

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Vår referanse:
08/01345-3/008
Saksbehandler:
Berit Herlofsen

Deres referanse:

Dato:
1.10.2008

Høring - Forslag til endringer i folketrygdløven - Etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp (ikke-sykehusbehandling) i andre EØS-land

Vi viser til departementets brev 16. juni 2008 vedlagt høringsnotatet om etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp (ikke-sykehusbehandling) i andre EØS-land.

1. Generelt

Helse Sør-Øst RHF vil i det følgende gi spesielle kommentarer til en del av spørsmålene høringsnotatet drøfter (kapitteloverskriftene i høringsnotatet følges). Vårt fokus vil naturlig nok være spesialisthelsetjenestedelen av refusjonsordningen.

Som en innledning ønsker vi imidlertid først å peke på noen av de ulikartede utfordringene som vi ser at etableringen av et refusjonssystem medfører/forutsetter. Vi legger til grunn at pasienter i større utstrekning vil benytte seg av sin rett til behandling i andre EØS-land når en slik refusjonsordning kommer på plass, selv om omfanget av dette selvsagt er usikkert. I og med at det legges opp til at detaljreguleringen av mange spørsmål skal skje i forskrift, vil utformingen av forskriftene bli spesielt viktig.

Dersom flere pasienter kommer til å velge å motta helsehjelp i et annet EØS-land, vil det etter vårt syn, bl.a. av forutberegnelighetshensyn, bli enda viktigere enn det er i dag å avklare grensene for hvilken helsehjelp det offentlige skal finansiere. Høringsnotatet bygger på den klare forutsetning at refusjonsordningen bare skal omfatte samme type utgifter til ikke-sykehusbehandling som ville blitt dekket (helt eller delvis) av det offentlige i Norge. Dette forutsetter at det er klarhet om, eller tas stilling til, hva slags helsehjelp som på ulike fagområder generelt tilbys i Norge, samt at spørsmål knyttet til

Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF, og 16 datterselskap. I tillegg leveres sykehustjenester i regionen av privateide sykehus, etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.

indikasjonsgrenser for ulike typer behandling blir vurdert (individuelle forhold). Helse Sør-Øst RHF ser behov for at det vurderes hvordan arbeidet med disse avklaringsspørsmålene kan intensiveres, hvilke fora/institusjoner som bør involveres, og hva slags system som eventuelt bør etableres for å ivareta disse løpende vurderingene.

Det er allerede i dag behov for informasjon om pasienters rettigheter i forhold til EU/EØS. Informasjonsbehovet vil øke betraktelig når ordningen etableres. Først og fremst er det behov for informasjon til pasientene, som nå vil få lettere mulighet for behandling i utlandet, men også helsepersonell og administrativt personale ved helseforetakene samt Kontoret for fritt sykehusvalg må kunne informere om mulighetene (i tillegg til den instans som vil få hovedansvaret for refusjonsordningen). Det knytter seg særlige utfordringer til at det vil være vanskelig for den enkelte pasient å på forhånd foreta de undersøkelser som må til for å vurdere om de ulike vilkårene for å få refundert kostnadene er oppfylt. Det medfører risiko for at pasienten i ettertid likevel ikke får refusjon. Muligheten for en forhåndsvurdering vil bli avgjørende for å redusere denne risikoen. Se for øvrig omtalen av dette under punkt 3 nedenfor.

Det knytter seg videre flere utfordringer til tilretteleggingen av nødvendig kommunikasjon mellom de som yter helsehjelp i Norge og i EØS-området for å sikre gode pasientforløp. Dette berører spørsmål som utveksling/tilgang til journalopplysninger, personvern, IKT-løsninger, oversettelse av pasientopplysninger med mer.

