hvordan sykehusene skal organiseres, hvilke fasiliteter de skal tilby og hvilken kapasitet og bemanning de skal ha. Planleggingen skal sikre den økonomiske balansen i det sosiale sikringssystemet og bidra til å opprettholde et balansert medisinsk sykehusstilbud av høy kvalitet

²⁹ C 385/99, *Müller-Fauré*, premiss 75.

som er tilgjengelig for alle. Slik skal hensynet til folkehelsen ivaretas. Planleggingen bidrar også til kostnadskontroll og forhindrer sløsing med økonomiske og tekniske ressurser så vel som med personellressursene i helsetjenesten.³⁰

Med sykehustjenester menes derfor de tjenester som medlemslandene har et reelt behov for å planlegge for å kunne ivareta disse hensynene. Dette planleggingsbehovet forsvaret restriksjoner i den frie bevegelse for tjenester. De helsetjenestene som det ikke knytter seg et så sterkt planleggingsbehov til at planleggingsrelaterte restriksjoner i den frie bevegelse av tjenester kan begrunnes, må betraktes som ikke-sykehustjenester. For disse tjenestene synes EF-domstolens utgangspunkt å være at det må gis refusjon for de utgiftene pasientene har hatt i andre EØS-land.

Av praktiske årsaker kan det ikke vurderes i det enkelte tilfelle der en pasient ber om å få refundert utgifter til helsehjelp i andre EØS-land, om planleggingsbehovet for vedkommende tjenestetype er av en slik karakter at det kan begrunne en restriksjon i den frie bevegelse av tjenester. Det er derfor behov for på generelt grunnlag å etablere klare kategorier av helsehjelp som kan refunderes når de er mottatt i andre EØS-land. Dette gjør det enklere å skille mellom helsehjelp som pasienten har krav på refusjon for (ikke-sykehusbehandling), og helsehjelp som pasienten selv må dekke med mindre en i Norge ikke har et adekvat tilbud eller tilbudet ikke kan gis i Norge innen en medisinsk forsvarlig frist (sykehusbehandling).³¹

I nasjonal rett må det derfor i refusjonssammenheng etableres et skille mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling.

Ettersom det er medlemslandenes ansvar å organisere sitt helsevesen, og planleggingsbehovet vil variere fra land til land, er begrepene sykehusbehandling/sykehustjenester og ikke-sykehusbehandling/ikke-sykehustjenester ikke fellesskapsrettslige begreper med et entydig innhold som gjelder likt i alle medlemslandene. Hvilket planleggingsbehov det enkelte land har, vil for eksempel variere med utformingen av det sosiale sikringssystemet og de geografiske forholdene.

Dette innebærer at det er planleggingsbehovet til det enkelte land som vil være utgangspunktet for vurderingen av skillet mellom sykehustjenester og ikke-sykehustjenester. Landene vil derfor antagelig ha en viss skjønnsmargin ved fastleggelsen av hva som er å betrakte som sykehustjenester og ikke-sykehustjenester.

I Kommisjonens forslag til tjenstedirektiv søkte man å få til en kodifisering av EF-domstolens praksis. Definisjonen av sykehusbehandling i et av de senere utkastene (mai 2005) var som følger (artikkel 23):

”medical care which, in the Member State of affiliation of the patient, is provided in a hospital infrastructure either because the care requires accommodation of the patient or it can only be

³⁰ Se C- 372/04, *Watts*, premiss 103-109.

³¹ Mulig dekning av behandling i utlandet ved fristbrudd reguleres i pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde ledd, mens tilfellene med manglende adekvat tilbud i Norge reguleres i § 2-1 femte ledd, jf. punkt 4.1 ovenfor.

provided within a hospital infrastructure because it is highly specialised or presents a manifest risk to the patient. The name, organisation and financing of that infrastructure is irrelevant for the purpose of classifying such care as hospital care.”

Bestemmelsen ble i forbindelse med behandlingen av direktivforslaget i Europaparlamentet og Rådet utelatt da det ble gjort unntak for helsetjenester fra direktivets virkeområde.

Vurdering og forslag

Departementet legger til grunn at den norske refusjonsordningen som foreslås i høringsnotatet, skal omfatte det EF-domstolen betegner som ikke-sykehusbehandling, mens sykehusbehandling ikke skal omfattes av denne refusjonsordningen.

Hvor skillet trekkes vil være avgjørende for hvilke typer behandling det vil bli gitt refusjon for etter den nye refusjonsordningen.

I den norske helsetjenesten har vi ulike skiller, slik som

- kommunehelsetjenesten - spesialisthelsetjenesten;
- spesialisthelsetjeneste hos avtalespesialist og på sykehus;
- poliklinisk behandling på sykehus og sykehusinnleggelse

Departementet legger til grunn at noen spesialisthelsetjenester vil falle innenfor refusjonsordningen og andre utenfor, men at ingen av de nevnte skillene kan brukes direkte for å fastsette virkeområdet.

Et klart utgangspunkt må være at behandling som krever innleggelse i sykehus er sykehusbehandling og ikke skal omfattes av refusjonsordningen. Innleggelse i andre typer institusjoner som yter helsetjenester til grupper omfattet av de regionale helseforetakenes ”sørge for”-ansvar, bør etter departementets oppfatning likestilles med sykehusbehandling. Dette gjelder blant annet behandling i det psykiske helsevernet, rusbehandling og rehabilitering som krever innleggelse i institusjon. De regionale helseforetakene har, på samme måte som for sykehus, et stort behov for planlegging av slik virksomhet.

Innleggelse kan imidlertid ikke være den eneste faktoren i vurderingen. Behandlingstilbudet og -metodene endres som følge av kontinuerlig faglig utvikling. Noen typer behandling som tidligere krevde innleggelse på sykehus kan nå gjøres uten sykehusinnleggelse. Samtidig vil behovet for innleggelse også dels være styrt av den enkeltes medisinske tilstand. Når tjenestene og organiseringen av disse er i kontinuerlig endring, vil en avgrensning til behandling i forbindelse med innleggelse ikke være dekkende for hvilke helsetjenester det vil være behov for å styre nasjonalt. For eksempel vil kostbar medikamentell infusjonsbehandling kunne gjennomføres uten at pasienten er innlagt i sykehus. Behandling som kan gjennomføres uten innleggelse kan forutsette ressurser, utstyr og kompetanse i en grad som vanligvis forbindes med sykehusbehandling. Dette vil også gjelde en del såkalte dagkirurgiske prosedyrer.

Det vil kunne finnes eksempler på behandling som både gjøres ved sykehusinnleggelse og poliklinisk. Poliklinisk behandling skjer både på offentlige sykehuspoliklinikker og hos privatpraktiserende avtalespesialister. Det er

regionale forskjeller i fordelingen mellom poliklinisk behandling og innleggelse. Det samme gjelder fordelingen mellom poliklinisk behandling på sykehus og utenfor sykehus. I Oslo-området er både andelen poliklinisk behandling totalt og andelen poliklinisk behandling som skjer utenfor sykehus høyere enn i de nordlige deler av landet. Definisjonen av ikke-sykehusbehandling (og dermed hva som omfattes av refusjonsordningen), bør avgrenses på en slik måte at man unngår diskriminering av pasienter i landsdeler med relativt sett lav andel poliklinisk behandling.

På denne bakgrunn bør refusjon under visse forutsetninger kunne nektes også for behandling som ikke krever innleggelse. Refusjonsordningen bør etter departementets vurdering ikke omfatte behandling som krever ressurser som normalt forbindes med sykehusbehandling, som for eksempel høyt spesialisert behandling eller kostnadsintensiv behandling. En slik avgrensning innebærer at mindre kirurgiske inngrep som ikke krever tilgang til operasjonsstue eller anestesi faller inn under begrepet ikke-sykehusbehandling, og dermed kan gi rett til refusjon.

Etter departementets forslag vil det således ikke være avgjørende om behandlingen i Norge ville blitt gitt utenfor sykehus, f.eks. hos privatpraktiserende avtalespesialist, eller poliklinisk på sykehus. Tilsvarende vil det ikke være avgjørende om behandlingen i utlandet rent faktisk ble gitt utenfor sykehus eller poliklinisk på sykehus. Det avgjørende vil være om behandlingen er av en slik art som beskrevet ovenfor. Behandling som faktisk er gjennomført ved innleggelse vil uansett være å anse som sykehusbehandling, som ikke refunderes.

Skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling omfatter både utredning og behandling. Departementet legger til grunn at for eksempel bruk av PET (positron-emisjons-tomografi) kan sidestilles med sykehusbehandling uavhengig av om pasienten legges inn på sykehus eller utredes poliklinisk. PET er en avansert utredningsmetode for kreft og enkelte nevrologiske sykdommer.

Det vil sannsynligvis være slik at det ikke på forhånd er mulig å definere eksakt hva som skal anses som henholdsvis sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling. Pasienter som reiser til utlandet for å få utført behandling som ligger i grenselandet vil måtte bære en økonomisk risiko knyttet til at behandlingen i etterkant kan bli vurdert til å være sykehusbehandling, og derfor faller utenfor refusjonsordningen. Pasienter bør være særlig oppmerksomme på denne problemstillingen dersom de søker behandling på sykehus eller andre helseinstitusjoner. Det vil også foreligge en risiko for at refusjonskravet kan bli avslått på annet grunnlag. Det vises til at refusjon bare skal gis dersom behandlingen ville blitt gitt eller dekket av det offentlige i Norge, jf. punkt 7 nedenfor. Pasienter kan på forhånd konsultere helsepersonell eller myndigheter i Norge og be om veiledning med hensyn til disse forholdene, men departementet vil ikke foreslå at det skal kunne gis bindende forhåndstilsagn, jf. punkt 9.3 nedenfor.

Det antas hensiktsmessig at én instans behandler samtlige refusjonskrav slik at det føres en enhetlig praksis på området, jf. punkt 9.1 nedenfor.

Departementet foreslår ikke at grensen mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling søkes presisert i loven. Departementet foreslår at det gis

hjemmel til å gi forskrift som også kan regulere hvilke typer tjenester som omfattes av refusjonsordningen, jf. forslaget til ny § 5-24 a i folketrygdloven i punkt 14 nedenfor.

Departementet ber om høringsinstansenes syn på hvordan man på en hensiktsmessig måte kan avgrense refusjonsordningen mot det som i denne sammenhengen kan ansees som sykehusbehandling.

I lys av høringsuttalelsene vil departementet i det videre arbeid se på mulighetene for å konkretisere skillet på en tjenlig måte, og eventuelt vurdere om det er behov for å gi nærmere retningslinjer for skjønnsutøvelsen. Et eventuelt direktiv på området (jf. punkt 3.6 ovenfor) vil også kunne få betydning for grensdragningen.

6.3 Kommunehelsetjenester – avgrensning mot pleie- og omsorgstjenester

Det må tas stilling til hvilke av de kommunale helsetjenestene refusjonsordningen skal omfatte.

EF-domstolens praksis gjelder medisinsk behandling/helsetjenester uten at dette er nærmere definert.

Departementet finner det naturlig at legehjelp, fysioterapi og jordmorhjelp omfattes av refusjonsordningen. Dette bør gjelde uansett om pasientens bostedskommune har organisert tjenestene ved å ansette helsepersonell i kommunen eller ved å inngå fastlege-/driftsavtaler med helsepersonell som driver privat helsevirksomhet. Se også punkt 6.5 nedenfor om slike tjenester.

Kommunen har etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 også plikt til å sørge for tjenester som sykehjem, hjemmesykepleie og boform med heldøgns omsorg.

Departementet er av den oppfatning at den refusjonsordningen som skisseres i dette høringsnotatet ikke bør omfatte pleie- og omsorgstjenester. Disse tjenestene skiller seg fra andre helsetjenester blant annet ved at de forutsetter tildelingsvedtak, at de strekker seg over lang tid og at selve helsehjulelementet varierer. Pleie- og omsorgstjenestene etter kommunehelsetjenesteloven ligger i grenselandet mot – og har store likheter med - sosiale tjenester. Det følger av sosialtjenesteloven § 4-3, jf. § 4-2, at den som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk og personlig hjelp for å mestre dagliglivets gjøremål som følge av sykdom, funksjonshemming, alder mv., har krav på blant annet praktisk bistand i hjemmet eller plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester. I EU-sammenheng brukes ofte begrepet ”long term care”, og ikke ”health services”, ”healthcare”, ”medical treatment” og lignende som brukes i og om EF-domstolens rettspraksis.

Det er ikke avklart hvilken betydning prinsippet om fri bevegelighet av tjenester har for sosiale tjenester og tjenester i grenselandet mellom helsetjenester og sosiale tjenester, herunder pleie- og omsorgstjenester i og utenfor institusjon. EF-domstolen har til behandling en sak³² med relevante problemstillinger. Det er ikke kjent når avgjørelse vil foreligge.

³² C-208/07, *von Chamier-Glisczinski*. Muntlig høring for EF-domstolen ble avholdt 12. juni 2008.

Departementets forslag innebærer at pasientene – som i dag – ikke vil ha rett til dekning av utgifter til pleie- og omsorgstjenester i andre EØS-land, med mindre hjemkommunen i Norge på forhånd har truffet tildelingsvedtak om tjenestetilbud i utlandet. Departementet legger til grunn at den enkelte kommune står fritt til å avgjøre om slike tjenester skal tilbys i hjemkommunen eller i et annet EØS-land (dersom pasienten ønsker det). Kommunen kan velge å oppfylle sin lovpålagte hjelpeplikt for egne innbyggere ved å tilby offentlige behandlingsplasser i utlandet eller betale for private (norske eller utenlandske) omsorgstilbud i utlandet, dersom det er en god og faglig forsvarlig løsning og pasienten ønsker det.

6.4 Tannhelsetjenester

Departementet legger til grunn at refusjonsordningen bør omfatte tannhelsetjenester på lik linje med andre helsetjenester. En av EF-domstolens avgjørelser gjelder tannbehandling³³. På samme måte som for andre typer helsetjenester, vil refusjon bare være aktuelt for tjenester som ytes med hel eller delvis offentlig finansiering i Norge.

I Norge ytes tannlegehjelp med offentlig dekning dels gjennom Den offentlige tannhelsetjenesten som fylkeskommunene har ansvaret for, jf. punkt 4.3 ovenfor. I tillegg yter folketrygden stønad ved undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom etter folketrygdloven § 5-6, jf. punkt 4.4 ovenfor.

Departementet foreslår at refusjonsordningen skal omfatte både tannbehandling som ville vært dekket av fylkeskommunen etter tannhelsetjenesteloven dersom behandlingen hadde blitt utført i Norge, og tannbehandling som ville berettiget til stønad fra folketrygden.

Den offentlige tannhelsetjenestens tilbud om gratis behandling eller behandling mot delvis vederlag gjelder bare prioriterte persongrupper (barn og unge m.fl.), jf. punkt 4.3 ovenfor. I regi av Den offentlige tannhelsetjenesten gis også tannbehandling i noe utstrekning til personer som ikke omfattes av de prioriterte gruppene, men da mot (fullt) vederlag. Refusjon vil ikke bli gitt for utgifter ved tilsvarende behandling mottatt i utlandet av personer utenom de prioriterte grupper, med mindre behandlingen er stønadsberettiget etter folketrygdloven § 5-6.

6.5 Helsetjenester som folketrygden yter stønad til – herunder legemidler og medisinsk utstyr og forbruksmateriell

EF-domstolens praksis gjelder i hovedsak spørsmål knyttet til dekning av utgifter til medisinsk behandling i eller utenfor sykehus. Domstolens resonnement i disse sakene er knyttet til prinsippet om fri bevegelighet for tjenester.

Det synes på denne bakgrunn klart at refusjonsordningen bør omfatte de fleste av de helsetjenester det ytes stønad til etter folketrygdloven kapittel 5. Dette gjelder i første rekke undersøkelse og behandling hos helsepersonell.

³³ C-158/96, *Kohll*

Domstolen har imidlertid også tatt stilling til utgiftsdekning ved kjøp av briller (med korrigerende glass etter rekvisisjon fra en øyelege, omtalt som ”*lægeartikler*” i dansk versjon av dommen) hos en optiker i et annet EØS-land.³⁴ Domstolen har slått fast at et krav om forhåndsgodkjenning i slike tilfeller vil være en handelshindring som er i strid med reglene om det frie varebytte i EF-traktaten artikkel 30, jf. artikkel 36 (jf. EØS-avtalen artikkel 13). Domstolen synes i tillegg å ha lagt til grunn at retten til utgiftsdekning ved kjøp av spesialbriller følger av traktatens bestemmelser om fri bevegelighet for tjenester, det vil si sett fra tjenesteyters side.

Dette tilsier etter departementets oppfatning at refusjonsordningen ikke bare må omfatte helsetjenester, men også varer i form av legemidler og medisinsk utstyr til bruk utenfor sykehus som det ytes stønad til fra folketrygden, jf. punkt 4.4.4 ovenfor.³⁵

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 6.2 ovenfor når det gjelder høyt spesialiserte og kostnadsintensive behandlingsformer
- Prøver og undersøkelser ved medisinske laboratorier og radiologiske undersøkelser og behandling (§ 5-5)
- Tannlegehjelp 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 og forbruksmateriell (§ 5-14)

Folketrygdloven § 5-13 og § 5-15 er ikke aktuelle som grunnlag for refusjon.

Om bidrag til spesielle formål etter folketrygdloven § 5-22, se punkt 6.6 nedenfor.

³⁴ C-120/95, *Decker*

³⁵ Det bemerkes at tilsvarende ikke gjelder medisinske behandlingshjelpemidler som helseforetakene eier og som lånes ut til pasientene. I og med at dette er en utlånsordning, er det ikke aktuelt å dekke utgifter til kjøp av slike medisinske behandlingshjelpemidler i andre EØS-land etter refusjonsordningen.

6.6 Bidrag til spesielle formål etter folketrygdloven § 5-22

Departementet har vurdert om utgifter til spesielle formål som det ytes bidrag til etter folketrygdloven § 5-22, bør omfattes av den nye refusjonsordningen. Bidragsordningen er omtalt i punkt 4.4.5 ovenfor.

Folketrygdloven § 5-22 er en ”kan”-bestemmelse, hvilket innebærer at ingen har rettskrav på bidrag. Det er etablert en fast praksis med hensyn til hva det ytes bidrag til og på hvilke vilkår, jf. rundskriv fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Disse retningslinjene praktiseres som uttømmende, slik at bidragsordningen likevel har et rettighetspreg.

