

Fra: Guri Snøfugl [Guri.Snofugl@helsedir.no]
Sendt: 2. oktober 2008 15:37
Til: Postmottak HOD
Emne: Høring - Forslag til endring i folketrygdloven mv. etablering av ordning for refusjon av utgifter til helsehjelp(ikke sykehusbehandling i andre EØS-land

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Deres ref.:

Saksbehandler:
GSN

Vår ref.:
08/9394

Dato:
02.10.2008

Forslag til endringer i folketrygdloven mv. - etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp(Ikke sykehusbehandling) i andre EØS-land
Det vises til høringsbrev av 16. juni 2008. Det fremgår av høringsnotatet at ny ordning skal forvaltes av NAV Helsetjenesteforvaltning (NAV HTF) som vil forestå det praktiske arbeidet med å saksbehandle de kravene som oppstår som følge av de foreslåtte endringene i regelverket. Ansvaret for helserefusjonsfeltet vil etter 1. januar 2009 bli en ytre etat under Helsedirektoratet og NAV HTF vil bytte

navn til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Saksbehandlingen knyttet til den nye ordningen vil dermed høre inn under Helsedirektoratets ansvarsområde.

Helsedirektoratet har i arbeidet med høringsuttalelsen hatt kontakt med Arbeids- og velferdsdirektoratet, herunder NAV HTF og vil vise til deres uttalelse når det gjelder synspunkt på detaljer for ordningen.

Helsedirektoratet vil spesielt støtte opp om Arbeids- og velferdsdirektoratets høringsuttalelse når det gjelder behov for nærmere konkretisering av ordningen og krav til framtidig forvaltning.

Helsedirektoratet vil understreke følgende:

- * Helse- og omsorgsdepartementet presenterer et lovforslag for ordningen som skal utfylles med forskrifter og mer utfyllende merknader for hvordan ordningen skal praktiseres. Dette er helt nødvendig for å få til en administrativt håndterlig ordning.

Helsedirektoratet ved HTF/HELFO

ønsker som framtidig administrativt ansvarlig for ordningen bistå HOD i dette arbeidet. Det er nødvendig at regelverket konkretiseres for å sikre likebehandling og administrativt håndterlig ordning.

- * Administrasjon av ordningen krever god kunnskap om andre EØS-lands helsetjeneste og fordrer kompetanseoppbygging både mht systemkunnskap, lovverk og språk. For å kunne forvalte ordningen trengs derfor målrettet kompetanseoppbygging i organisasjonen. Det er samtidig viktig at god informasjon om ordningen formidles til befolkningen. Dette gir organisasjonen nye utfordringer av kommunikasjonsfaglig karakter.

- * Høringsnotatet er uklart på hvor mye administrative og økonomiske ressurser ordningen vil kreve. Helsedirektoratet vil også påpeke at hvor mye ressurser som trengs til å forvalte ordningen vil henge sammen med hvordan forskrift og nærmere rutiner for forvaltning av ordningen utformes. Avklaring av krav til dokumentasjon, kontrollansvar og forholdet til økonomireglementet er relevant i den forbindelse. Det påpekes at merkostnadene ved å administrere ordningen håndteres som en del av den ordinære budsjettprosessen.

Helsedirektoratet forutsetter at dette følges opp og at det blir tilført nødvendige ressurser for å håndtere de nye oppgavene.

HOD ber spesielt om synspunkt på valg av finansieringsmodell. Det legges til grunn at kompetansekrav og hensyn til ensartet saksbehandling overfor brukene taler for at administrasjons av ordningen samordnes. Valg av finansieringsmodell handler dermed først og fremst hvor administrativ enhet

HTF/HELFO skal sende regningen for refusjonskravene. Høringsnotatet drøfter 4 ulike

finansieringsmodeller. Helsedirektoratet er her enig i at hovedutfordringen er å finne fram til en ordning

som er enkel å administrere og som i størst mulig grad gir samsvar mellom sørge for ansvar og finansieringsansvar.

Etter Helsedirektoratets syn bør finansieringsordningen i størst mulig grad bygge på ansvarsprinsipp når det gjelder finansiering. Den forvaltningsinstans som har sørge for ansvar bør som hovedregel

også finansiere helsetjenesten. Dette taler isolert sett for foreslåtte modell 1. Gjeldende

finansieringsmodell for helsetjenester bryter til dels med ansvarsprinsippet i og med at folketrygden

delfinansierer tjenester, og ved at den aktivitetsbaserte finansieringsandelen av ISF-ordningen kan sees

på som direkte statlig finansiering. Det kompliserer administrasjon av refusjonskravene at dagens

finansieringsansvar for flere helsetjenester er delt mellom flere forvaltningsnivåer. Administrativt sett vil

det være enklest dersom en instans har ansvar for finansiering av hele ordningen, jf. modell 2 at

folketrygden får fullt finansieringsansvar for ordningen. Hensynet til kostnadskontroll og uheldig incentiv

med tredjeparts finansiering gjør likevel at det er vanskelig å anbefale denne løsningen.

Helsedirektoratet stiller seg positiv til en modell hvor refusjonskrav for helsetjenester i størst mulig grad

finansieres etter samme prinsipper som gjelder for helsetjenester i Norge (modell 3). Prinsippet kan

imidlertid være vanskelig å følge opp i og med at organisering av helsetjenestene er ulike i forskjellige

land. Mulighet til å skille mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste kan for eksempel være

vanskelig (f.eks legehjelp og rehabilitering). Likeledes kan det være vanskelig å praktisere krav til

henvisning og begrenning til tjenesteutøvere med offentlig tilknytting. Valg av finansieringsmodell vil

dermed være en konsekvens av hvordan ordningen utformes og i hvilken grad det vil være praktisk

mulig å knytte refusjonskravet til ansvarlig forvaltningsmyndighet.

Det trengs videre presisering av ordningen med hensyn til avgrensninger av virkeområdet før det er

mulig å kategorisere refusjonskrav i forhold til hvilken tjeneste som dekkes og hvilken

forvaltningsinstans som har ansvar for finansiering av tjenesten. I videre utforming av ordningen bør det

legges opp til system for registrering av refusjonskrav som gir mulighet til å følge opp hvilke

refusjonskrav som kommer inn og hvor disse hører hjemme mht finansieringsansvar. Dette bør også

utfores system for registrering, rapportering og oppfølging av refusjonskrav mot ansvarlige enheter og

pasienter i forhold til egenbetaling.

Det er etter Helsedirektoratets syn vanskelig å komme med klar konklusjon om finansieringsmodell før

ordningen har blitt nærmere konkretisert. Det bør heller ikke legges opp til detaljert system for fordeling

av utgifter før det viser seg at ordningen blir brukt i vist omfang Det kan derfor være hensiktsmessig å

legge opp til å vurdere finansieringsansvaret på nytt etter at ordningen har vært i bruk ei stund. Ønske om en gjennomgående ordning med felles prinsipp for finansierings av helsetjenestene enten den ytes i Norge eller EØS land bør derfor vike for en mer pragmatisk tilnærming som letter administrativ oppfølging (modell 4 med evt. tilpasninger). Helsedirektoratet ser fram til å følge arbeidet videre og bistår gjerne i den videre konkretisering av ordningen med sikte på å finne fram til gode løsninger.

Vennlig hilsen

Leena Kiviluoto e.f.
avdelingsdirektør
Guri Snøfugl
seniorrådgiver
Dokumentet er godkjent elektronisk