Prioriteringsvridningsspørsmål drøftes i høringsnotatet under kapitlet der kravet om offentlig tilknytning diskuteres. Helse Sør-Øst RHF mener det er sannsynlig at etterspørselen etter lavere prioriterte helsetjenester vil kunne øke når det gis tilgang til disse uten den ventetid som må påregnes i Norge. Dette vil nødvendigvis vanskeliggjøre den styringen man i dag forsøker å oppnå gjennom prioriteringssystemet i Norge (prioriteringsforskriften). Hvilken betydning dette vil få for gjennomføringen av de nasjonale vedtatte prioriteringene, avhenger selvsagt av omfanget ordningen kommer til å få. Videre av hvor mange pasienter fra EØS-området som vil søke seg til behandling her, og hvilke muligheter helseforetakene har til eventuelt å avvise disse ved manglende kapasitet (likebehandlingsspørsmål – fortrengning av "egne" pasienter).

2. Virkeområdet for refusjonsordningen (kap. 6)

Skillet sykehusbehandling / ikke-sykehusbehandling:

Departementet ber om høringsinstansenes syn på hvordan refusjonsordningen mest hensiktsmessig kan avgrenses mot sykehusbehandling. Det er naturlig i denne sammenheng å trekke inn det som er foreslått om dette i direktivforslaget fra EU-kommisjonen. For den vanskelige gruppen "sykehuslignende" behandling som gjøres poliklinisk (dvs uten innleggelse), legges det her opp til at dette skal regnes som sykehusbehandling hvis helsehjelpen er å finne på en egen liste som Kommisjonen skal holde oppdatert. Forutsetningen for å komme på listen er at helsehjelpen krever bruk av særlig høyspesialisert og kostnadskrevende infrastruktur eller medisinsk utstyr, eller innebærer behandling som representerer høy risiko for pasienten eller befolkningen.

Helse Sør-Øst RHF viser til at dette er et meget dynamisk felt. Det vil derfor etter vårt syn ikke være hensiktsmessig å forskriftsregulere hvordan denne gruppen (der det ikke er

behov for innleggelse) skal avgrenses. Det som bør reguleres i lov/forskrift, er hvordan de løpende avgjørelsene om dette skal treffes. Helse Sør-Øst RHF mener derfor det mest hensiktsmessige er å sørge for at det utarbeides en liste som jevnlig oppdateres, etter mønster av det EU-kommisjonen har foreslått. Det må da etableres en form for arbeidsgruppe ("Perminant working group") bestående av både medisinskfaglig og helseøkonomisk kompetanse som kan beslutte/gi råd til departementet om oppdatering av listen.

Spesielt om LAR:

Helse Sør-Øst RHF mener departementets forslag om å ekskludere LAR reiser en del vanskelige og prinsipielle spørsmål knyttet til avgrensning og likebehandling av kronikergrupper.

Det er i begrunnelsen vist til den spesielle ordningen med trekantsamarbeid og langvarige rehabiliteringsløp som grunnlag for å ikke inkludere pasienter som mottar LAR. Reglene om LAR er som kjent nå under revisjon, og det er en uttalt målsetting om å normalisere denne tjenesten på linje med annen helsehjelp. Det kan imidlertid komme begrensninger i tilgangen til behandling i og med den vedtatte forskriftshjemmelen som bl.a. kan regulere tilgangen til LAR. Momenter som taler mot å ekskludere LAR fra ordningen, er at disse pasientene har langvarige, ofte livslange behandlingsforløp der en begrensning i tilbudet vil kunne begrense pasienters mulighet for å kunne oppholde seg lengre perioder i utlandet. Det er allerede i dag eksempler på at LAR-pasienter ønsker å bo i perioder utenfor landets grenser. En refusjonsrett ville kunne bidratt til å høyne kvaliteten på oppfølgingen ved at man kunne overføre pasienten til behandling der. Å administrere LAR fra Norge mens pasienten oppholder seg i utlandet er imidlertid komplisert. Dersom man kommer til at det er grunnlag for å frata denne spesielle pasientgruppen mulighet til behandling i utlandet, kan dette oppfattes som urimelig i forhold til andre kronikergrupper som vil omfattes av ordningen.

Et annet spørsmål er om substitusjonsbehandling for opioidavhengighet er unntatt. Bruk av substitusjonslegemiddel i skadereduksjonsøyemed er vanlig i store deler av EU. Det er ikke knyttet vilkår om rehabilitering eller noe trekantsamarbeid for å motta slik behandling. Behandlingen gis i flere land av allmennleger uten medvirkning fra spesialisthelsetjenesten.