Til forskjell fra mange av helsetjenestene som det ytes stønad til etter folketrygdloven kapittel 5, er de fleste av bidragsformålene tjenester, varer, hjelpemidler mv. som det offentlige ikke har noe ”sørge for”-ansvar og finansieringsansvar for i henhold til tjenestelovgivningen. På den annen side omfatter bidragsordningen også tjenester som har fellestrekk med helsetjenester og varer som dekkes pliktmessig etter folketrygdloven kapittel 5, og som er en forlengelse av igangsatt medisinsk behandling. Dette gjelder for eksempel en del legemidler og noe bandasje- og forbruksmateriell til medisinsk utstyr. Utgifter til slikt dekkes dels via blåreseptordningen og dels via bidragsordningen.

Bidragsordningen omfatter en mengde svært uensartede tjenester mv. som utgjør en ”sekkepost” på trygdebudsjettet. Tidligere omfattet bidragsordningen enkelte svært dyre formål for den enkelte pasient som det var en selvfølge at det offentlige måtte dekke, men som ikke passet inn i andre refusjonsordninger. Det ble ikke ansett hensiktsmessig å opprette egne refusjonsordninger, fordi bare et fåtall pasienter var berørt.

Senere er ordningen med behandlingshjelpemidler overført til de regionale helseforetakene, og bidrag til visse former for tannbehandling er erstattet av pliktmessige ytelser etter folketrygdloven § 5-6. Flere legemidler er også tatt ut av bidragsordningen og lagt til blåreseptordningen. Det betyr at de bidragsformålene som har størst økonomisk betydning for den enkelte pasient, ikke lenger omfattes av bidragsordningen, men dekkes på annen måte. Av bidragsformålene som er igjen, skal noen dekke langvarige behov, mens andre kun gis som korttidsutlån. Videre er det ulike krav til henvisning samt ulike vilkår, søknads- og oppgjørsordninger for de enkelte formålene. Flere av bidragsformålene er tilpasset lokale forhold og knyttet opp mot institusjoner og kurssteder i Norge.

Etter departementets vurdering bør formål som dekkes av bidragsordningen som hovedregel ikke omfattes av den nye ordningen for dekning av utgifter i andre EØS-land. Formålet med den nye refusjonsordningen er å dekke utgifter til helsetjenester utført i andre EØS-land. Som det fremgår ovenfor omfatter bidragsordningen etter folketrygdloven § 5-22 mange ulike tjenester/ytelser mv. som i varierende grad har preg av å være eller ha tilknytning til medisinsk behandling/helsetjenester. Det utelukkes imidlertid ikke at det ut fra ytelsenes art og innhold vil kunne være naturlig å la refusjonsordningen omfatte enkelte av de formålene som det ytes bidrag til etter § 5-22.

Departementet foreslår derfor at det kan reguleres i forskrift om og så fall i hvilket omfang bidragsformål etter folketrygdloven § 5-22 skal omfattes av

refusjonsordningen, jf. forslag til ny § 5-24 a i folketrygdloven i punkt 14 nedenfor.

6.7 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er å anse som tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5. LAR er et langvarig behandlingsopplegg som omfatter medisinerer med vanedannende legemidler (metadon, subutex, suboxone) og psykososial rehabilitering. Det er strenge kriterier for å bli tatt inn i LAR, som forutsetter betydelige kontrolltiltak med hensyn til rekvirering, utlevering og inntak av de aktuelle legemidlene. Ett av inntaksvilkårene for LAR er at det skal være etablert et trekantsamarbeid mellom det regionale LAR-senteret, sosialtjenesten i kommunen og fastlegen. Dette er forutsetninger som lå til grunn for innføringen av LAR da behandlingsformen ble etablert, og utgjør de grunnleggende elementene for å oppnå de rehabiliteringsmål som ligger i LAR. På denne bakgrunn er også retten til valg av regionalt LAR-senter etter pasientrettighetsloven § 2-4 begrenset dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med behandlingen, jf. tredje ledd siste punktum³⁶.

Vilkåret om trekantsamarbeid og behovet for kontroll innebærer at det ikke er aktuelt at pasienter under midlertidig opphold i utlandet kan motta et tilsvarende behandlingsopplegg. Departementet mener på denne bakgrunn at legemiddelassistert rehabilitering må holdes utenfor refusjonsordningen. Utgifter til de aktuelle legemidler dekkes i Norge kun når pasienten omfattes av et slikt behandlingsopplegg. Det er derfor ikke aktuelt å refundere utgiftene til tilsvarende legemidler kjøpt i annet EØS-land.

6.8 Oppsummering av refusjonsordningens virkeområde

Departementets forslag kan i hovedsak sammenfattes slik at refusjonsordningen vil omfatte helsetjenester og varer som tilsværer:

- Helsetjenester og varer som det ytes *stønad* til etter folketrygdloven kapittel 5 (med unntak av tjenester som anses som sykehusbehandling, jf. punkt 6.2 ovenfor), jf. punkt 6.5 ovenfor; og eventuelt enkelte varer/tjenester som det ytes *bidrag* til etter folketrygdloven § 5-22, jf. punkt 6.6 ovenfor.
- Spesialisthelsetjenester i den grad de regnes som ikke-sykehusbehandling, jf. punkt 6.2 ovenfor, og med unntak av LAR, jf. punkt 6.7 ovenfor.
- Tannhelsetjenester som fylkeskommunen yter gratis eller mot delvis vederlag til prioriterte grupper, jf. punkt 6.4 ovenfor.

I punkt 7 nedenfor omtales mer konkrete vilkår for refusjon. Hvilken personkrets refusjonsordningen vil gjelde for, omtales i punkt 7.5.

Departementet finner det ikke hensiktsmessig med en nærmere angivelse i den foreslåtte nye § 5-24 a i folketrygdloven av hvilke typer helsetjenester

³⁶ Tilføyd ved lov 21. desember 2007 nr. 123, i kraft 1. januar 2008.

refusjonsordningen vil omfatte, men foreslår en hjemmel for å kunne fastsette dette i forskrift, jf. punkt 14 nedenfor.

7 Vilkår for refusjon

7.1 Innledning

Departementet legger til grunn at landenes plikt etter EF-traktaten/EØS-avtalen til å refundere utgifter til ikke-sykehusbehandling som pasienter mottar i andre EØS-land, gjelder samme type utgifter som ville blitt dekket (helt eller delvis) av helsemyndighetene eller sosial- eller sykesikringsordningen dersom helsehjelpen var mottatt i hjemlandet. Dette gjelder uavhengig av hvordan landene har organisert helsetjenestene og lagt opp finansieringssystemet for tjenestene. Se punkt 3.4 og 3.5 ovenfor.

Det klare utgangspunkt bør da etter departementets oppfatning være at den norske refusjonsordningen skal omfatte samme type utgifter til ikke-sykehusbehandling som ville blitt dekket (helt eller delvis) av det offentlige dersom helsehjelpen var mottatt i Norge. Se punkt 4 om offentlig finansiering av helsetjenester.

Man skal ikke kunne bruke ordningen for å oppnå offentlig støtte til helsehjelp eller varer som ikke gis med offentlig finansiering i Norge.

Sett i forhold til det totale tilbud av helsetjenester innebærer dette en rekke begrensninger. De vilkår eller forutsetninger som gjelder i Norge, må som det klare utgangspunkt kunne gjøres gjeldende også for refusjon for behandling mottatt i andre EØS-land. Vilårene må imidlertid ikke være slik utformet at de reelt sett vil diskriminere tjenesteytelse i andre land eller på annen måte reelt hindre fri bevegelighet for tjenester, med mindre en slik reell hindring kan begrunnes ut fra hensynet til offentlig orden, sikkerhet og folkehelsen eller ut fra tvingende allmenne hensyn.

Enkelte av de vilkår som gjelder i Norge, er omtalt i særskilte punkter nedenfor med tanke på om, og i så fall hvordan, de skal praktiseres i forbindelse med refusjonsordningen.

Departementet finner det ikke hensiktsmessig å regulere de nærmere vilkår for refusjon i lov, men foreslår hjemmel for å fastsette nærmere bestemmelser om vilårene i forskrift, jf. forslag til ny § 5-24 a i folketrygdloven i punkt 14 nedenfor.

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.

Avgrensning av refusjonsordningens virkeområde, blant annet ut fra skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling, er drøftet i punkt 6 ovenfor.

7.2 Vilkår knyttet til art og omfang av helsehjelpen samt kravet til henvisning

Departementet foreslår som et generelt utgangspunkt at de krav og begrensninger som gjelder i Norge, gjøres tilsvarende gjeldende for refusjon av utgifter til helsehjelp i andre EØS-land. Dette kan være krav om henvisning, begrensninger med hensyn til behandlingstyper, omfang/antall behandlinger m.v. En del av de vilkår og begrensninger som er fastsatt i eller i medhold av folketrygdloven kapittel 5, er beskrevet ovenfor under punkt 4.4.2. Mange av kravene og begrensningene må forutsetningsvis gjelde også helsetjenester som det offentlige finansierer på annen måte, for eksempel at behandling som vesentlig er begrunnet i kosmetiske hensyn ikke dekkes.

Noen tilpasninger i vilkårene kan være nødvendige for at vilkårene ikke skal være diskriminerende eller utgjøre hindringer i den frie bevegelse.

Departementet foreslår en forskriftshjemmel for å fastsette nærmere vilkår for refusjon, jf. forslag til ny § 5-24 a i folketrygdloven i punkt 14 nedenfor.

Henvisning

Spesialisthelsetjeneste på det offentliges bekostning i Norge krever som hovedregel henvisning fra allmennlege (eller legespesialist). Dette gjelder både behandling på sykehus, ved poliklinikk og hos avtalespesialist. Formålet med henvisningskravet er at pasienten først skal være vurdert av behandler i primærhelsetjenesten, som forutsettes å vurdere hvorvidt behandlingsbehovet kan ivaretas på primærnivå (lavest effektive omsorgsnivå). Henvisningskravet skal slik også bidra til at etterspørselen etter spesialisthelsetjenester, og dermed behovet for utdanning av spesialister, avgrenses til tjenester som forutsetter kvalifikasjoner på spesialistnivå.

Henvisningskrav gjelder også for enkelte andre tjenestetyper, jf. folketrygdloven kapittel 5 og punkt 4.4.2.7 ovenfor. I noen nærmere fastsatte tilfeller er det tilstrekkelig med henvisning fra annet helsepersonell enn lege.

EF-domstolen synes å godta at det kan stilles krav om henvisning før behandlingen utføres dersom et slikt krav gjelder i pasientens hjemland.

Departementet mener det er hensiktsmessig at henvisningskravet som hovedregel skal gjelde også når behandling er mottatt i andre EØS-land. Krav om henvisning er i tråd med ønsket i norsk helsepolitikk om at behandling skal skje på laveste forsvarlige nivå, og at behovet for behandling på høyere nivå vanligvis skal vurderes av allmennlege når det gjelder spesialisthelsetjenester. Krav om henvisning vil gjøre det enklere for den instans som skal behandle refusjonskravene å vurdere om behandlingsutgiftene er nødvendige og om behandlingen er av vesentlig betydning for pasientens sykdom og funksjonsevne. Kravet til henvisning vil også bidra til å redusere faren for at pasienter ikke får refundert utgifter til spesialisthelsetjenester de har mottatt i andre EØS-land i den tro at utgiftene vil bli refundert. En henvisning vil gi en viss indikasjon, men det er ikke gitt at behandling utført i andre EØS-land i alle tilfelle er refusjonsberettiget

selv om det foreligger henvisning. En henvisning til spesialist innebærer at tilstanden og behandlingsbehovet skal vurderes i spesialisthelsetjenesten. Spesialisten vil imidlertid kunne komme til at det ikke er behov for behandling, eller at en ønsket behandling ikke i tilstrekkelig grad er medisinsk indisert, slik at det ikke er aktuelt å foreta behandlingen på det offentliges bekostning. *Behandling* vil under slike omstendigheter ikke være refusjonsberettiget selv om det foreligger henvisning. Tjenesteytere i andre land vil ikke nødvendigvis ha forutsetninger for å vurdere slike forhold i tråd med norske regler. Foreligger det henvisning til spesialist, vil imidlertid selve *vurderingen* i spesialisthelsetjenesten vanligvis være refusjonsberettiget, selv om behandling ikke skulle være det.

Det er et spørsmål om det bør kreves henvisning fra lege eller annet helsepersonell i Norge, eller om det bør være tilstrekkelig med henvisning fra lege/helsepersonell i annet EØS-land. EF-domstolen har ikke tatt stilling til spørsmålet.

Departementet antar at utenlandsk henvisning bør godtas, i alle fall der det ville være urimelig å kreve henvisning fra helsepersonell i Norge. Man vil ellers kunne komme i situasjoner der pasienter som konsulterer allmennlege i utlandet og blir henvist til spesialist, må reise hjem for å få norsk henvisning før behandling hos spesialisten i utlandet. Selv om det foreligger henvisning, innebærer dette ikke nødvendigvis at behandlingen er refusjonsberettiget, jf. ovenfor. Dersom et land ikke har henvisningssystem, bør man i stedet kunne godta annen dokumentasjon for at allmennlege var konsultert av pasienten om den aktuelle tilstand på forhånd, eller etter en konkret vurdering frafalle kravet om henvisning, på samme måte som i forbindelse med stønad etter folketrygdloven § 5-24, jf. punkt 4.4.6 ovenfor.

7.3 Vilkår knyttet til tjenesteyteren

7.3.1 Autorisasjon som helsepersonell

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. Det kan naturligvis ikke kreves at tjenesteyteren har norsk autorisasjon, men tjenesteyteren må ha autorisasjon som helsepersonell fra et EØS-land, eventuelt i henhold til reglene i kvalifikasjonsdirektivet³⁷. Vedkommende må lovlig kunne drive virksomhet som sådan i behandlingslandet. Tjenesteytere som midlertidig yter tjenester i et annet land enn etableringslandet etter kvalifikasjonsdirektivets regler, kan praktisere under etableringslandets (og i noen tilfeller vertslandets) lovregulerte yrkestittel.

Departementet legger til grunn at kravet om minst tre års veiledet tjeneste for å kunne praktisere som allmennlege med trygderefusjon, i prinsippet bør gjelde også i forbindelse med refusjonsordningen. Det er neppe problematisk å stille som vilkår for refusjon av allmennlegetjenester at legen oppfyller dette vilkåret, siden det gjelder i hele EØS-området, jf. kvalifikasjonsdirektivet.

³⁷ Europaparlaments- og rådsdirektiv 2005/36/EF om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner.

Departementet foreslår en forskriftshjemmel for å fastsette nærmere vilkår for refusjon, herunder krav til tjenesteyteren, jf. forslag til ny § 5-24 a i folketrygdloven i punkt 14 nedenfor.

7.3.2 Spesialistkompetanse

Visse helsetjenester, behandlingsformer og takster forutsetter at tjenesteyteren i tillegg til autorisasjon eller lisens, innehar en form for spesialistkompetanse. Det er for eksempel et grunnleggende vilkår for refusjon av utgifter til psykologhjelp at tjenesteyteren er godkjent³⁸ spesialist i klinisk psykologi. For visse typer legehjelp og tannlegehjelp er det et krav at behandleren er godkjent spesialist. I tillegg stilles det enkelte særskilte kompetansekrav for bruk av visse takster, for eksempel godkjent videreutdanning i manuellterapi. Det vises til punkt 4.4.2.5 ovenfor.

Departementet mener at krav til spesialistkompetanse som gjelder når helsehjelpen mottas i Norge, gjennomgående bør gjøres gjeldende også i forbindelse med refusjonsordningen. Det er tilstrekkelig at tjenesteyteren har spesialistgodkjenning etter behandlingslandets regler, eventuelt etter reglene i etableringslandet dersom vedkommende midlertidig yter tjenester i behandlingslandet. Midlertidige tjenesteytere kan benytte den tittel de har adgang til å bruke i etableringsstaten uten å ha spesialistgodkjenning etter behandlingslandets regler, jf. reglene om midlertidig tjenesteyting i kvalifikasjonsdirektivet.

Kompetansekrav vedrørende spesialiteter eller tilleggsutdanning som er allment kjent innenfor EØS-området, vil være uproblematisk. Departementet foreslår at krav om spesialistgodkjenning opprettholdes der tilsvarende spesialitet finnes i behandlingslandet.

Dette gjelder de fleste legespesialiteter, selv om det kan være mindre variasjoner. Som eksempel kan også nevnes spesialitet i kjeveortopedi eller i oralkirurgi som er vilkår for stønad til visse tannbehandlinger. Disse to spesialitetene er omfattet av kvalifikasjonsdirektivet, og finnes dermed i hele EØS-området.

For tannbehandling som krever spesialitet i protetikk, vil det være mer komplisert ettersom det i mange land ikke eksisterer egen spesialitet innenfor dette området. Det vil i disse tilfellene være mer tidkrevende å få dokumentert tannlegens kompetanse. Departementet anser det ikke bør stilles krav om spesialistgodkjenning for behandling utført i land der den aktuelle spesialiteten ikke finnes. Derimot bør det kunne kreves annen dokumentasjon på særskilt kompetanse for å sikre betryggende kvalitet.

Departementet foreslår en forskriftshjemmel for å fastsette nærmere vilkår for refusjon, herunder krav til tjenesteyteren, jf. forslag til ny § 5-24 a i folketrygdloven i punkt 14 nedenfor.

³⁸ Dette er ikke en offentlig spesialistgodkjenningsordning, men en bransjeintern ordning i regi av Norsk Psykologforening.

7.3.3 Offentlig tilknytning

I Norge er det som hovedregel krav om at private tjenesteytere har offentlig avtale for å kunne tilby helsetjenester dekket av det offentlige. Dette kravet gjelder både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samt den offentlige (fylkeskommunale) tannhelsetjenesten, jf. punkt 4 ovenfor. Private aktører uten offentlig avtale kan også tilby slike helsetjenester til befolkningen, men den enkelte pasient må da selv dekke kostnadene fullt ut. For legebehandling gjelder unntak fra kravet om offentlig tilknytning for øyeblikkelig hjelp.

Kravet om offentlig tilknytning gjelder ikke behandling hos enkelte helsepersonellgrupper hvor det i noe utstrekning ytes stønad etter folketrygdloven kapittel 5 (kiropraktorer, logopeder, audiopedagoger og ortoptister). For disse gruppene fins det heller ikke driftsavtaleordninger eller lignende. Det samme gjelder den tannbehandling hos private tannleger som det ytes stønad til etter folketrygdloven.

I en refusjonsordning for utgifter til helsehjelp mottatt i andre EØS-land, kan de vilkår som gjelder for å få helsehjelp på det offentliges bekostning i hjemlandet i utgangspunktet opprettholdes, jf. punkt 7.1 og 7.2 ovenfor. Det må imidlertid gjøres unntak dersom vilkårene reelt vil virke diskriminerende eller på annen måte vil hindre fri flyt av tjenester uten at dette kan begrunnes i tvingende allmenne hensyn.

Departementet er av den oppfatning at kravet om offentlig tilknytning i behandlingslandet ikke vil utgjøre en restriksjon i EØS-rettslig forstand. Det skyldes at kravet bare foreslås å gjelde i de tilfelle det stilles krav om offentlig tilknytning i Norge, og at kravet foreslås tilpasset organiseringen av helsevesenet i behandlingslandet. Kravet om offentlig tilknytning vil således bare gjelde i situasjoner der tilsvarende krav vil gjelde i Norge, og det foreligger derfor formelt sett ingen restriksjon i den frie flyten av helsetjenester. Når kravet videre tilpasses situasjonen i behandlingsstaten, vil det etter departementets vurdering heller ikke reelt foreligge noen hindring i tjenestefriheten.

Tilpasningen av kravet om offentlig tilknytning i behandlingslandet gjelder to forhold. For det første bør kravet om offentlig tilknytning ikke gjøres gjeldende i uendret form. Et krav om tilknytning til norsk kommune, fylkeskommune eller regionalt helseforetak ville utelukke så godt som alle tjenesteytere utenfor Norge. Derfor foreslår departementet at kravet om offentlig tilknytning i forbindelse med refusjonsordningen tilpasses slik at tjenesteyteren må ha tilknytning til offentlig helsevesen, trygdeordning e.l. i det landet der behandlingen finner sted. For det andre antar departementet at kravet bare kan gjelde for tjenester der behandlingslandet har krav om slik offentlig tilknytning for at det skal gis refusjon. I land som ikke har krav om offentlig tilknytning, vil det - avhengig av hvordan helsetjenesten i landet er organisert - kunne være vanskelig eller umulig å finne tjenesteytere med offentlig tilknytning.

Departementet legger altså til grunn at kravet om offentlig tilknytning bare bør gjelde de tjenestetyper hvor det i Norge stilles et slikt krav. For helsepersonellgrupper hvor det ikke gjelder et slikt krav i Norge, bør kravet ikke gjelde i andre land heller, selv om det skulle gjelde et slikt krav internt i vedkommende land.

Det foreslåtte kravet vil innebære at de tjenesteytere som kan benyttes i hovedsak vil være de samme som kan benyttes etter ordningen med europeisk helsetrygdkort. Kortet kan brukes i situasjoner hvor behov for helsetjenester oppstår under midlertidig opphold i andre EØS-land, jf. trygdeforordning nr. 1408/71 og punkt 4.8 ovenfor. Helsehjelp kan da mottas etter regelverket i behandlingslandet, og pasienten betaler kun egenandel. Dette forutsetter at man mottar hjelp hos en tjenesteyter som oppfyller vedkommende lands krav for å gi behandling på det offentliges regning.

EUs Mutual Information System on Social Protection (MISSOC) inneholder opplysninger om hvordan helsetjenesten m.v. er organisert i EØS-landene. Departementet forstår opplysningene slik at det gjelder et krav om offentlig tilknytning ved legehjelp og behandling på sykehus i de fleste EØS-landene. Enkelte mindre sentraleuropeiske land har ikke et slikt krav.

I og med at den krets av tjenesteytere som vil kunne benyttes i de tilfellene kravet om offentlig tilknytning vil gjelde, i hovedsak vil falle sammen med kretsen av tjenesteytere som kan benyttes i henhold til ordningen med europeisk helsetrygdkort, vil man kunne finne veiledning med hensyn til hvilke tjenesteytere som kan benyttes.

EF-domstolens avgjørelser viser at det ikke kan kreves at tjenesteyteren har offentlig avtale i pasientens hjemland, men gir etter departementets oppfatning liten veiledning i spørsmålet om, og i så fall på hvilke vilkår, et krav om offentlig tilknytning i behandlingslandet, kan forsvares.³⁹ Etter departementets forslag vil kravet om offentlig tilknytning ikke være mer omfattende i andre EØS-land enn i Norge.

Departementet har vurdert om et krav om offentlig tilknytning i behandlingslandet, på tross av de begrensningene som her er foreslått oppstilt, likevel vil utgjøre en restriksjon ved at det reelt sett vil innebære hindring av fri bevegelse for tjenester. Som nevnt har departementet kommet til at dette ikke vil være tilfellet, særlig fordi tilsvarende krav gjelder i Norge og i behandlingslandet. Departementet kan imidlertid ikke utelukke at kravet i enkelte land eller i enkelte situasjoner i praksis kan gjøre det vanskeligere å oppsøke tjenesteytere i andre EØS-land enn i Norge. Dette vil kunne bero på vedkommende lands regelverk og system for offentlig finansiering av helsetjenester eller sosialsikringssystem for øvrig. I den grad slike forhold skulle tilsi at det foreligger en restriksjon i fri bevegelse av helsetjenester, er det departementets syn at denne restriksjonen kan begrunnes i nødvendige helsepolitiske hensyn. Departementet minner her om at restriksjoner kan opprettholdes dersom de er nødvendige av hensyn til den offentlige orden, sikkerhet eller folkehelsen eller ut fra tvingende allmenne hensyn, herunder helsepolitiske hensyn.

³⁹ I sak C-444/05 *Stamatelaki* slo EF-domstolen fast at det er en restriksjon som ikke kan forsvares når det etter greske regler ikke gis refusjon for behandling i privat sykehus i utlandet med unntak for barn under 14 år. I Hellas dekkes behandling på private sykehus i noen tilfeller også for voksne, herunder hvis det private sykehuset har avtale med helsemyndighetene og ved øyeblikkelig hjelp.

Kravet om offentlig tilknytning samsvarer med en målsetting om å utnytte samlet kapasitet og offentlige midler på en best mulig måte, fordi det legger til rette for at det offentlige kan planlegge og styre ressursbruken inn mot prioriterte områder. I Norge er dessuten et slikt krav begrunnet i hensynet til geografisk fordeling av personellressurser.

Disse hensynene gjelder både kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester, men slår inn i litt ulik grad. Siden det for spesialisthelsetjenesten i lov og forskrift er nedfelt krav til prioritering av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp i henhold til gitte kriterier, vil driftsavtalene for de regionale helseforetakene i enda større grad enn for kommunene, ha funksjon som styringsverktøy i forhold til å påvirke de private avtalespesialistenes prioriteringer av ulike pasientgrupper. Kravet om offentlig tilknytning vil derfor ha særlig stor betydning i forhold til medisinsk behandling i utlandet som regnes som spesialisthelsetjenester i Norge.

Spesialisthelsetjenesten skal sikre prioriterte pasientgrupper (pasienter med rett til nødvendig helsehjelp) et helsetjenestetilbud innenfor faglig forsvarlige ventetider. De regionale helseforetakene ivaretar sitt ”sørge for”-ansvar gjennom helseforetakene og avtaler med privatpraktiserende tjenesteytere. Avtalesystemet er et viktig virkemiddel for å sikre at offentlige ressurser rettes inn mot prioriterte områder. Tjenesteytere som har avtale med et regionalt helseforetak må følge de prioriteringsregler som er fastsatt, mens rent private aktører ikke er bundet av disse eller andre styringssignaler. Dersom den enkelte pasient gis tilgang til helsetjenester på det offentliges regning utenom prioriteringssystemet, vil dette kunne få uheldige konsekvenser for det norske styringssystemet og muligheten for å gjennomføre de vedtatte prioriteringer.

Private aktører kan rette seg mot pasientgrupper som ikke er prioritert ut fra de nasjonale helsepolitiske målene. Dersom det offentlige må dekke utgifter ved behandling hos private aktører for helsetjenester som er uprioritert eller lavt prioritert, vil det kunne medføre en forrykning i ressursbruken slik at en større andel av de tilgjengelige midlene brukes på lavere prioritert behandling enn det de overordnede prioriteringer og målsettinger tilsier. Dette kan føre til et mindre solidarisk helsevesen. Etterspørselen etter lavere prioriterte helsetjenester vil kunne øke dersom det gis tilgang til disse helsetjenestene uten den ventetid som må påregnes for de samme tjenestene i det offentlige.

Tjenesteytere i andre EØS-land vil ikke være bundet av norske prioriteringsregler selv om de er tilknyttet det offentlige helsevesenet eller trygdesystemet i vedkommende land. Som nevnt foran har de fleste EØS-land krav om offentlig tilknytning, og tjenesteytere i behandlingslandet må følge dette landets systemer for kapasitetsstyring og pasientprioriteringer også ved behandling av norske pasienter. Det er grunn til å tro at disse prinsippene et godt stykke på vei vil falle sammen med norsk prioriteringsprinsipper. Ved å kreve offentlig tilknytning i behandlingslandet som vilkår for at Norge skal betale for helsetjenesten, vil derfor sentrale, norske prioriteringer reelt sett bli fulgt i vesentlig større utstrekning enn om et slikt krav ikke stilles.

Manglende krav om offentlig tilknytning vil videre medføre at norske pasienter kan få refusjon for ikke-sykehusbehandling hos rent private tjenesteytere i andre EØS-land, men ikke hos private tjenesteytere uten avtale i Norge. Dette vil kunne

oppfattes som urimelig av norske tjenesteytere uten offentlig avtale og av pasienter som ikke kan eller ønsker å reise til utlandet. Denne ”omvendte diskrimineringen” er ikke et forhold som i seg selv kan begrunne en hindring i fri bevegelighet for tjenester, men slik forskjellsbehandling kan føre til at det fra ulike hold internt i Norge legges press på helsemyndighetene om å lempe på de begrensninger som ligger i eksisterende stønadsordninger for helsetjenester. Dersom det ikke stilles krav om offentlig tilknytning for behandling i andre EØS-land, vil det derfor kunne bli en utfordring å opprettholde kravet for behandling i Norge. Dette anser departementet som svært uheldig.

Dersom avtalesystemet fjernes i Norge vil dette kunne medføre problemer med for eksempel rekruttering av legespesialister og psykologer til distriktene, i tillegg til manglende muligheter for å styre prioriteringen i privatpraktiserendes virksomhet. Uten driftsavtalesystemet vil de regionale helseforetakene ikke ha reell mulighet til å sikre tilstrekkelige personellressurser eller påvirke tjenesteyternes geografiske plassering av praksisen. Hvis alle privatpraktiserende spesialister får tilgang til stønad fra folketrygden for sine pasienter, vil dette innebære økonomiske insentiver for å trappe opp privat virksomhet. Det vil kunne medføre at enkelte helseforetak kan få problemer med å rekruttere og beholde legespesialister. Delvis driftsavtale brukes som rekrutteringsmiddel ved ansettelse i sykehus i mindre sentrale strøk. En annen mulig konsekvens kan også være at en får en sentralisering av legespesialistene, siden en ikke lenger kan stille krav om lokalisering for å få helsehjelpen dekket av det offentlige.

Før refusjonsvilkårene fastsettes vil departementet foreta en fornyet vurdering av de EØS-rettslige sider ved et krav om offentlig tilknytning.

Et alternativ til kravet om offentlig tilknytning kunne være å begrense refusjonsretten til pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Et slikt vilkår ville være mer direkte som virkemiddel for å sikre at de tilgjengelige midlene i spesialisthelsetjenesten i første rekke brukes på de prioriterte pasientene. Departementet har etter en helhetlig vurdering kommet til at refusjonsadgangen ikke bør avgrenses til rettighetspasientene i og med at også pasienter uten slik lovfestet rett rent faktisk behandles i den offentlig finansierte helsetjenesten i Norge.

Departementet foreslår ikke at kravet til offentlig tilknytning fastsettes i lov, men foreslår en forskriftshjemmel for å fastsette nærmere vilkår for refusjon, herunder krav til tjenesteyteren, jf. forslag til ny § 5-24 a i folketrygdloven i punkt 14 nedenfor.

7.4 Særlig om refusjon av utgifter til legemidler

Departementet foreslår at refusjonsordningen omfatter utgifter til legemidler i tilfeller som i Norge ville berettiget til stønad etter reglene i og i medhold av folketrygdloven § 5-14 (blåreseptordningen), jf. punkt 4.4.4 og 6.5 ovenfor.

Stønad etter blåreseptforskriften ytes i utgangspunktet for legemidler på resept fra helsepersonell med norsk autorisasjon, utlevert ved apotek med norsk konsesjon. Medisinsk forbruksmateriell kan utleveres enten ved apotek eller hos bandasjist.

Resept utstedt av lege autorisert i EØS-land kan ekspederes på norsk apotek. Det samme gjelder for norske resepter i disse landene.

Uansett om pasienten bruker norsk resept i utlandet, utenlandsk resept i utlandet eller utenlandsk resept i Norge, må forutsetningen være at pasienten betaler full pris selv, og søker refusjon i etterkant. Det må fremlegges resept og detaljert kvittering. Det vil bare være legemidler som er kjøpt i autoriserte apotek i andre EØS-land som gir rett til refusjon. Dette innebærer at legemidler kjøpt gjennom illegale kanaler, for eksempel ikke-autoriserte internettapotek, ikke refunderes.

Pasienten bærer selv risikoen for at legemidlet refunderes i Norge. Refusjonslisten er imidlertid offentlig slik at pasienten kan undersøke regelverket. Refusjonslisten finnes som en søkbar database, som ligger på Legemiddelverkets hjemmesider og i en bokfil som kan lastes ned. 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. Nye legemidler godkjennes av EMEA (European Medicines Agency), og det er dermed de samme legemidlene som er godkjent i alle EØS-land.

Refusjon vil ikke bli gitt med mer enn reell kostnad fratrukket gjeldende egenandel. Refusjonen vil være begrenset oppad til maksimalpris i Norge, fratrukket gjeldende egenandel. Det innebærer at hvis legemidlet er billigere i Norge, så refunderes ikke pasientens utlegg fullt ut. Jf. for øvrig punkt 8 nedenfor om beregning av refusjon, egenandeler m.v.

7.5 Personkrets – hvem er berettiget til refusjon

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 foreslår 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). Det vises til punkt 4.6 om hvem som har rett til behandling gratis, kun mot egenandel eller med stønad etter folketrygden kapittel 5.

I og med at regelverket er komplekst, ikke minst når man tar i betraktning trygdeforordning nr. 1408/71, er det ikke lett å finne en enkel avgrensning av personkretsen. Et kriterium som "bosatt i Norge" vil dels være for snevert og dels for vidt. Trolig vil heller ikke et kriterium som "medlem i folketrygden" være fullt ut dekkende for den personkrets som må eller bør omfattes, selv om det vil være mer hensiktsmessig.

Det er ikke noe i veien for at man velger å gjøre personkretsen videre enn det Norge er EØS-rettslig forpliktet til, slik som tilfellet vil være om en velger å la

alle som har rett til helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge, være omfattet av ordningen. Etter departementets oppfatning bør det imidlertid kreves en viss tilknytning til det norske samfunnet for å få rett til refusjon etter denne ordningen. Et slikt krav er etter departementets vurdering fullt forenlig med EØS-retten. Departementet foreslår derfor en forskriftshjemmel for å kunne gjøre unntak og presiseringer av personkretsen, jf. forslag til ny § 5-24 a i folketrygdloven i punkt 14 nedenfor.

Personer som i medhold av gjensidighetsavtale med annet land har rett til helsehjelp i Norge under midlertidig opphold her, bør ikke ha rett til refusjon etter den nye ordningen. Dette gjelder pasienter fra land både i og utenfor EØS-området. Personer som får behov for helsehjelp under midlertidig opphold i Norge og er stønadsberettiget i henhold til trygdeforordning nr. 1408/71, vil få helsehjelp på vanlige vilkår i Norge dersom helsehjelpen ikke kan vente til pasienten er tilbake i hjemlandet. 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 trygdeforordning nr. 1408/71.

Personer som i medhold av gjensidig avtale med annen stat, for eksempel trygdeforordning nr. 1408/71, er medlem av folketrygden i Norge selv om han eller hun ikke er bosatt her, bør i utgangspunktet trolig omfattes av refusjonsordningen. Vedkommende vil da vanligvis ikke være omfattet av en trygdeordning i bostedslandet. Den som er medlem av folketrygden på grunnlag av arbeidsforhold i Norge, men som er bosatt i annet EØS-land, og deres forsørgede familiemedlemmer, har imidlertid rett til ytelser i bostedslandet på samme vilkår som gjelder for trygdede der, men på Norges bekostning i henhold til trygdeforordning nr. 1408/71. Forsørgede familiemedlemmer som bor/oppholder seg i utlandet er ikke selv medlem av folketrygden, men har avledet rett til ytelser. Det bør trolig ikke være aktuelt med refusjon etter den nye refusjonsordningen for behandling i et land hvor pasienten er berettiget til helsehjelp etter behandlingslandets ordinære regler (for eksempel i bostedslandet for personer som er medlem av folketrygden på grunnlag av arbeidsforhold og deres forsørgede familiemedlemmer).

Retten til helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge er ikke avhengig av statsborgerskap, men av faktorer som om man er bosatt i Norge, er medlem av folketrygden m.v. Departementet foreslår at statsborgerskap heller ikke skal være avgjørende for refusjon etter denne ordningen. Departementets forslag innebærer at ordningen vil omfatte også andre medlemmer av folketrygden enn de med norsk statsborgerskap eller statsborgerskap i annet EØS-land. Dette gjelder for eksempel personer med annen etnisk bakgrunn som er bosatt i Norge, men som har opprettholdt utenlandsk statsborgerskap fra land utenfor EØS-området.

Asylsøkere og deres familiemedlemmer er medlemmer av folketrygden med rett til ytelser etter folketrygdloven kapittel 5 i medhold av forskrift 14. mai 2008 nr. 460 om trygdedekning for asylsøkere og deres familiemedlemmer. Utgifter til spesialisthelsetjenester for denne gruppen dekkes etter reglene i spesialisthelsetjenesteloven § 5-1 og § 5-2. Departementet mener at tilknytningen til Norge ikke er sterk nok til at det er rimelig at de faller innenfor denne

refusjonsordningen før avgjørelse om innvilget asyl eller annen oppholdstillatelse foreligger. Det er for øvrig begrensninger i asylsøkeres adgang til å reise inn og ut av landet, slik at det sjelden vil være aktuelt å benytte tjenesteytere i andre EØS-land.