Dersom LAR skal unntas, bør det presiseres hva det er som unntas. Vi er i dag i ferd med å etablere skadereduksjonstiltak flere steder i Norge. Fastleger starter opp substitusjonsbehandling utenfor LAR, og helsetilsynet vurderer disse tiltakene ut fra en forsvarlighetsvurdering og ikke bare etter regelverk. Skal denne behandlingsformen unntas bør unntaket presiseres til å gjelde substitusjonsbehandling generelt. Det kan imidlertid stilles spørsmål om dette er rett vei å gå, ut fra signalene om å harmonisere regelverket rundt LAR til det som gjelder for helsetjenesten generelt.

3. Vilkår for refusjon (kap. 7)

Helse Sør-Øst RHF deler departementets utgangspunkt om at de krav og begrensninger som gjelder i Norge bør gjøres tilsvarende gjeldende for refusjon av utgifter til helsehjelp i andre EØS-land. Vi støtter derfor både kravet om henvisning, de foreslåtte vilkårene knyttet til tjenesteyteren (autorisasjon som helsepersonell og spesialistkompetanse), samt kravet om offentlig tilknytning.

Det knytter seg imidlertid utfordringer til hvordan pasienter skal kunne få undersøkt dette på forhånd, og hvem som skal ha risikoen dersom det i ettertid viser seg at behandleren i utlandet f.eks ikke har autorisasjon. Hvilken betydning skal det ha at det ikke foreligger en henvisning? Med de vilkårene som er foreslått må jo pasienten finne svar på ganske mange spørsmål for å være sikret å få refundert kostnadene:

- Gis den aktuelle behandlingen i Norge?
Dvs dekkes den av det offentlige og er det indikasjon for helsehjelpen for den aktuelle pasienten?
- Er det krav om offentlig tilknytning for denne typen behandling i Norge?
I så fall kreves det offentlig tilknytning også for den aktuelle behandleren/institusjonen i utlandet.
- Er det krav om/system for offentlig tilknytning i det aktuelle landet?
Hvis ikke det aktuelle landet har et slikt krav, kan vi selvsagt ikke kreve dette.
- Har behandleren/institusjonen i utlandet offentlig tilknytning?
Hva ligger i kravet til offentlig tilknytning (hva skal til før det er oppfylt)?

Kravet om offentlig tilknytning er godt begrunnet i høringsnotatet, og Helse Sør-Øst RHF støtter som nevnt departementets syn. Forskjeller mellom organiseringen i ulike land i Europa vil imidlertid by på utfordringer som må konkret avklares i forhold til det enkelte land. Det må bl.a tas stilling til hva som skal til for at kravet skal anses som oppfylt, herunder hvilke deler av en utenlandsk specialists virksomhet som er omfattet. Er det f.eks nok at helsepersonellet har en offentlig tilknytning i deler av sin virksomhet hvis helsehjelpen skal gis i dennes private virksomhet? I flere land er det som kjent et todelt helsevesen der privat og offentlig virksomhet ligger side ved side, gjerne i samme sykehus. Vi har erfaring for at pasienter som henvises fra Norge i dag pga manglende kompetanse, f.eks til England, tilbys behandling i den private delen. Vil det da være nok at en spesialist arbeider noe i offentlig virksomhet hvis behandlingen tilbys i dennes private del?

Personkrets:

Helse Sør-Øst RHF deler departementets syn om at det bør kreves en forholdsvis sterk tilknytning til Norge for å bli omfattet av refusjonsordningen. Det må imidlertid samtidig sikres at ikke noen risikerer å "falle mellom alle stoler".

4. Beregning av refusjon (kap. 8)

Ideelt sett bør alternativ a) benyttes ved beregning av refusjonens størrelse. Dette bør som hovedprinsipp legges til grunn, selv om en ser at det er vanskelig å beregne reelle kostnader ved alle typer behandlinger i Norge. Der hvor det foreligger offentlige satser, tariffer og lignende, bør disse kunne benyttes som utgangspunkt for beregningene.