Nordmenn som har flyttet til utlandet og som ikke er medlem av folketrygden, vil ikke ha rett til refusjon. Nordmenn som oppholder seg midlertidig i et annet EØS-land mindre enn seks måneder i året, vil kunne benytte ordningen, forutsatt at de er medlem av folketrygden.

Medlem av folketrygden som bosetter seg eller tar opphold på Svalbard beholder medlemskapet. Den som ikke er medlem, blir medlem av folketrygden dersom han eller hun tar arbeid for norsk arbeidsgiver som driver virksomhet på Svalbard. Det vises til folketrygdloven § 2-3. Svalbard hører ikke under EØS-området.

Helselovgivningen gjelder stort sett ikke på Svalbard. Departementet har til vurdering om helselovgivningen skal gjøres gjeldende på Svalbard helt eller delvis. Spørsmålet om den refusjonsordningen som foreslås i dette høringsnotatet, bør gjelde også for personer som er bosatt på Svalbard og som er medlem av folketrygden, bør sees i sammenheng med dette. Departementet foreslår at spørsmålet vurderes i det videre arbeid og eventuelt reguleres i forskrift, jf. forslag til ny § 5-24 a i folketrygdloven i punkt 14 nedenfor. Tilsvarende gjelder også personer som er bosatt eller oppholder seg på Jan Mayen (som hører inn under EØS-området) og i et norsk biland (som ikke hører under EØS-området).

For øvrig bemerkes at unntaket i folketrygdloven § 5-23 også vil gjelde i forbindelse med refusjonsordningen.

7.6 Forholdet til trygdeforordning nr. 1408/71

Det vises til punkt 4.8 ovenfor om trygdeforordningen.

Den refusjonsordning som foreslås i høringsnotatet vil ikke endre de ordninger for dekning av helsehjelp i andre EØS-land som følger av trygdeforordning nr. 1408/71.

EF-domstolen har gjort det klart at pasienters rett til utgiftsdekning etter EF-traktaten artikkel 49/EØS-avtalen artikkel 36 ikke utelukker anvendelse av trygdeforordning nr. 1408/71 i de tilfeller der den er aktuell.

Ordningen med europeisk helsetrygdkort består, og norske pasienter som får behov for helsehjelp under midlertidig opphold i andre EØS-land bør som hovedregel fortsatt benytte seg av denne ordningen. 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 utgifter. Norge har imidlertid avtale med en rekke land om avkall på oppgjør ut fra tanken om at man behandler hverandres pasienter i noenlunde samme omfang, jf. nedenfor om hvilke land vi har slik avtale med.

Når det gjelder planlagt behandling kan det fortsatt være aktuelt å søke om forhåndsgodkjenning etter trygdeforordningen artikkel 22 (blankett E112). Pasienten betaler da kun egenandel etter behandlingslandets regler, og slipper å forskuttere den totale behandlingsutgift. Denne ordningen benyttes mest ved sykehusbehandling, og utgifter til slik behandling vil uansett ikke omfattes av den

nye refusjonsordningen (jf. punkt 6.2 ovenfor). Også for ikke-sykehusbehandling kan det søkes om E112 dersom pasienten ønsker behandling på de vilkår som gjelder i behandlingslandet.

Med flere ordninger for dekning av utgifter til helsehjelp i andre EØS-land, bør det påsees at det offentlige ikke dekker utgifter til samme behandling to ganger.

Pasienter som har fått behandling i utlandet på det offentliges bekostning, for eksempel etter reglene i pasientrettighetsloven § 2-1, vil naturligvis ikke ha krav på refusjon etter den refusjonsordningen som høringsnotatet omhandler.

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 foreslås i høringsnotatet her. Pasienten har da bare betalt egenandel etter behandlingslandets regler. Nivået på egenandeler kan variere fra land til land. Pasienten kan derfor ha betalt mer enn det han/hun ville betalt i Norge for tilsvarende behandling. EF-domstolen har slått fast at pasienter som etter forhåndsgodkjenning fra hjemlandet har fått helsehjelp i et annet land etter trygdeforordning nr. 1408/71, har krav på et mellomlegg fra hjemlandet dersom dekningen i behandlingslandet er på et lavere nivå enn det som ville gjelde i hjemlandet for tilsvarende behandling⁴⁰. Grunnlaget er reglene om fri bevegelighet for tjenester, jf. EF-traktaten artikkel 49 og EØS-avtalen artikkel 36. Krav på mellomlegg vil kunne være aktuelt hvis pasienten for eksempel har betalt en egenandel i behandlingslandet, mens behandlingen ville vært helt gratis i hjemlandet. Pasienten skal aldri få refundert mer enn han eller hun faktisk har betalt, men skal heller ikke komme dårligere ut enn om helsehjelpen var mottatt i hjemlandet. Departementet legger til grunn at refusjonen kan begrenses slik at den samlede utgiften for hjemlandet ikke overstiger det beløp det offentlige ville blitt belastet med hvis behandlingen var mottatt i hjemlandet. Det er et spørsmål om eventuelle mellomlegg – i den utstrekning Norge er EØS-rettslig forpliktet til å dekke slike – skal behandles og utbetales etter den refusjonsordning som omhandles i dette høringsnotatet.

For at det offentlige ikke skal belastes dobbelt, bør refusjon etter den ordning som foreslås i høringsnotatet i utgangspunktet være utelukket i tilfeller der pasienten kunne fått behandling etter trygdeforordning nr. 1408/71, og utgiftene for det offentlige ville vært dekket av rundsum-oppgjør eller ikke-refusjonsavtale med behandlingslandet, jf. punkt 4.8 ovenfor. Utgiftene til slik helsehjelp er da allerede finansiert av Norge gjennom rundsum-oppgjøret med vedkommende land eller det gjensidige avkallet på oppgjør. Det er i første rekke oppgjørsavtaler som innebærer avkall på oppgjør, som er aktuelle. 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, Ungarn, Irland, Luxembourg, Storbritannia og Nord-Irland, Tyskland og Portugal. Med Østerrike har Norge inngått avtale om begrenset refusjonsavkall. Norge foretar

⁴⁰ Se C-368/98, *Vanbraekel*, som gjaldt planlagt behandling etter forhåndsgodkjenning fra den kompetente stat. Se også C- 372/04, *Watts*. Europakommisjonen er imidlertid av den oppfatning at retten til mellomlegg også gjelder sykehusbehandling som det oppsto behov for under midlertidig utenlandsopphold, jf. pressemeddelelse 28. februar 2008 (IP/08/328). På denne bakgrunn har Kommisjonen ifølge pressemeddelelsen besluttet å bringe Spania inn for EF-domstolen fordi spanske myndigheter avslår å utbetale mellomlegg i slike saker.

individuelle oppgjør med Frankrike, Hellas, Italia, Liechtenstein, Estland, Latvia, Litauen, Polen, Den tsjekkiske republikk, Slovakia, Slovenia, Kypros, Malta, Spania, Belgia, Nederland, Østerrike (delvis), Sveits, Romania og Bulgaria.

I tilfeller som ikke dekkes av rundsumoppgjør eller avtaler om refusjonsavkall, er det etter departementets vurdering ikke grunn til å utelukke bruk av den nye refusjonsordningen selv om pasienten kunne ha mottatt helsehjelp etter reglene i trygdeforordning nr. 1408/71. Den utgiftsdekningen pasienten får etter de to ordningene vil kunne være noe ulik fordi beregningen følger ulike prinsipper, men vil trolig sjelden innebære vesentlige forskjeller. Det er et spørsmål om pasienten, i tilfeller der pasienten ikke kan velge ordning, EØS-rettslig sett vil ha rett til mellomlegg dersom egenandelen i behandlingslandet er høyere enn den ville vært ved tilsvarende behandling i Norge.

Departementet foreslår at forholdet til andre ordninger for dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet eventuelt reguleres nærmere i forskrift. Se forslag til hjemmelsbestemmelse i ny § 5-24 a i folketrygdloven i punkt 14 nedenfor.

8 Beregning av refusjon

8.1 Innledning – utgangspunkter

EF-domstolen har slått fast at pasienten har rett til å få dekket utgiftene på minst det nivå som vedkommende ville fått dekket dersom behandlingen var utført i hjemlandet.

EF-domstolen har i sin praksis gitt noe veiledning til stater som må innføre systemer for å gi pasienter refusjon for utgifter de har hatt til ikke-sykehusbehandling i andre EØS-land. Blant annet har den presisert at det ikke er noe til hinder for at medlemsstater

”... hvori der eksisterer en ordning med naturalydelse, fastsetter, hvor stort et beløp de pasienter, der er blevet behandlet i en anden medlemsstat, kan kræve godtgjort, forudsat at beløbene fastsættes på grundlag af objektive, ikke diskriminerende og gennemskuelige kriterier”⁴¹

Uttalelsen om kriteriene for fastsettelsen av refusjonsbeløp refererer til muligheten for at medlemslandene fastsetter maksimalbeløp for refusjon av utgifter til helsehjelp i andre EØS-land, der man nasjonalt ikke opererer med refusjonsbeløp, for eksempel fordi pasientene mottar behandlingen som sådan. Departementet legger til grunn at de samme hensynene må tas i betraktning også dersom refusjonsbeløpene beregnes og begrenses på andre måter.

Et objektivt kriterium for beregning av de beløp pasienten har krav på å få refundert, vil være den kostnaden tilsvarende helsehjelp ville medført i pasientens hjemland. Beregningene kan for det første ta utgangspunkt i den kostnaden som ville blitt fakturert en pasient som mottok slik behandling uten å ha krav på dekning fra det sosiale sikringssystemet i staten hvor helsehjelpen gis.⁴² For det annet vil beregningene kunne ta utgangspunkt i hva kostnaden ville vært for det

⁴¹ C 385/99, *Müller-Fauré*, premiss 107.

⁴² Se C- 372/04, *Watts*, premiss 133.

sosiale sikringssystemet pasienten tilhører, dersom helsehjelpen hadde vært gitt i pasientens hjemland. Dersom man for eksempel har takster for refusjon for bestemte typer helsehjelp som gjelder i pasientens hjemland, vil disse kunne danne utgangspunkt for fastsettelse av refusjonsbeløpet pasienten har krav på. Refusjonsbeløpet må kunne fastsettes med utgangspunkt i, eller begrenses til, det beløp helsehjelpen ville ha kostet det offentlige i pasientens hjemland⁴³.

Departementet legger til grunn at refusjonsfastsettelsen ikke vil være diskriminerende dersom resultatet blir at pasienter som har mottatt helsehjelp i andre EØS-land, får dekket inntil samme beløp som tilsvarende helsehjelp i Norge ville belastet det offentlige med.

På denne bakgrunn mener departementet at utgangspunktet for refusjonsberegningen bør være at det ikke ytes refusjon med et beløp som er høyere enn tilsvarende behandling eller vare ville belastet det offentlige med om behandlingen eller varen var mottatt i Norge, jf. punkt 8.2 nedenfor.

Videre bør det etter departementets oppfatning som hovedregel gjøres fradrag for den egenandel pasienten ville betalt for tilsvarende behandling eller vare i Norge, også dersom totalkostnaden ikke overstiger det beløp det offentlige ville blitt belastet med ved tilsvarende helsehjelp i Norge, jf. punkt 8.3 nedenfor.

En klar begrensning vil også ligge i at pasienten aldri skal få mer i refusjon enn det vedkommende faktisk har betalt.

8.2 Maksimalt refusjonsbeløp

Departementet forstår EF-domstolens praksis dithen 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. Departementet foreslår at dette prinsippet legges til grunn som et utgangspunkt i den norske refusjonsordningen.

I dette punktet sees bort fra fradrag av egenandel, som behandles i punkt 8.3 nedenfor. Som det fremgår der, foreslår departementet at den egenandel pasienten ville betalt for tilsvarende helsehjelp i Norge, som hovedregel skal gå til fradrag i beregningen av refusjonsbeløp.

Man kan tenke seg ulike tilnæringsmåter ved refusjonsberegningen:

a) rutinemessig sammenligne med hva tilsvarende behandling i Norge ville belastet det offentlige med, og gjøre fradrag i refusjonskrav som overstiger dette, eller

b) som hovedregel dekke refusjonskravene etter pålydende og vurdere eventuell avkortning i de tilfeller der kravet virker åpenbart urimelig.

Helsehjelp som vil kunne omfattes av refusjonsordningen, finansieres 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

⁴³ Se C- 372/04, *Watts*, premiss 131 og 132.

bare rammefinansiering. Det er også ulikt hvorvidt de aktivitetsbaserte tilskuddene er kostnadsberegnet, basert på sjablonmessig skjønn eller fremforhandlet gjennom mer inntektsbaserte forhandlinger (stykkprisrefusjon i henhold til normaltariffen).

Departementet finner derfor grunn til å sondre mellom de ulike tjenestetyper i den videre drøftelse.

Helsehjelp uten annen offentlig finansiering enn stønad fra folketrygden

Departementet finner det nærliggende å anvende **modell a** for helsehjelp hvor det i Norge ytes stønad fra folketrygden og ingen andre offentlige finansieringskilder er inne i bildet. Stønadene tilfaller i prinsippet pasienten, selv om den i mange tilfeller utbetales direkte til tjenesteyteren som følge av avtale med NAV om direkte oppgjør.

Refusjonen bør for disse typene helsehjelp rutinemessig 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.

Dette gjelder behandling hos tannlege, kiropraktor, logoped, audiopedagog og ortoptist, jf. folketrygdloven §§ 5-6, 5-9, 5-10 og 5-10a. Jf. også punkt 8.4 nedenfor om tannbehandling.

Refusjon for legemidler, § 5-14, bør begrenses oppad ut fra maksimalpris i Norge. Refusjon for spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell, jf. § 5-14, bør begrenses oppad ut fra det maksimumsbeløp som er fastsatt av Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Fylkeskommunale tannhelsetjenester

Når det gjelder tannhelsetjenester som i Norge ville blitt gitt i Den offentlige tannhelsetjenesten som administreres av fylkeskommunene, bør man som maksimalt refusjonsbeløp legge til grunn de satser som er fastsatt av departementet, jf. tannhelsetjenesteloven § 2-2 fjerde ledd og forskrift 24. mai 1984 nr. 1268 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten. De takster som gjelder fra 1. januar 2008 er inntatt i departementets rundskriv I-10/2007 *Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling*.

Departementet finner det nærliggende å benytte **modell a** i og med at det er fastsatt takster for tilsvarende behandling i Norge. Takstene benyttes ved beregning av egenandel for ungdom på 19 og 20 år.

Kommunehelsetjenesten

I kommunehelsetjenesten kan kommunene tilby lege-, fysioterapeut- og jordmortjenester via helsepersonell som er ansatt i kommunen eller via privatpraktiserende helsepersonell med avtale med kommunen. Den offentlige finansieringen av tjenestene er en kombinasjon av kommunalt tilskudd og stønad fra folketrygden. Privatpraktiserende leger med fastlegeavtale får et årlig basistilskudd beregnet som et per capita-tilskudd per innbygger på fastlegens liste (p.t. fastsatt til 332 kroner), begrenset oppad til et listetak på 2500 innbyggere per

liste. Privatpraktiserende fysioterapeuter og jordmødre med driftsavtale får et fast årlig driftstilskudd.⁴⁴ Tilskuddene justeres hvert år i forbindelse med takstforhandlingene mellom staten og profesjonsorganisasjonene. Stønaden fra folketrygden er aktivitetsbasert og ytes etter faste satser. Når lege eller jordmor er ansatt i kommunen ytes stønaden fra trygden til kommunen. For fysioterapeuter som er ansatt i kommunen yter trygden fastlønnstilskudd til kommunen for pasientbehandling i stedet for stønad etter de ordinære satser (stykkpris).

Med en slik finansieringsordning er det ikke gitt hva en enkelt behandling kan sies å koste eller belaste det offentlige med. Pasienter som ikke er medlem av folketrygden eller stønadsberettiget etter gjensidighetsavtale med annen stat, og som i prinsippet skal betale full pris for tjenestene, betaler i praksis et beløp som tilsvarende summen av stønaden fra folketrygden og egenandelen (honorartakst). Spørsmålet blir om refusjonen for pasienter som har mottatt behandling i andre EØS-land, på tilsvarende måte skal begrenses til stønadssatsen eller om det bør gjøres et påslag for å kompensere for den del av kostnaden som kan ansees dekket av fastlege- eller driftstilskudd. For fastleger og fysioterapeuter er inntektsfordelingen mellom tilskudd, stønad og pasientenes egenandeler anslagsvis en tredjedel på hver kilde, det vil si at fordelingen mellom tilskudd og stønad er om lag 50/50. Dette er fordelingen mellom tjenesteyterens inntektskilder, og kan ikke overføres direkte til detaljnivå for å finne en pris på de enkelte typer helsehjelp tjenesteyteren gir. Som eksempel kan nevnes at det ikke ytes stønad fra folketrygden for legekonsultasjon hvor det ikke iverksettes noen form for behandling.

Departementet anser at det i noen grad bør tas hensyn til de årlige tilskuddene tjenesteyterne mottar. En måte å få til dette på, kan være å fastsette maksimalbeløp for refusjon for ulike typer helsehjelp. Dette er imidlertid en løsning som departementet ikke finner hensiktsmessig. Dersom det skulle lages en detaljert liste over de ulike behandlingsformer ville dette være arbeidskrevende. Prisenivået i andre EØS-land vil i mange tilfeller heller ikke ligge høyere enn i Norge. Departementet foreslår derfor at refusjonen bør ta utgangspunkt i de faktiske utgiftene (modell b). 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. Når man ikke har faste satser, vil det ikke være hensiktsmessig ressursbruk å foreta en grundig vurdering av kravets størrelse i alle tilfeller. Særlig ved mindre krav vil dette være lite formålstjenlig.

På denne bakgrunn er departementet av den oppfatning at refusjon av utgifter til helsehjelp som tilsvarende kommunehelsetjenester, bør beregnes etter **modell b**. Ved spørsmål om begrensning, bør det sees hen ikke bare til satsene for stønad fra folketrygden, men i noe utstrekning også til at tjenesteytere i Norge mottar tilskudd som utgjør en andel av den offentlige finansieringen.

⁴⁴ For fysioterapeutene er driftstilskuddet p.t. 231 600 kroner. Dette tilskuddet fremforhandles mellom NFF og staten i de årlige takstforhandlingene. For private jordmødre med driftsavtale kan kommunen, eventuelt i samarbeid med KS, fastsette tilskuddets størrelse.

Spesialisthelsetjenesten

For legespesialister og psykologer med driftsavtale med et regionalt helseforetak, bør refusjonen etter departementets oppfatning beregnes på samme måte som for tjenesteytere i kommunehelsetjenesten som har avtale med en kommune, jf. ovenfor. Fordelingen mellom driftstilskudd og stønad fra folketrygden er på årsbasis om lag 30/70.

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten for øvrig, er det i denne sammenheng særlig poliklinisk behandling på sykehus som er aktuelt. Samme behandling vil kunne belaste det offentlige ulikt avhengig av om behandlingen skjer hos privatpraktiserende spesialist utenfor sykehus eller poliklinisk på sykehus.

I 2008 er takstsystemet for somatisk poliklinisk behandling lagt om til å være DRG/ISF-basert på lik linje med finansiering av innlagte somatiske pasienter. Formålet med utvidelsen er å etablere et gjennomgående aktivitetsbasert finansieringssystem som på en bedre måte enn i dag kan oppdateres i forhold til endringer i medisinsk praksis. ISF-systemet er et gjennomsnittssystem og det derfor i enkelttilfeller kunne være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjonen.

For behandling som skjer med delvis finansiering gjennom ISF-systemet dekkes altså ikke helsehjelpen ”etter regning” for den enkelte pasientbehandling, men må prioriteres innenfor de samlede økonomiske rammer Stortinget stiller til disposisjon for de regionale helseforetakene i det enkelte budsjettår. Gjennom de aktivitetsbaserte ordningene er det etablert et system med risikodeling mellom staten og de regionale helseforetakene.

Siden ISF-systemet 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. Det må derfor gjøres en skjønnsmessig vurdering i forhold til hva tilsvarende helsehjelp antas å ville belaste det offentlige med i Norge.

Hensynet til forutberegnelighet for pasientene kunne tilsi at det utarbeides en liste over maksimalt refusjonsbeløp for de typer helsehjelp som vil kunne være refusjonsberettiget. Dette ville imidlertid være et omfattende arbeid. I tillegg til første gangs utarbeidelse av listen ville det være krevende å holde listen à jour. Departementet vil ikke foreslå en slik ordning.

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten er departementets oppfatning derfor at **modell b** bør legges til grunn ved refusjonsberegningen. Som nevnt må det foretas en skjønnsmessig vurdering, men 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 praktiseringen.

8.3 Egenandeler

Departementet foreslår at pasient som får refusjon av utgifter til helsehjelp i andre EØS-land, som hovedregel selv skal dekke egenandel tilsvarende den egenandelen vedkommende ville betalt ved tilsvarende helsehjelp mottatt i den offentlige helsetjenesten i Norge. Dette bør gjelde selv om de faktiske utgiftene til helsehjelp

i utlandet var lavere enn det den aktuelle behandlingen ville belastet det offentlige med om behandling var mottatt i Norge.

Dette prinsippet er greit å praktisere der det offentlige har fastsatt egenandelen til et beløp eller en prosentsats. Dette er ikke tilfelle for alle tjenestetyper. Det må derfor også her sondres mellom ulike tjenestetyper.

Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Egenandeler er fastsatt som kronebeløp. Samme beløp bør benyttes ved beregning av refusjon. Refusjon ytes da ikke med mer enn faktisk utgift fratrukket egenandelen. Refusjonen kan eventuelt bli lavere enn dette som følge av at maksimal refusjon ikke bør overstige hva tilsvarende behandling ville belastet det offentlige med i Norge, jf. punkt 8.2 ovenfor.

Fylkeskommunale tannhelsetjenester

De som i Norge har krav på vederlagsfrie tjenester, skal heller ikke betale egenandel når behandlingen er mottatt i et annet EØS-land. Ungdom på 19 og 20 år betaler i Norge en egenandel på 25 prosent av fastsatt takst. Samme prosentsats bør legges til grunn i forbindelse med refusjonsberegning for behandling mottatt i et annet EØS-land.

Vederlaget bør beregnes av den faktiske utgift begrenset oppad til de fastsatte takster. Eventuelt beløp utover de fastsatte takster dekkes fullt ut av pasienten i tillegg.

Helsehjelp uten annen offentlig finansiering enn trygdestønad

For disse tjenestetypene er det som regel ikke fastsatt egenandel, og tjenesteyteren står fritt til bestemme honorarets størrelse. (For enkelte typer tannbehandling har det offentlige fastsatt en ”offentlig egenandel” som kan føres på egenandelskortet, samtidig som tjenesteyteren kan kreve ytterligere egenbetaling fra pasienten. Det vises til punkt 4.4.3 ovenfor og 8.4 nedenfor.) Egenbetalingen vil for disse tjenestetypene variere fra tjenesteyter til tjenesteyter. Den gjennomsnittlige fordelingen mellom stønad og egenbetaling vil også kunne variere mellom ulike behandlingsformer.

Praktiske hensyn tilsier derfor etter departementets mening at refusjonen ytes med faktisk utgift begrenset oppad til stønadssatsen uten at det gjøres fradrag med tanke på 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.

I alle fall når det gjelder behandling hos kiropraktor, logoped, audiopedagog og ortoptist, finner departementet at forholdet mellom egenbetaling og stønad ikke bør føre til fradrag. Stønadsbeløpene er relativt små. Stønadssatsen for kiropraktorbehandling utgjør for tiden 50 kroner per behandling. Stønadssatsene for behandling hos logoped eller audiopedagog er p.t. mellom 30 og 52 kroner per behandling. For behandling hos ortoptist er stønadssatsen p.t. 160 kroner per behandling (275 kroner for barn under 12 år).

Tannbehandling som det ytes stønad til etter folketrygdloven § 5-6, er drøftet særskilt i punkt 8.4 nedenfor.

Egenandel for legemidler og medisinsk utstyr og forbruksmateriell (folketrygdloven § 5-14) betales i Norge med en prosentsats. Samme sats bør legges til grunn ved refusjonsberegning for legemidler og medisinsk utstyr og forbruksmateriell kjøpt i et annet EØS-land. I tilfeller der prisen overstiger fastsatt maksimalpris eller maksimumsbeløp, foreslår departementet at egenandelen beregnes av maksimalprisen eller maksimumsbeløpet. Pasienten dekker det overskytende fullt ut i tillegg til egenandelen, på samme måte som for varer kjøpt i Norge.

Fritak og egenandelskort

De ordinære regler om fritak for betaling av egenandel bør komme til anvendelse. Dette gjelder blant annet barn under 12 år, den som har frikort og ved visse typer behandling, jf. punkt 4.4.3 ovenfor.

Videre foreslår departementet at egenandeler tilsvarende norske 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 betalt 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, jf. punkt 8.2 ovenfor.

8.4 Særlig om beregning av refusjon og egenandeler ved tannbehandling etter folketrygdloven § 5-6

Departementet har funnet grunn til å drøfte refusjonsberegning ved tannbehandling som er stønadsberettiget etter folketrygdloven § 5-6 særskilt. Dette fordi egenbetalingen ved stønadsberettiget tannbehandling i Norge ofte er i en helt annen størrelsesorden enn ved andre typer behandling som trygden yter stønad til eller som ytes med annen offentlig finansiering. Dette skyldes dels at behandlingen kan være svært omfattende, og dels den frie prisfastsettingen. Ved fastsettelse av stønadssatsene har det heller ikke vært en forutsetning at stønaden skal dekke utgiftene tilnærmet fullt ut, men at den skal bidra til delvis dekning av utgiftene.

For tannbehandling er det fri prisfastsetting også når pasienten er stønadsberettiget etter folketrygdloven § 5-6. Som beskrevet ovenfor under punkt 4.4.3 har det offentlige for mange av disse tjenestene fastsatt en ”offentlig egenandel” (vanligvis differansen mellom honorartakst og refusjonstakst), men denne er ikke bindende for tannlegen. Staten (folketrygden) yter stønad etter refusjonstakst eller honorartakst avhengig av hva slags lidelse pasienten har. Eventuell egenandel kan i visse tilfelle godskrives i forbindelse med egenandelstak 2. For noen typer tannbehandling er det kun fastsatt refusjonstakst. Uavhengig av om det er fastsatt offentlig egenandel eller ikke for den aktuelle behandlingsformen, kan tannlegen

fritt fastsette den pris pasienten skal betale. Pasientens egenbetaling vil derfor variere for samme behandling fra tannlege til tannlege.

Som nevnt innledningsvis under punkt 8.1 har EF-domstolen slått fast at pasienten har rett til å få dekket utgiftene til behandlingen ”på minst det nivå” som vedkommende ville ha fått dekket dersom behandlingen var utført i hjemlandet. Det fremgår ikke uttrykkelig om det siktes til samme nivå i beløp, eller samme forholdsmessige fordeling av utgifter mellom det offentlige og pasienten som i hjemlandet. EF-domstolens praksis kan imidlertid synes å bygge på en forutsetning om at dersom det finnes ”*tariffer for refusion*” i hjemlandets nasjonale lovgivning, skal pasienten ha dekket sine utgifter i henhold til disse⁴⁵. I en sak som gjaldt dekning av utgifter til tannbehandling i et annen EØS-land, la domstolen til grunn at dekningen skal gis i form av ”*godtgørelse af udgifter til tandbehandling som er udført i en anden medlemsstat i henhold til satserne i den stat hvor den pågældende er forsikret*”⁴⁶. Etter departementets vurdering kan EF-domstolens praksis tilsi at stønaden for tannbehandling fastsettes til samme kronebeløp som den aktuelle stønadssatsen utgjør i Norge.

Departementet foreslår derfor at refusjon for tannbehandling ved sykdom, som i Norge er stønadsberettiget etter folketrygdloven § 5-6, gis med et beløp opptil den stønadssatsen som gjelder i Norge for tilsvarende behandling, jf. punkt 8.2 ovenfor. Pasienten kan ha krav på stønad etter refusjonstakst eller honorartakst ettersom hvilken lidelse behandlingsbehovet skyldes. Det skal naturligvis ikke gis refusjon for et høyere beløp enn pasienten faktisk har betalt. For behandlingsformer hvor det er offentlig fastsatt egenandel (”godkjent egenandel”) som pasienten ville betalt ved tilsvarende behandling i Norge, bør pasienten dekke denne selv, slik at refusjonen maksimalt dekker de faktiske utgiftene fratrukket egenandelen. For behandlingsformer hvor det kun er fastsatt refusjonstakst, antar departementet at ikke bør gjøres noe fradrag med tanke på forholdet mellom stønad og egenbetaling. Man har da ikke noe egenandelsbeløp å legge til grunn. Dette er samme løsning som foreslås for de andre tjenestetyper hvor det ikke er fastsatt egenandel, men kun stønadssats, jf. punkt 8.2 og 8.3.

Tannbehandling kan være til dels betydelig billigere i noen andre EØS-land enn i Norge. Ved en refusjonsberegning som foreslått, vil besparelsen i mange tilfeller komme pasienten til gode. I tilfeller der det bare er fastsatt refusjonstakst vil besparelsen utelukkende komme pasienten til gode. Der det skal gjøres fradrag for offentlig fastsatt egenandel, vil fordelingen av besparelsen mellom pasienten og staten (folketrygden) bero på om utgiften i utlandet overstiger honorartaksten eller ikke.

Pasienter vil på denne måten kunne få lavere utgifter ved å motta omfattende tannbehandling i lavkostland. Det kan føre til at stønadsberettigede velger å motta behandling i andre EØS-land i stedet for i Norge. Det vil kunne medføre en økt etterspørsel samlet sett, fordi flere får råd til å gjennomføre behandlingen hvis egenbetalingen blir mindre. Det kan også tenkes at enkelte pasienter vil velge en dyrere behandling enn de ville hatt råd til i Norge, for eksempel implantater og

⁴⁵ C-372/04 *Watts*, premiss 124 og 127

⁴⁶ C-158/96 *Kohll*, premiss 42 og 54

broer i stedet for løse proteser. På denne måten vil refusjonsordningen kunne medføre en økning i det offentliges utgifter til tannbehandling.

En refusjonsberegning der man la til grunn en forholdsmessig lik utgiftsfordeling mellom det offentlige og pasienten, ville gjøre det mindre attraktivt for pasienter å søke behandling i andre EØS-land enn tilfellet vil være dersom refusjon gis med samme kronebeløp som i Norge. På den annen side ville også en forholdsmessig fordeling gi en besparelse for pasienten dersom prisnivået i behandlingslandet er lavere enn i Norge, men besparelsen ville bli fordelt mellom pasienten og staten (folketrygden). Dette ville medføre mindre økning i det offentliges utgifter enn det kan være grunn til å tro at det vil bli med den beregningsmåten departementet foreslår.

Departementet finner ikke grunn til å foreslå særregler for refusjonsberegningen for tannbehandling som innebærer at eventuell besparelse ved å reise til et annet EØS-land skal fordeles forholdsmessig mellom pasientene og staten (folketrygden). Det vises til at den løsning departementet foreslår kan synes å være best i samsvar med EF-domstolens praksis nevnt ovenfor, selv om spørsmålet neppe kan sies å være endelig avklart av domstolen. For øvrig bemerkes at det ville være en utfordring å finne en praktikabel måte for fastsettelse av maksimale refusjonsbeløp, dersom man skulle legge til grunn en forholdsmessig lik utgiftsfordeling mellom det offentlige og pasienten. I og med den frie prisfastsettelsen har man ikke faste satser å ta utgangspunkt i. Man måtte da for eksempel anslå gjennomsnittlig egenbetaling i Norge ut fra undersøkelser om tannlegenes priser for de aktuelle behandlingsformer, og beregne den prosentvise fordelingen mellom trygdestønad og gjennomsnittlig egenbetaling. Det kan imidlertid være relativt stor prisvariasjon mellom tannleger.

Se punkt 8.2 og 8.3 ovenfor for tannbehandling som ville blitt dekket av fylkeskommunen dersom behandlingen hadde vært utført i Norge.

8.5 Reise- og oppholdsutgifter

Om EF-domstolens praksis

EF-domstolen har slått fast at trygdeforordning nr.1408/71 ikke gir pasienten rett til dekning av reise- og oppholdsutgifter selv om hjemlandet har gitt forhåndsgodkjenning til behandling i utlandet, men at forordningen heller ikke er til hinder for at det gis slik dekning. Hvorvidt pasienten har krav på dette, må vurderes etter EF-traktaten artikkel 49/EØS-avtalen artikkel 36. EF-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, men departementet legger til grunn at spørsmålet må vurderes etter de samme prinsipper som ved sykehusbehandling.

Spørsmålet om dekning av utgifter til reise i forbindelse med at pasienten mottok behandling i et annet EØS-land, ble aktuelt for EF-domstolen første gang i sak C-8/02 *Leichtle*. EF-domstolen fant her at det vil kunne være en restriksjon ikke å dekke slike kostnader når pasienten reiser til et annet land dersom pasienten ville fått dekket disse utgiftene ved reise i hjemlandet. Det samme har EF-domstolen lagt til grunn i sak C-372/04 *Watts* hvor den uttalte 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.”⁴⁷

Det vil si 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. EF-domstolen formulerer dette slik:

”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 reise 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.”⁴⁸

EØS-landene må etter dette se til at deres regler om dekning av reise- og oppholdsutgifter i forbindelse med at pasienten søker helsehjelp, ikke behandler reiser til andre EØS-land annerledes enn reiser internt. De vilkår og begrensninger som gjelder for retten til dekning av reise- og oppholdsutgifter i pasientens hjemland vil gjelde også for reiser til andre EØS-land.⁴⁹ Dette kan forsvares ut fra hensynet til at medlemslandene ikke skal belastes med større utgifter enn det som er nødvendig av medisinske grunner.

Vurdering og forslag

Dagens norske regelverk for dekning av utgifter til reise og opphold m.v. er omfattende og detaljert, og det ligger klare begrensninger for når pasienter får dekket utgifter til reise og hva som dekkes, selv om begrensningene ikke er fastsatt i form av maksimalbeløp. Dekning av reiseutgifter gis ikke uavhengig av hvor pasienten velger å få behandling selv om behandlingsutgiftene dekkes. Pasienter kan f.eks. reise til allmennlege, legespesialist og fysioterapeut hvor som helst i landet og kun betale egenandel for behandlingen, men reiseutgifter dekkes kun til det nærmeste sted behandlingen kan gis, eller steder som i denne sammenheng anses som eller likestilles med nærmeste sted, jf. punkt 4.5 ovenfor. Pasienter som velger å reise utover dette får kun dekning av reiseutgifter som om vedkommende hadde reist til nærmeste sted. Departementet foreslår at samme prinsipp skal legges til grunn overfor pasienter som velger å motta ikke-sykehusbehandling i andre EØS-land. Dette samsvarer med det hensyn EF-domstolen har trukket frem, om at landene ikke skal belastes med større utgifter enn det som er nødvendig av medisinske grunner. Dersom reiseutgifter skulle dekkes fullt ut ved undersøkelse og behandling i andre EØS-land ville

⁴⁷ C- 372/04, *Watts*, premiss 139.

⁴⁸ C- 372/04, *Watts*, premiss 140.

⁴⁹ C- 372/04, *Watts*, premiss 142.

reiseutgiftene kunne utgjøre betydelige beløp utover det som ville være nødvendig for at pasienten skulle få den nødvendige helsehjelp.

Ordningen med fritt sykehusvalg fraviker prinsippet om at man dekker reiseutgifter kun til nærmeste sted. Reiseutgiftene dekkes fullt ut, men med en høyere egenandel. Ordningen gjelder behandling ved sykehus, distriktpspsykiatriske sentre og institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Forutsetningen er at institusjonen eies av eller har avtale med et regionalt helseforetak. 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. Som vist i punkt 6.2 ovenfor, vil det riktignok være slik at refusjonsordningen vil kunne omfatte enkelte typer behandling som i noen tilfeller foretas poliklinisk på sykehus. Departementet foreslår imidlertid ikke å la ordningen med dekning av reiseutgifter som ved fritt sykehusvalg gjelde tilfeller der pasienter velger å motta ikke-sykehusbehandling på sykehus i andre EØS-land. Begrunnelsen for ordningen med fritt sykehusvalg er ønsket om å utnytte kapasitet som allerede er finansiert av det offentlige i Norge, samtidig som pasientene vil kunne få kortere ventetid. Ordningen er således begrunnet i viktige planleggingshensyn og kapasitetshensyn innenfor sykehus, distriktpspsykiatriske sentre og institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, og den gjelder ikke når behandling gis andre steder. Det vil også 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.