Hvis alternativ a) velges, bør det utarbeides en "prisliste" som viser (maksimalt) refusjonsbeløp for de enkelte behandlinger for å gi forutsigbarhet for pasientene. Det kan også tenkes kombinasjoner av alternativene a) og b), der a) velges hvor det er mulig å fastsette en refusjon basert på offentlige takster eller lignende, og b) i de tilfeller hvor dette ikke er praktisk mulig.

Bruk av alternativ b) bør antagelig begrenses. Bl.a er det en utfordring at man for å vite om noe er åpenbart urimelig må vite hva som er rimelig. Det må derfor uansett gjøres

noen beregninger rundt dette.

Reiseutgifter:

Helse Sør-Øst RHF mener departementets løsning med at reiseutgifter bare vil bli dekket til "nærmeste sted" er riktig både praktisk og juridisk, selv om begrunnelsen som gis i forhold til fritt sykehusvalg kan brukes begge veier (et lite omfang kan tilsi at reiseutgifter bør dekkes). Ulikheten i dekning ved valg av behandlingssted i og utenfor Norge, kan som departementet skriver begrunnes i forskjellene mellom ordningene. Fritt sykehusvalg i Norge ble initiert for å utnytte kapasitet som allerede er finansiert, samtidig som pasientene fikk større rettigheter. Muligheten for å motta helsehjelp fra et annet EØS-land, er først og fremst en konsekvens av at tjenesteyterne skal stå likt.

5. System for behandling av søknader og utbetaling av refusjon (kap. 9)

Helse Sør-Øst RHF deler departementets syn om at behandlingen av søknadene om refusjon antakelig bør samles i én instans. Helsedirektoratet synes da mest aktuell. Spørsmålet må imidlertid sees i sammenheng med finansiering, da vi ikke finner det ønskelig at beslutningene skal ligge ett sted og finansieringen et annet. Det ser videre ut som EU-kommisjonen mener at trygdeforordningen også må sees i sammenheng med de nye refusjonsordningene som nå etableres, jf avsnitt 23 på side 27 i direktivforslaget. Dette innebærer at det må skje en samordning av ordningene for å sikre at pasienter som ville kommet bedre ut gjennom trygdeforordningen sikres tilgang til denne.

6. Finansiering (kap. 10)

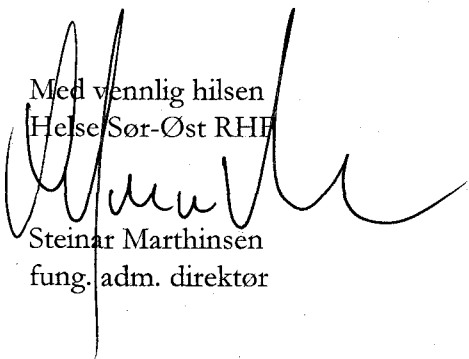
Hvis Helsedirektoratet skal ha beslutningsmyndighet, må de også ha finansieringsansvar. Det er prinsipielt uheldig å dele opp dette og dermed etablere ulike typer oppgjørsordninger mellom de ulike ansvarsnivåer og den instans som administrerer ordningen. Modell 2 anses derfor som mest hensiktsmessig. Man får da et nasjonalt knutepunkt som både vurderer, beslutter og betaler, og som også har finansieringsansvaret, dvs budsjettansvaret for ordningen.

Helse Sør-Øst RHF synes ikke det er riktig å legge avgjørende vekt på insentivargumentet som departementet viser til. Hensikten med refusjonsordningen er å legge til rette for pasienters rett til behandling utenfor Norge. Hva som gir insentiver for større eller mindre bruk av ordningen kan ikke være det sentrale i denne forbindelse

7. Forholdet til pasientskadeloven (kap. 11)

Helse Sør-Øst støtter departementets forslag om at pasientskadeloven ikke skal gjelde. De aktuelle tjenesteutøverne bør selv forpliktes. Norge vil heller ikke ha noen sanksjonsmyndighet overfor helsepersonell utenfor Norge.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF



Steinar Marthinsen
fung. adm. direktør



Ann-Margrethe Langbakk
juridisk direktør