Reiseutgifter dekkes fullt ut, med fradrag for vanlig egenandel, når en pasient får sykehusbehandling i utlandet fordi behandling ikke kan gis i Norge innen den fastsatte frist, eller fordi det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud i riket, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde og femte ledd.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at pasienter som velger å motta ikke-sykehusbehandling i annet EØS-land som gir rett til refusjon av behandlingsutgiftene, 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”. Dessuten dekkes reiseutgifter etter ordinære regler hvis behandleren i utlandet rent faktisk er den nærmeste (f.eks. i grensestrøk). De ordinære regler for reisemåte, beregning, egenandel m.v. bør komme til anvendelse.⁵⁰ På denne måten vil sideutgiftene for det offentlige begrenses til om lag det samme som om behandlingen var mottatt i Norge.

Pasienter som allerede oppholder seg i utlandet bør ikke få dekket mer enn reisen fra oppholdsstedet til behandlingsstedet (med ovennevnte begrensninger).

⁵⁰ Forslag til ny forskrift til erstatning for forskrift 19. desember 2003 nr. 1756 om dekning av utgifter ved reise for undersøkelse eller behandling har vært på høring. Ny forskrift er foreløpig ikke fastsatt.

Dekning av reise- og oppholdsutgifter vil være betinget av at selve helsehjelpen finnes refusjonsberettiget. Det vises til punkt 9.1 nedenfor om behandling av krav på refusjon av reise- og oppholdsutgifter.

9 System for behandling av søknader og utbetaling av refusjon

9.1 Instans, saksbehandlingsregler mv.

I dette punktet omtales spørsmålet om hvilken instans som bør behandle refusjonskravene og utbetale refusjonen. Spørsmålet om hvem som skal belastes utgiftene ved refusjonsutbetalingene drøftes i punkt 10 nedenfor.

Det er etter departementets vurdering naturlig og hensiktsmessig å legge oppgaven med å behandle refusjonskravene til én felles instans. Dette vil legge best til rette for at det føres en enhetlig nasjonal praksis, noe som bidrar til å sikre forutberegnelighet og rettssikkerhet for pasienten. Departementet antar for øvrig at antallet refusjonskrav innen flere av de områder forslaget omfatter, vil bli såpass beskjedent at det vil være uhensiktsmessig å bygge opp kompetanse på feltet mange steder. Kravene vil dessuten relatere seg til tjenester som i Norge hører under "sørge for"-ansvaret til så vel kommunene og fylkeskommunene som de regionale helseforetakene, slik at det ikke er ett tjenestenivå som utpeker seg. Noen av de helsetjenester som faller inn under refusjonsordningen, hører ikke under "sørge for"-ansvaret til noen av tjenestenivåene. For pasientene vil det også være enkelt å forholde seg til én instans i slike saker.

Hensynet til effektiv ressursutnyttelse ved å knytte oppgaver til etablerte ordninger taler etter departementets mening for at oppgaven bør ivaretas av den instans som behandler andre typer stønad til helsetjenester ("helserefusjoner").

Helserefusjonsfeltet ligger i dag hos NAV (NAV Helsetjenesteforvaltning). Dette gjelder krav fra pasienter, alle private tjenesteytere (herunder apotek) som har avtale om direkte oppgjør med trygden, samt krav om direkte oppgjør fra offentlige poliklinikker. NAV behandler også refusjonssaker knyttet til folketrygdloven § 5-24 og trygdeforordning nr. 1408/71. Pasientformidling ved fristbrudd, eventuelt til utlandet, ivaretas av NAV (NAV Pasientformidling).

Det er besluttet at helserefusjonsfeltet skal overføres fra NAV til Helsedirektoratet. Det arbeides for at overføringen kan skje fra 1. januar 2009. I så fall vil overføringen ha skjedd allerede før refusjonsordningen for ikke-sykehusbehandling i andre EØS-land kan iverksettes. En ordning med elektronisk frikortløsning vil på sikt også bli lagt til helseforvaltningen.

På denne bakgrunn foreslår departementet at oppgaven med å behandle refusjonskravene legges til Helsedirektoratet.

Departementet foreslår at refusjonsordningen forankres i folketrygdloven kapittel 5. Dette er naturlig både fordi mange av refusjonskravene vil gjelde helsehjelp som tilsvarer tjenester det ytes stønad til etter folketrygdloven kapittel 5, og fordi kravene foreslås behandlet av samme instans.

Departementet legger til grunn at klageregler og andre saksbehandlingsregler m.v. bør være de samme som for andre helserefusjonskrav. Det pågår et arbeid med å

forberede nødvendige lovendringer i anledning overføring av sakfeltet fra NAV til Helsedirektoratet.

Det kan være aktuelt med enkelte særskilte regler vedrørende dokumentasjon, oversettelse m.m. Departementet foreslår at dette eventuelt reguleres i forskrift.

Folketrygdloven har regler om frister for fremsettelse av krav. Departementet legger til grunn at disse bør gis anvendelse. Etter folketrygdloven § 22-13 må krav "settes fram innen seks måneder etter at kravet tidligst kunne vært satt fram". Dette er greit med hensyn til krav relatert til helsehjelp som er mottatt etter at bestemmelsene om rett til refusjon er satt i kraft. Dersom det ikke fastsettes overgangsregler antar departementet at det vil være et tolknings spørsmål om helsehjelp mottatt i andre EØS-land før ikraftsettelsen vil kunne gi grunnlag for refusjon. Det kan argumenteres med at krav tidligst kunne settes frem da refusjonsordning ble opprettet. For å unngå usikkerheten med hensyn til hvordan eldre krav vil bli behandlet, foreslår departementet at det gis overgangsregler.

En enkel løsning ville være å fastsette at det kun er krav som gjelder helsehjelp mottatt etter ikrafttredelsen som kan kreves refundert. Andre hensyn kan tale for at det skal kunne gis refusjon også for krav relatert til helsehjelp mottatt før dette tidspunkt. Prinsippet om fri bevegelighet av tjenester er nedfelt i EØS-avtalen som trådte i kraft i 1. januar 1994. At dette prinsippet innebærer en forpliktelse for landene til å gi pasienter rett til refusjon av utgifter ved helsehjelp i andre EØS-land, ble imidlertid ikke klargjort før gjennom EF-domstolens rettspraksis vedrørende pasientmobilitet det siste tiåret. Spørsmålet om forhåndsgodkjenning kan forsvares for ikke-sykehusbehandling, tok EF-domstolen stilling til i 2003. Det kan drøftes om forpliktelsen i prinsippet strekker seg helt tilbake til 1994, eller først oppsto da EF-domstolen klargjorde hva reglene om fri bevegelse for tjenester innebærer på dette punkt. Når refusjonsordningen trer i kraft har Norge uansett i prinsippet hatt en EØS-rettslig forpliktelse til å gi refusjon. Det vil da kunne virke urimelig å avskjære refusjon for all helsehjelp mottatt før ikrafttredelsestidspunktet. I lys av at den alminnelige foreldelsesfrist i Norge er tre år, foreslår departementet derfor at utgifter til helsehjelp som er mottatt de siste tre år før refusjonsordningen trer i kraft, skal kunne refunderes. Forutsetningen vil naturligvis være at de alminnelige vilkår for refusjon er oppfylt, herunder også dokumentasjonskrav. I tråd med bestemmelsen i folketrygdloven § 22-13 om at krav må "settes fram innen seks måneder etter at kravet tidligst kunne vært satt fram", foreslår departementet at krav som gjelder helsehjelp mottatt før ikrafttredelsen, må settes frem de første seks månedene etter ikrafttredelsen.

Departementet foreslår at krav om dekning av utgifter til reise, kost og opphold ved behandling i andre EØS-land, jf. punkt 8.5 ovenfor, behandles på samme måte som tilsvarende krav i forbindelse med behandling i Norge. Utgiftsansvaret for reise- og oppholdsutgifter ligger i sin helhet hos de regionale helseforetakene, men NAV administrerer foreløpig området på vegne av de regionale helseforetakene. Det planlegges at de regionale helseforetakene skal overta administreringen av området.

Dekning av reise- og oppholdsutgifter vil være betinget av at selve helsehjelpen finnes refusjonsberettiget. Departementet antar derfor at det kan være en praktisk ordning at den instans som avgjør spørsmålet om refusjon, oversender et eventuelt krav om reise- og oppholdsutgifter i saken til den instans som behandler slike

krav, dersom helsehjelpen finnes refusjonsberettiget. Alternativt kan pasienten selv fremsette krav om reise- og oppholdsutgifter etter at kravet om refusjon av behandlingsutgiftene er avgjort.

9.2 Refusjon i etterkant eller mulighet for offentlig forskuttering av utgiftene?

I Norge slipper pasienten i mange tilfeller å betale full pris for helsehjelp for deretter å kreve refusjon av utgiftene (helt eller delvis). Dette er ordningen ved behandling på sykehus, også ved poliklinisk behandling hvor det betales egenandel. Ved helsetjenester som det ytes stønad til etter folketrygdloven er derimot lovens hovedregel at pasienten har krav på stønad til dekning av påløpte utgifter til helsetjenester. Loven har imidlertid en ordning med at helsepersonell kan inngå avtale med trygdemyndighetene om direkte oppgjør. Slik avtale innebærer at stønaden utbetales direkte til helsepersonellet, slik at pasienten bare betaler egenandel. Det vises til folketrygdloven §§ 22-1 og 22-2. Svært mye helsepersonell har nå avtaler om direkte oppgjør, men ikke alle. Dersom behandleren ikke har avtale om direkte oppgjør må pasienten betale full pris og søke refusjon fra folketrygden etterpå.

Forslaget til refusjonsordning bygger på den situasjon at pasienten mottar helsehjelp i annet EØS-land, dekker utgiftene fullt ut selv og krever refusjon i Norge etterpå. En slik løsning synes forutsatt i de saker som har vært prøvet av EF-domstolen, jf. punkt 3.4 ovenfor, selv om domstolen ikke har tatt særskilt stilling til akkurat dette.

Det å måtte betale full pris for helsehjelp og søke refusjon i ettertid, vil for en del pasienter kunne gjøre det mindre fordelaktig å benytte ordningen. Det er uheldig at muligheten til å benytte den valgfriheten ordningen gir pasienter, vil kunne være avhengig av personlig økonomi. Det vises i denne sammenheng også til St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.

Det vil antakelig være flere former for reelle begrensninger i hvor mange pasienter som vil benytte seg av refusjonsordningen. Forskuttering av refusjonsbeløp vil kunne være ett slikt element på linje med eksempelvis språkbarrierer, kulturelle forskjeller, begrenset informasjon om behandlingsmuligheter i utlandet m.m. I denne sammenheng er det departementets vurdering at tiltak for å fremme mulighetene for å bruke ordningen uavhengig av økonomisk status, trolig vil ha begrenset effekt ettersom de i praksis kun vil kunne rettes mot ett av de mange aspektene som avgjør om pasientene ønsker å benytte seg av adgangen til å motta behandling i et annet EØS-land.

Departementet foreslår derfor ingen slike kompensierende tiltak. Muligheten for å søke helsehjelp i andre EØS-land er et tilbud til pasienten, som pasienten kan mene er fordelaktig. Ordningen med at pasienten selv må betale full pris og søke refusjon, når pasienten benytter denne valgfriheten, innebærer kun at tilbudet er noe mindre fordelaktig.

Videre vil pasienten ha full mulighet til å få helsehjelp på vanlig måte i Norge, og refusjonsordningen for helsehjelp i andre EØS-land vil således ikke være av vesentlig betydning for pasienters tilgang til helsehjelp. I tilfeller der pasienten får behandling i utlandet på grunn av fristbrudd eller manglende kompetanse i Norge, bekostes behandlingen og reiseutgiftene av det regionale helseforetaket uten at

pasienten må forskuttere utgiftene. For helsehjelp mottatt i EØS-land fordi behovet for helsehjelp oppsto under utenlandsoppholdet, kommer reglene i trygdeforordning nr. 1408/71 til anvendelse, jf. punkt 4.8 ovenfor. Ordningen er da at pasienten bare betaler egenandel etter behandlingslandets regler, og et oppgjør finner sted mellom landene. I andre tilfeller kan departementet ikke se at det å kunne søke behandling i utlandet generelt sett vil innebære særlige fordeler for pasientene. Departementet minner i denne sammenheng om at det er en forutsetning at refusjon bare skal gis for behandling vedkommende ville fått dekket i Norge.

Den kanskje mest praktiske fordelen for enkelte pasienter ved refusjonsordningen er at de i en del tilfeller vil kunne få behandling raskere ved å reise til utlandet, og det kan være en besparelse ved noen typer behandling, for eksempel omfattende tannbehandling. Manglende forskuttering av utgiftene vil som nevnt kunne gjøre denne fordelen noe mindre fordelaktig for enkelte pasienter. Refusjonsordningen vil likevel som helhet innebære et gode for pasienten. Departementet bemerker i denne sammenheng også at en eventuell innføring av forskutteringsordninger m.m. ville kreve betydelig administrering.

9.3 Mulighet for forhåndsvurdering av om refusjon vil bli innvilget?

Ordningen med å oppsøke behandling i utlandet for så å søke refusjon i ettertid kan innebære et usikkerhetsmoment idet pasienten ikke alltid vil kunne vurdere om vilkårene for refusjon er oppfylt og hvilket beløp som vil bli refundert. Dette vil i noen grad kunne avhjelpest ved at pasienten tar kontakt med helsepersonell eller helsemyndighetene i Norge på forhånd for å få en foreløpig vurdering av om vilkårene foreligger og eventuelt informasjon om regler eller praksis vedrørende maksimalt refusjonsbeløp for den aktuelle type behandling. Departementet finner ikke grunn til å foreslå at pasienten skal kunne få et bindende forhåndstilsagn om refusjon på nærmere angitte vilkår.

10 Finansiering

10.1 Innledning

I punkt 9.1 ovenfor foreslår departementet at den instans som har ansvaret for helserefusjonsfeltet for øvrig, også ivaretar oppgaven med å behandle søknader fra pasienter om refusjon av utgifter til ikke-sykehusbehandling i andre EØS-land. Det foreslås at samme instans forestår utbetaling av refusjonsbeløpet til pasienten. Det er besluttet at helserefusjonsfeltet skal overføres fra NAV til Helsedirektoratet. Disse forslagene fastlåser ikke noen løsning med hensyn til hvem som endelig skal belastes utgiftene. Det er ikke nødvendigvis slik at utgiftene må dekkes over trygdebudsjettet.

Departementet gjør i punkt 10.4 nedenfor rede for ulike modeller for fordeling av utgiftene. Noen utgangspunkter og forutsetninger er omtalt i punkt 10.3. Departementet har ikke tatt stilling til valg av finansieringsmodell, men redegjør i punkt 10.5 for hvilke faktorer departementet bør tillegges særlig vekt ved valg av modell. Vi ber om høringsinstansenes synspunkter på de ulike modellene.

10.2 Gjeldende finansieringsordninger

I punkt 4 ovenfor er det gitt en oversikt over gjeldende norsk rett vedrørende de offentlig finansierte helsetjenestene, herunder kort om finansiering av de ulike tjenestene. Vi vil i dette punktet gi en noe nærmere beskrivelse av finansieringssystemene. Systemene varierer mellom de ulike tjenestenivåene, de er ofte er sammensatt av flere elementer og de avhenger av om tjenesten ytes av offentlig ansatte eller private tjenesteytere.

Finansieringsansvaret for *kommunale helsetjenester* er delt mellom kommune, staten (folketrygden) og pasientene gjennom egenbetaling. Staten yter rammetilskudd som fordeles via inntektssystemet for kommunene. I tillegg yter staten fastlønnstilskudd til kommunene for ansatte fysioterapeuter. Kommunene yter basis- eller driftstilskudd til allmennleger (fastleger), fysioterapeuter og jordmødre som driver privat helsevirksomhet etter avtale med kommunen.

Staten (folketrygden) yter stykkprisrefusjon til den enkelte tjenesteyter etter takster for pasientbehandling. I tillegg betaler pasientene egenandeler. For fastleger er fordelingen mellom basistilskudd, trygderefusjon og egenandeler relativt lik, det vil si om lag 30 prosent på hver kilde. Tilsvarende gjelder for fysioterapeuter.

Fylkeskommunenes utgifter til *Den offentlige tannhelsetjenesten* dekkes i hovedsak gjennom rammetilskudd fra staten, og i liten grad gjennom egenbetaling fra pasientene.

Finansieringen av *spesialisthelsetjenester* (som er aktuelle her i den utstrekning de kan defineres som ikke-sykehusbehandling), er delt mellom de regionale helseforetakene, staten (herunder også folketrygden) og pasientene i form av egenbetaling. Finansieringen skjer dels gjennom rammeoverføringer til de regionale helseforetakene og aktivitetsbaserte refusjoner (ISF og poliklinikk). Fordelingen av rammetilskudd og aktivitetsbaserte refusjoner er om lag 60/40. Behandling hos privatpraktiserende lege- og psykologspesialister finansieres dels gjennom driftstilskudd fra regionalt helseforetak i henhold til avtale. I tillegg yter folketrygden refusjon, og pasientene betaler egenandeler. Fordelingen mellom driftstilskudd og trygderefusjoner er om lag 30/70. De regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon også for pasienter som de selv henviser til behandling i utlandet og pasienter som behandles i utlandet via NAV Pasientformidling i forbindelse med fristbrudd. Utenlandsbehandlingen rapporteres fra det sykehuset i Norge som har henvist pasienten.

Staten (folketrygden) yter stønad også for visse *tjenestetyper som ingen av tjenestenivåene har "sørge for"-ansvar* for. Tjenestene ytes av private tjenesteytere uten driftsavtale med det offentlige, og stønaden fra staten (folketrygden) er den eneste offentlige finansieringskilden. I tillegg kommer pasientens egenbetaling som fastsettes fritt. Dette gjelder tannleger, kiropraktorer, logoped, audiopedagoger og ortoptister.

10.3 Noen utgangspunkter

Ved vurderingen av hvem som skal belastes utgiftene ved behandling mottatt i andre EØS-land, vil et naturlig utgangspunkt være å se hen til hvilken instans som

ville dekket kostnadene dersom pasienten hadde mottatt den aktuelle behandlingen i Norge. Slik helsetjenestene i Norge er organisert og finansiert, finnes det imidlertid ikke en enkel løsning på dette.⁵¹ Kostnadene for de tjenestetyper som omfattes av refusjonsordningen, er i Norge delt mellom staten (herunder også folketrygden), de regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene.

Spørsmål om dekning av utgifter til reise, kost og opphold ved behandling i andre EØS-land holdes utenfor den videre drøftelse. Departementet forutsetter at ordningen for finansiering og administrering av reiseutgifter i Norge skal gjelde tilsvarende for reiseutgifter i forbindelse med behandling i andre EØS-land, jf. også punkt 9.1 ovenfor. Utgiftsansvaret for reise- og oppholdsutgifter ligger i sin helhet hos de regionale helseforetakene. NAV administrerer området på vegne av de regionale helseforetakene, men det planlegges at de regionale helseforetakene også skal overta administreringen av området.

For de helsetjenester hvor stønad fra staten (folketrygden) er den eneste offentlige finansieringskilden, jf. ovenfor, foreslår departementet at staten (folketrygden) dekker disse utgiftene etter folketrygdloven også når tjenestene er mottatt i andre EØS-land. Det er ikke naturlig å legge utgiftsansvaret for disse tjenestene til noen av tjenestenivåene som har "sørge for"-ansvar for andre typer tjenester. Dette gjelder også stønad til legemidler og medisinsk forbruksmateriell etter folketrygdloven § 5-14 (blåreseptordningen). Dette samme gjelder bidrag etter folketrygdloven § 5-22 i den utstrekning slike bidrag eventuelt vil omfattes av refusjonsordningen. Disse stønadsformene holdes derfor utenfor i den videre drøftelse av utgiftsfordelingen.

I drøftelsen i de neste punktene omhandles således utgiftene ved helsehjelp som tilsvarende kommunehelsetjenester (allmennlege, fysioterapeut og jordmor), fylkeskommunale tannhelsetjenester og spesialisthelsetjenester, i den utstrekning slike tjenester omfattes av refusjonsordningen, jf. punkt 6.2 ovenfor.

Departementet har vurdert fire alternative modeller for finansiering av utgifter til disse formene for ikke-sykehusbehandling mottatt i andre EØS-land. Modellene er nærmere beskrevet i punkt 10.4 nedenfor.

10.4 Alternative modeller for finansiering

10.4.1 Finansieringsansvaret følger "sørge for"-ansvaret (modell 1)

Denne modellen utgjør det ene ytterpunktet. Modellen innebærer at finansieringsansvaret for de ulike tjenestetyper i sin helhet legges til det forvaltningsnivået som har "sørge for"-ansvar for vedkommende tjenestetyper. Finansieringsansvaret blir dermed delt mellom de regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene. Fordelingen blir et resultat av hvilket tjenestenivå den mottatte tjeneste anses å høre under.

⁵¹ Til sammenligning kan nevnes at det i Sverige i hovedsak er landstingene som har ansvaret for finansiering av offentlige helsetjenester. Tredjepartsfinansiering fra Försäkringskassan er stort sett bare aktuelt ved tannbehandling.

Modellen innebærer at det ikke blir gitt aktivitetsbaserte inntekter for behandlingen (stønad fra folketrygden eller ISF-refusjon). Denne modellen legger et større finansieringsansvar for helsehjelp mottatt i annet EØS-land på henholdsvis kommuner og regionale helseforetak enn om den samme helsehjelpen hadde blitt utført i Norge, ved at statens bidrag i form av ISF-refusjon og stønad folketrygden bortfaller.

Modellen forutsetter at det foretas et etterfølgende oppgjør mellom den instans som utbetaler refusjonen og henholdsvis det regionale helseforetak, fylkeskommune og kommune.

Som nevnt i punkt 10.3 ovenfor legger departementet til grunn at staten (folketrygden) uansett skal dekke refusjonen for de tjenester og varer hvor stønad fra staten (folketrygden) er den eneste offentlige finansieringen.

Fordeler:

Dette er et enkelt system i forhold til ansvars plassering og budsjettmessig håndtering. Man får samlet ”sørge for”-ansvar og alt finansieringsansvar innen hvert tjenestenivå. Med denne modellen unngår man tredjepartsfinansiering fra staten (folketrygden). Dette gir økt kostnads kontroll når det gjelder statens stønad fra trygden. Modellen vil også gi helseforetakene insentiv til å legge til rette for best mulig tilgang til og kvalitet på tjenester i Norge, slik at de fleste lar seg behandle her, fordi refusjonsutgifter ved spesialisthelsetjenester (i den utstrekning de regnes som ikke-sykehusbehandling) i utlandet fullt ut vil bli belastet tjenestenivået. Modellen passer bra for finansiering av fylkeskommunens ansvar for utgifter til tannbehandling i utlandet for prioriterte grupper, siden det er fylkeskommunen alene som finansierer disse utgiftene innenlands.

Utgiftene til tjenester som tilsvarer kommunehelsetjenester antas å bli relativt små, jf. punkt 12 nedenfor. Siden pleie- og omsorgstjenester, som finansieres fullt ut av kommunene, forutsettes holdt utenfor refusjonsordningen, vil denne modellen neppe ha vesentlig betydning for kommunenes økonomi. For enkelte små utkantkommuner med ustabil legedekning som grenser til Sverige og Finland, vil refusjonsordningen kunne innebære at pasienter søker allmennlegehjelp i nabolandet. Modell 1 vil gi kommunene insentiv til å sørge for et stabilt tjenestetilbud i kommunen. Modellen vil ikke åpne for uønskede vridningseffekter som følge av økt tredjepartsfinansiering fra staten (folketrygden), jf. modell 2 nedenfor.

Ulemper:

Ved at finansieringsansvaret følger det respektive tjenestenivået, må det foretas et etterfølgende oppgjør for å fordele utgiftene på rette instans. Dette innebærer at helsehjelpen må kategoriseres. For fylkeskommunale tannhelsetjenester vil dette være uproblematisk. For andre helsetjenester vil det i noen tilfelle kunne være tvil om behandlingen skal tilordnes kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Dette vil være avgjørende for om det er kommunen eller det regionale helseforetaket som endelig skal bære kostnadene.

10.4.2 Finansieringsansvaret legges til staten (folketrygden) (modell 2)

Dette alternativet utgjør det andre ytterpunktet. Modellen innebærer at staten (folketrygden) dekker utgiftene til all ikke-sykehusbehandling som er utført i andre EØS-land, og som dekkes etter den nye refusjonsordningen. Denne modellen vil legge et mindre finansieringsansvar på de ulike tjenestenivåene enn om den samme behandlingen hadde blitt utført i Norge, og et tilsvarende større finansieringsansvar på staten (folketrygden).

Fordeler:

Modellen vil være enkel å administrere. Det blir kun én finansieringskilde, og man unngår da etterfølgende oppgjør med regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner. Man trenger da heller ikke å skille klart på om behandlingen ville blitt gitt innenfor kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten i Norge. Man unngår dermed økt byråkratisering og mulige konflikter om utgiftsansvaret mellom kommunene og de regionale helseforetakene.

Som nevnt i punkt 10.3 ovenfor legger departementet til grunn at staten (folketrygden) uansett skal inn som finansieringskilde i forbindelse med refusjonsordningen. For de tjenester og varer hvor stønad fra staten (folketrygden) er den eneste offentlige finansieringen, er det ikke naturlig å plassere utgiftsansvaret noe annet sted.

Ved vurdering av finansieringsmodell bør det legges vekt på hensynet til hvilket omfang behandling i utlandet vil få, og for hvilke tjenestetyper en eventuell økt etterspørsel og utgiftsvekst vil komme. For kommunale helsetjenester anslår vi som nevnt over, at omfanget vil bli marginalt. For tannhelsetjenester kan omfanget bli vesentlig større, jf. det som er nevnt om kostnadskrevende tannbehandling under punkt 8.4 ovenfor og punkt 12 nedenfor. I og med at fylkeskommunene kun dekker behandling av prioriterte persongrupper, og denne behandlingen for de fleste gruppene er gratis, vil refusjonsberettiget tannbehandling i utlandet i all hovedsak være behandling som vil bli dekket av staten (folketrygden), jf. punkt 10.3 ovenfor. Siden tannbehandling i utlandet kan bli et område med utgiftsøkning, kan dette tale for å legge finansieringsansvaret for alle tjenestetyper i sin helhet til staten via folketrygdens budsjetter. Å samle finansieringsansvaret via trygdebudsjettet vil også kunne være den mest hensiktsmessige løsningen på kort sikt, inntil helseforvaltningen får noe erfaring med praktiseringen av refusjonsordningen og ut fra saksmengden får et inntrykk av hvor ”trykket” på utgiftene ligger.

Ulemper:

Hvis finansieringsansvaret fullt ut legges til en annen instans enn den som har ”sørge for”-ansvaret, slik at den instansen som har ”sørge for”-ansvaret får redusert sine utgifter eller frigjort kapasitet ved at pasienter mottar behandling i utlandet, vil dette kunne medføre uønskede vridningseffekter i tjenestetilbudet. Tjenestenivåenes insentiv til å imøtekomme pasientenes etterspørsel av behandling innenlands, vil kunne bli noe redusert. Ren trygdefinansiering vil dermed kunne føre til noe større etterspørsel av behandling utenlands, noe som vil kunne gi økte kostnader for staten (folketrygden) og svekket kostnadskontroll.

10.4.3 Finansieringsansvar tilsvarende finansieringssystemet i Norge (modell 3)

Dette alternativet bygger på finansieringssystemet for behandling i Norge og legger opp til utgiftsdeling mellom staten (folketrygden og de aktivitetsbaserte ordningene for spesialisthelsetjenester), regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner også når behandlingen har funnet sted i et annet EØS-land. Utgiftsfordelingen for de helsetjenestene som i Norge finansieres dels av det tjenestenivå som har ”sørge for”-ansvar, og dels av staten, følge samme system som i Norge. Modellen vil innebære en deling av utgiftene for kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester som delvis finansieres via trygden etter folketrygdloven kapittel 5 eller gjennom de aktivitetsbaserte ordningene for spesialisthelsetjenester.

Tannbehandling som i Norge ytes av fylkeskommunen, vil dekkes av fylkeskommunen også når den utføres i andre EØS-land.

Fordeler:

Det er samme utgiftsfordeling uavhengig av om den aktuelle helsehjelpen ytes innenlands eller utenlands.

Ulemper:

Det må foretas en tilordning av de ulike kostnadskomponentene til mange instanser. Ulike finansieringsformer for tjenestetypene innebærer at etteroppgjøret blir mer komplisert og arbeidskrevende ved denne modellen. For eksempel vil det kunne være vanskelig å vite i etterkant om tilsvarende behandling i Norge ville funnet sted på en offentlig poliklinikk eller hos en privatpraktiserende spesialist.

10.4.4 Utgiftsdeling etter en pragmatisk løsning (modell 4)

Denne modellen er en blanding av modell 1 og 2 og bygger på prinsippet om ”største finansør”. Modellen deler finansieringsansvaret etter tjenestenivå, men slik at det bare er én finansieringskilde for hvert nivå. Modellen innebærer at regionale helseforetak dekker utgiftene til spesialisthelsetjenester over sin basisbevilgning, fylkeskommunene dekker utgifter til tannhelsetjenester til prioriterte grupper over de frie inntektene, og staten (folketrygden) dekker utgifter til kommunehelsetjenester.

Som nevnt i punkt 10.3 ovenfor legger departementet til grunn at staten (folketrygden) uansett skal dekke refusjonen for de tjenester og varer hvor stønad fra staten (folketrygden) er den eneste offentlige finansieringen.

Fordeler:

Modellen er enkel å administrere og følger etablert ansvarsnivå for regionale helseforetak og fylkeskommunene.

Ulemper:

Kommunene vil ikke ha utgifter knyttet til at pasienter behandles i utlandet. Tilordning av en behandling til enten kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten vil være avgjørende for om det er staten (folketrygden) eller det regionale helseforetaket som skal bære de endelige kostnadene.

10.5 Oppsummering

Departementet har ovenfor i punkt 10.4 skissert fire finansieringsmodeller som dels innebærer ulike fordeler og ulemper.

Departementet mener at det i valg av løsning blant annet bør legges vekt på forholdet mellom ”sørge for”-ansvar og finansieringsansvar og at ordningen bør være enkel å administrere. Dessuten er det relevant hvilke tjenestetyper som antas å utgjøre den største andelen av refusjonsutgiftene, slik at det ikke legges opp til et arbeidskrevende fordelingssystem dersom den overveiende del av utgiftene likevel skal henføres én av instansene.

Modell 2 vil være den enkleste administrativt sett. Slik departementet ser det vil modellen likevel være mindre aktuell enn de andre fordi den ikke vil gi tjenestenivåene insentiver til å ta hensyn til refusjon av utgifter til helsehjelp i utlandet fordi utgiftene ikke vil bli belastet tjenestenivåene, men staten (folketrygden). Dette er viktig aspekt i valg av finansieringsmodell.

Departementet ber om høringsinstansene syn på de ulike modellene.

11 Forholdet til pasientskadeloven

Lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) § 19 om lovens virkeområde lyder:

Loven gjelder skade som voldes i riket med Svalbard. Loven gjelder også skade voldt ved helsetjenester i utlandet (herunder behandlingsreiser til utlandet) som det offentlige helt eller delvis bekoster. Kongen kan bestemme at loven ikke skal gjelde når det ytes helsehjelp her i riket med særskilt liten norsk tilknytning.

Det synes på det rene at annet punktum er ment å omfatte helsehjelp i utlandet som skjer i regi av den norske helsetjenesten. Dette gjelder blant annet når den norske helsetjenesten kjøper tjenester i utlandet til sine pasienter, for eksempel til pasienter som har sjeldne lidelser eller fordi behandlingsskapasiteten i en periode er for liten. Dessuten antas det å gjelde der pasienter sendes til utlandet i medhold av pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde ledd om fristbrudd eller femte ledd om tilfeller der det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud i Norge. Det synes også klart at loven gjelder ved behandlingsreiser i regi av Rikshospitalet som omtalt i punkt 4.7 ovenfor. Når pasienter mottar helsehjelp i utlandet i regi av norske myndigheter fordi helsehjelpen ikke kan gis i Norge, eller ikke kan gis innen fastsatt frist, er det rimelig at pasientene nyter godt av den gunstige pasientskadeerstatningsordning vi har i Norge. I slike tilfelle vil norsk helsepersonell og norske myndigheter dessuten ofte være involvert i forbindelse med valg av behandlingssted. Det er naturlig at loven gjelder der den norske helsetjenesten benytter utenlandske aktører for å ivareta sitt ”sørge for”-ansvar.

Norsk Pasientskadeerstatning har i en avgjørelse lagt til grunn at pasientskadeloven ikke gjelder i tilfelle der norske pasienter får behandling i utlandet etter vedkommende lands regler i medhold av trygdeforordning nr. 1408/71 fordi behovet oppstår under utenlandsoppholdet.

Departementet finner det ikke naturlig at pasientskadeloven skal gjelde når en pasient etter eget valg søker behandling i utlandet, selv om det er behandling som

ville blitt dekket av det offentlige i Norge og som pasienten derfor vil få refusjon for etter den refusjonsordningen som foreslås i dette høringsnotatet. Pasienten velger selv å søke behandling i utlandet og velger selv tjenesteyter. Departementet mener det ikke er urimelig at pasienten da også er henvist til å forholde seg til de erstatningsregler og -systemer som gjelder i behandlingslandet. Det varierer om landene har særskilte pasientskadeerstatningsordninger slik Norge og de andre nordiske land har.

Departementet vil derfor ikke foreslå at behandling mottatt i andre EØS-land skal omfattes av den norske pasientskadeerstatningsordningen, selv om behandlingen omfattes av refusjonsordningen som foreslås i dette høringsnotatet. For å unngå tvil om spørsmålet bør det presiseres i pasientskadeloven § 19 at loven ikke gjelder behandling med refusjon etter den nye ordningen.

Samtidig bør det etter departementets oppfatning, for å klargjøre rettstilstanden, presiseres at loven heller ikke gjelder behandling som dekkes etter trygdeforordning nr. 1408/71. Det kunne være naturlig å gjøre unntak for tilfeller der pasienter søker og får forhåndsgodkjenning av dekning av behandlingsutgifter i utlandet (blankett E112) fordi de ikke får behandling i Norge innen den tid som anses medisinsk forsvarlig. Ved fristbrudd benyttes imidlertid i all hovedsak den ordningen som følger av pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde ledd og som administreres av NAV Pasientformidling. Denne ordningen vil ofte være gunstigere for pasienten. Trygdeforordningens regler om forhåndsgodkjenning (blankett E112) benyttes i praksis lite, og da som oftest til andre formål enn fristbrudd. Departementet finner derfor ikke grunn til å gjøre unntak for denne ordningen.

I informasjon om refusjonsordningen bør det klart fremgå at den norske pasientskadeordningen ikke vil gjelde.

Departementet foreslår på denne bakgrunn en omformulering av pasientskadeloven § 19 annet punktum som presiserer at loven gjelder tilfeller der helsehjelpen i utlandet skjer i regi av norske myndigheter. Loven kommer da ikke til anvendelse i tilfeller der pasienten på eget initiativ oppsøker helsepersonell i utlandet, selv om utgiftene helt eller delvis refunderes av det offentlige.

12 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget vil gi den enkelte pasient en utvidet rett til å velge behandlingssted eller tjenesteyter og å få dekket utgiftene av det offentlige. Forslaget gir derimot ikke pasientene større rett til selv å velge hva slags behandling som skal mottas med utgiftsdekning fra det offentlige. Helsehjelp som ikke dekkes i Norge, dekkes heller ikke av refusjonsordningen som foreslås i dette høringsnotatet. Forslaget innebærer heller ikke dekning av reise- og oppholdsutgifter 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.

Det legges derfor til grunn at den totale aktiviteten ikke vil øke vesentlig som følge av lovforslaget, men at noen pasienter vil velge å motta behandling i utlandet istedenfor i Norge. Hvor mange som vil benytte ordningen, og hvor store refusjonsutgiftene vil bli, vil i noen grad kunne avhenge av hvordan refusjon og

egenandel beregnes. Det vil kunne medføre økte utgifter for det offentlige dels dersom refusjonen fastsettes på en måte som innebærer at det offentlige i det enkelte tilfelle belastes mer enn om tilsvarende helsehjelp ble gitt i Norge, og dels dersom beregningsmåten innebærer en besparelse for pasienten som fører til større samlet etterspørsel av tjenester.

Som omtalt i punkt 8 ovenfor foreslår departementet at refusjonsbeløpet som utgangspunkt ikke skal overstige hva tilsvarende helsehjelp ville belastet det offentlig med om helsehjelpen var mottatt i Norge. Refusjon vil uansett ikke bli gitt med mer enn den faktiske utgift. Videre foreslår departementet at det som hovedregel skal gjøres fradrag for den egenandel pasienten ville betalt i Norge for tilsvarende helsehjelp. For mange tjenestetyper vil det derfor ikke innebære noen besparelse for pasientene å søke helsehjelp i andre EØS-land. Refusjonsbeløpet vil som utgangspunkt heller ikke overstige den kostnad det offentlige ville blitt belastet med om helsehjelpen hadde funnet sted i Norge, i alle fall ikke i nevneverdig grad. I noen tilfeller kan refusjonsbeløpet bli mindre enn kostnaden for det offentlige ville vært i Norge, fordi behandlingen er mottatt i et land med lavere prisnivå.

Behandling i lavkostland kan innebære en reduksjon i pasientens egenbetaling i de tilfeller hvor det er fri prisfastsettelse i Norge, jf. punkt 8 ovenfor. Se særlig punkt 8.4 om tannbehandling som det ytes stønad til fra folketrygden. Trolig vil det i første rekke være behandlingsformer med høy egenbetaling i Norge som vil bli etterspurt i utlandet, for eksempel rehabilitering av tannsett ved tanntap som skyldes periodontitt. Dersom total etterspørsel holdes konstant, vil det ikke medføre økte utgifter for det offentlige om behandlingen i større eller mindre omfang finner sted i utlandet i stedet for i Norge. Men dersom det som følge av lavere egenbetaling ved å motta tjenesten i utlandet blir en økt etterspørsel totalt sett fordi flere da tar seg råd til å gjennomføre nødvendig behandling, vil det medføre økte kostnader for det offentlige. Hvordan refusjon og eventuell egenandel beregnes for tjenester hvor det er fri prisfastsettelse i Norge, vil kunne ha betydning for hvor stor besparelsen blir for pasienten. Stor besparelse vil kunne stimulere til økt etterspørsel etter tannbehandling i andre EØS-land og totalt sett. Lavere egenbetaling vil også kunne medføre økt etterspørsel etter dyrere behandlingsformer (for eksempel faste implantater eller broer i stedet for gebiss) enn pasienten ville hatt råd til i Norge. Dette vil i så fall medføre en økning i kostnader for det offentlige. På den annen side kan begrenset dekning av reise- og oppholdsutgifter (jf. punkt 8.5 ovenfor) bidra til å dempe etterspørselen etter tannbehandling i utlandet.

Refusjonsordningen i Sverige omfatter foreløpig både sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling, jf. punkt 5.1 ovenfor. I perioden 1. februar 2005 til 31. januar 2007 ble det utbetalt totalt ca. 25 millioner SEK i refusjon for planlagt helsehjelp i andre EØS-land etter den ulovfestede refusjonsordningen. Av 3171 søknader ble 2910 innvilget, herav 1682 (58 prosent) som gjaldt tannbehandling. Sykehusinnleggelse utgjorde 6 prosent av sakene, men 46 prosent av utgiftene. I samme toårsperiode ble det utbetalt totalt ca. 26 millioner SEK (fordelt på 8012 innvilgede krav hvorav 740 (9 prosent) gjaldt tannbehandling) i refusjon etter den ulovfestede ordningen for helsehjelp som det oppsto behov for under midlertidig opphold i utlandet. Dette omfatter også både sykehusbehandling og ikke-

sykehusbehandling, og omfatter dessuten trolig mange tilfeller som kunne vært dekket etter trygdeforordning nr. 1408/71.

I Sverige utgjorde refusjon av utgifter til tannbehandling i andre EØS-land (særlig i Estland, Finland, Polen og Spania) i perioden fra 1. februar 2005 til 31. januar 2007, om lag 58 prosent av det totale antallet innvilgede refusjonskrav for planlagt behandling i andre EØS-land, men bare 26 prosent av de totale utgiftene. Svenske myndigheter har lagt til grunn at økt etterspørsel etter tannbehandling i andre EØS-land på kort sikt bare vil ha en helt marginal effekt på de samlede kostnadene til utenlandsbehandling. Myndighetene tar høyde for en viss utgiftsøkning på lang sikt etter hvert som muligheten for å få dekket utgiftene til tannbehandling i andre EU/EØS-land blir kjent hos allmennheten. Potensialet for utgiftsvekst er i utgangspunktet større i Sverige, som har en generell og mer omfattende trygdefusjonsordning for tannbehandling i kombinasjon med fri prisfastsetting. I Sverige har det dessuten i perioden 1998 til 2005 vært en kraftigere prisvekst på tannhelsetjenester enn i tilsvarende periode i Norge, noe som kan være et incitament for å få utført tannbehandling i lavkostland.

Refusjonsordningen kan innebære økt kapasitet på områder med lav prioritet i den norske helsetjenesten, ved at pasienter søker behandling hos utenlandske tjenesteytere, særlig i grensestrøk eller områder hvor mange nordmenn oppholder seg deler av året. Rent private aktører kan i større grad enn tjenesteytere med offentlig tilknytning gi et tilbud som ikke er høyt prioritert. Dersom det offentlige må dekke utgifter for slike tjenester, vil det kunne øke etterspørselen etter lavere prioriterte helsetjenester og utgiftene til slike tjenester. For å unngå dette foreslås et vilkår om at tjenesteyteren har tilknytning til det offentlige helsevesen eller trygdesystem i behandlingslandet, jf. punkt 7.3.3 ovenfor.

Nordmenn som har flyttet til utlandet og som ikke er medlem av folketrygden, vil ikke ha rett til refusjon. Nordmenn som oppholder seg midlertidig i et annet EØS-land mindre enn seks måneder i året, vil kunne benytte ordningen, og for disse vil det kunne være mer aktuelt enn for andre. Refusjonsordningen vil dekke utgifter til planlagt ikke-sykehusbehandling under utenlandsoppholdet. I dag må de vanligvis dekke dette selv, med unntak av behandling som det oppstår behov for under oppholdet og som ikke kan vente til pasienten er vendt tilbake til Norge. Pasientene vil ikke få rett til annen behandling enn de ville hatt krav på med offentlig dekning i Norge. Men pasientene kan velge å motta behandling under oppholdet i utlandet som følge av denne ordningen i stedet for å vente og motta den samme behandlingen mens de oppholder seg i Norge. Dette vil kunne medføre en noe annen utgiftsfordeling avhengig av hvilken finansieringsmodell som velges.

Hvordan refusjonsutgiftene vil fordele seg i Norge vil avhenge av finansieringsmodell. Høringsnotatet drøfter ulike modeller og ber om synspunkter fra høringsinstansene på de ulike modellene. Det er ikke tatt stilling til valg av finansieringsmodell i høringsnotatet. Selv om valg av finansieringsmodell i noen grad vil kunne påvirke tjenestenivåenes insentiv til å sørge for at det legges til rette for at flest mulig pasienter lar seg behandle i Norge, og dermed i noen grad bruken av refusjonsordningen, jf. punkt 10 ovenfor, antar departementet at valg av finansieringsmodell ikke vil påvirke den totale etterspørselen av tjenester.

Det foreslås ingen endring av finansieringsordningene for helsetjenester i Norge som følge av forslaget. Det er noe usikkerhet knyttet til omfanget av behandling som vil bli refundert etter den nye ordningen. Etter departementets vurdering vil bruken av refusjonsordningen trolig være så liten at utgiftene eventuelt bør kunne dekkes innenfor basisbevilgningen til regionale helseforetak og kommunenes frie inntekter dersom det velges en finansieringsmodell som legger finansieringsansvar dit. Dersom det velges en slik modell kan det være aktuelt å vurdere finansieringsløsning på nytt når man har fått noen års erfaring med refusjonsordningen. Dersom det viser seg at bruken av ordningen blir større enn opprinnelig antatt, kan det for eksempel være aktuelt å vurdere om det skal etableres en form for risikodeling med staten.

Det foreslås at refusjonsordningen administreres av den instans som har ansvaret for helserefusjonsfeltet for øvrig, jf. punkt 9.1 ovenfor. Departementet mener at en slik løsning best vil legge til rette for en enhetlig nasjonal praksis og dermed sikre mest mulig likebehandling av pasientene uavhengig av bosted. Kostnadene til administrasjon knytter seg til behov for økt bemanning i Helsedirektoratet for å kunne håndtere refusjonskravene. Kostnadene til å administrere ordningen vil avhenge av hvor mange som benytter seg av ordningen og hvor arbeidskrevende det vil være å verifisere de enkelte refusjonskravene. En slik verifisering vil måtte kreve (tilgang til) medisinsk kompetanse som kan vurdere om refusjonskravet gjelder helsehjelp som ville blitt dekket av det offentlige i Norge og eventuelt om helsehjelpen skal anses som sykehusbehandling eller ikke-sykehusbehandling. Det er vanskelig å anslå hvor mange årsverk oppgaven vil kreve. Departementet legger til grunn at merkostnadene ved å administrere ordningen håndteres som en del av den ordinære budsjettprosessen.

Departementet foreslår at det skal kunne gis refusjon for utgifter til helsehjelp mottatt de siste tre år før ikrafttredelsen forutsatt at de vanlige vilkår er oppfylt og det foreligger tilstrekkelig dokumentasjon, jf. punkt 9.1 ovenfor. Det er vanskelig å anslå hvor mange slike refusjonskrav som vil bli fremsatt og hvilke beløp som vil bli utbetalt, men departementet antar at det ikke vil være et vesentlig omfang. Departementet bemerker at det kan være grunn til å vurdere om disse utgiftene skal dekkes på samme måte som refusjon for helsehjelp mottatt etter ikrafttredelsen, eller om det bør lages en særskilt ordning for finansiering av denne type krav. Departementet vil komme tilbake til dette.

Under henvisning til utredningsinstruksen og veileder til denne om ”Likestillingsmessige konsekvenser for personer med innvandrerbakgrunn, samer og nasjonale minoriteter” bemerkes at departementet ikke kan se at forslagene i høringsnotatet i nevneverdig grad har andre konsekvenser for samer, nasjonale minoriteter eller personer med innvandrerbakgrunn enn for den øvrige befolkningen. Eventuelle forskjeller i konsekvenser er i alle fall ikke av en slik art at de tilsier kompenserende tiltak.

13 Merknader til de enkelte bestemmelser i lovforslaget

13.1 Merknader til endringene i folketrygdloven

Refusjonsordningen bør etter departementets syn forankres i folketrygdloven kapittel 5. Dette vil være naturlig siden det foreslås at samme instans som behandler de øvrige helserefusjonene skal behandle disse refusjonskravene. Mye av den helsehjelpen som vil omfattes av refusjonsordningen tilsvarer også helsetjenester som det ytes stønad til etter folketrygdloven kapittel 5 når tjenesten mottas i Norge. For øvrig har man i § 5-24 allerede en annen bestemmelse om stønad til helsetjenester i utlandet. Videre vil staten (folketrygden) etter departementets forslag være inne i bildet med finansiering uavhengig av hvilken av finansieringsmodellene som velges, jf. punkt 10.3 ovenfor hvor departementet legger til grunn at staten (folketrygden) uansett skal dekke refusjonen for de tjenester og varer hvor stønad fra staten (folketrygden) er den eneste offentlige finansieringen.

Det antas at folketrygdlovens saksbehandlingsregler m.v. da vil komme anvendelse. Dette må sees i sammenheng med det arbeid som pågår i anledning av overføring av helserefusjonsfeltet fra NAV til Helsedirektoratet, jf. punkt 9.1 ovenfor.

Nærmere regler om refusjonsordningen foreslås fastsatt i forskrift.

13.2 Merknader til endringene i kommunehelsetjenesteloven

Visse kommunehelsetjenester vil omfattes av refusjonsordningen, jf. punkt 6.3 ovenfor.

Refusjonsordningen trenger etter departementets oppfatning ikke forankres i kommunehelsetjenesteloven med mindre kommunene skal ha finansieringsansvar. Bestemmelsen er da aktuell ved finansieringsmodell 1 og 3 omtalt i punkt 10.4.1 og 10.4.3 ovenfor.

Et eventuelt finansieringsansvar for kommunen vil etter modell 1 og 3 gjelde tjenester hos primærlege, fysioterapeut og jordmor. Etter modell 1 vil kommunen dekke refusjonsutgiftene for disse tjenestene fullt ut. Modell 3 vil innebære en deling av utgiftene mellom kommunen og staten (folketrygden).

Kommunens eventuelle finansieringsansvar vil i hovedsak gjelde personer som er registrert bosatt i kommunen.

13.3 Merknader til endringene i tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenester som ytes av Den offentlige tannhelsetjenesten som fylkeskommunene har ansvaret for, vil omfattes av refusjonsordningen, jf. punkt 6.4 ovenfor.

Refusjonsordningen trenger etter departementets vurdering ikke forankres i tannhelsetjenesteloven med mindre fylkeskommunene skal ha finansieringsansvar. Bestemmelsen er derfor aktuell ved finansieringsmodell 1, 3 og 4 omtalt i punkt 10.4.1, 10.4.3 og 10.4.4 ovenfor. Disse modellene innebærer at fylkeskommunene

dekker utgifter ved behandling i andre EØS-land som tilsvarer behandling som i Norge ville blitt gitt gratis eller mot delvis vederlag i regi av fylkeskommunen.

Bestemmelsen innebærer ikke at fylkeskommunene får finansieringsansvar for de former for tannbehandling som det ytes stønad til etter folketrygdloven.

Departementet foreslår at staten (folketrygden) dekker disse utgiftene uansett finansieringsmodell for øvrig, se punkt 10.3 ovenfor.

13.4 Merknader til endringene i spesialisthelsetjenesteloven

Refusjonsordningen skal gjelde ikke-sykehusbehandling, og dette vil omfatte noen typer tjenester som hører under spesialisthelsetjenesten, jf. punkt 6.2 ovenfor.

Refusjonsordningen trenger etter departementets oppfatning ikke forankres i spesialisthelsetjenesteloven med mindre de regionale helseforetakene skal ha finansieringsansvar. Bestemmelsen er derfor aktuell ved finansieringsmodell 1, 3 og 4 omtalt i punkt 10.4.1, 10.4.3 og 10.4.4 ovenfor. Omfanget av de regionale helseforetakenes eventuelle finansieringsansvar vil variere med de ulike modellene. Modell 1 og 4 innebærer at de regionale helseforetakene fullt ut dekker refusjonsutgifter knyttet til spesialisthelsetjenester. Etter modell 3 blir det en deling av utgiftene mellom de regionale helseforetakene og staten, tilsvarende finansieringen når tjenestene ytes i Norge.

13.5 Merknader til endringene i pasientskadeloven

Forslaget innebærer en presisering av vilkårene for at pasientskadeloven kommer til anvendelse ved skader knyttet til helsehjelp mottatt i utlandet.

Pasientskadeloven vil ikke komme til anvendelse når behandling er mottatt i utlandet selv om pasienten får refundert utgiftene etter den nye refusjonsordningen. Det vises til punkt 11 ovenfor.

14 Lovforslag

I

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

§ 5-24 a Stønad til helsetjenester i annet land innenfor Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS)

Det ytes stønad til dekning av utgifter til helsetjenester som medlemmet har hatt i annet land innenfor Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS) etter regler fastsatt av Kongen i forskrift.

Forskriften kan ha nærmere bestemmelser om blant annet:

- a) hvilke typer helsetjenester det ytes stønad til*
- b) hvem som har rett til stønad*
- c) vilkår for stønad, herunder krav til tjenesteyteren*
- d) beregning av stønad*

- e) dekning av reise- og oppholdsutgifter
- f) krav til dokumentasjon og oversettelse av dokumenter, og
- 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 sjettede ledd lyde:

Kommunen skal dekke utgifter til helsetjenester som omhandlet i folketrygdloven §§ 5-4, 5-8 og 5-12 som bosatte i kommunen har mottatt i annet land innenfor Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS) når de er berettiget til stønad. Dekningen gis etter regler fastsatt av Kongen i forskrift. Kommunen dekker utgifter som overstiger den stønad folketrygden yter etter regler fastsatt i og i medhold av folketrygdloven § 5-24 a.

Merknad: Refusjonsordningen trenger ikke forankres i kommunehelsetjenesteloven med mindre kommunene skal ha finansieringsansvar. Bestemmelsen er da aktuell ved finansieringsmodell 1 og 3. Siste punktum vil bare være aktuelt ved modell 3. Ved modell 1 vil kommunen dekke refusjonsutgiftene fullt ut uten refusjon fra folketrygden.

III

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

Pasienters utgifter til tannhelsehjelp i annet land innenfor Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS) skal dekkes av fylkeskommunen på samme måte som om behandlingen hadde blitt utført i regi av fylkeskommunen når pasienten er berettiget til helt eller delvis vederlagsfri behandling etter § 1-3, jf. § 2-2. Kongen fastsetter nærmere regler i forskrift om utgiftsdekningen og fremsetting av krav.

Merknad: Refusjonsordningen trenger ikke forankres i tannhelsetjenesteloven med mindre fylkeskommunene skal ha finansieringsansvar. Bestemmelsen er derfor aktuell ved finansieringsmodell 1, 3 og 4.

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 behandling i annet land innenfor Det europeiske økonomiske

samarbeidsområde (EØS) i den utstrekning behandlingen omfattes av regler fastsatt av Kongen i forskrift, jf. folketrygdloven § 5-24 a.

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

Merknad: Refusjonsordningen trenger ikke forankres i spesialisthelsetjenesteloven med mindre de regionale helseforetakene skal ha finansieringsansvar. Bestemmelsen er derfor aktuell ved finansieringsmodell 1, 3 og 4.

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 regi av norske myndigheter og som det offentlige helt eller delvis bekoster, herunder behandlingsreiser.

VI

Ikrafttredelses- og overgangsbestemmelser

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer.

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.