

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

AKH/FRJ/MOJ/ab

200702010-/KBD

30. september 2008

Høring - forslag til endringer folketrygdloven mv. - etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp (ikke-sykehusbehandling) i andre EØS-land

LHL, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke har gjennomgått ovennevnte høringsdokument og har følgende kommentarer.

LHLs synspunkter

- Den foreslåtte refusjonsordningen vil gi økt valgfrihet for pasienter når det gjelder hvor de vil motta ikke-sykehusbehandling. Det mener LHL er positivt.
- LHL mener refusjonsordningen slik den er foreslått å fungere, vil favorisere de som har så god økonomi at de kan legge ut for behandlingen. Det er negativt og vil føre til økte sosiale helseforskjeller.
- LHL mener det må etableres en ordning med forhåndsvurdering av refusjonsspørsmål slik at pasienten kan få vite om den aktuelle helsetjenesten ligger innenfor eller utenfor det som etter regelverket dekkes og hva tjenesten koster i Norge.
- LHL mener departementet må gjennomføre nye drøftinger og invitere med brukerorganisasjonene for å dra grenser mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling og for å definere rehabilitering i forhold til refusjonsordningen.
- LHL er tilfreds med at refusjon for tannhelsetjenester behandles som refusjon for øvrige helsetjenester, med et beløp opp til den stønadssatsen som gjelder i Norge for tilsvarende behandling fratrukket egenandelen.

Generelle kommentarer

Refusjonsordningen som er skissert, vil bety 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. LHL mener økt valgfrihet

for pasientene er et gode. Derfor er vi positive til at Norge følger opp sine forpliktelser etter EØS-avtalen og etablerer en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp (ikke sykehusbehandling) i andre EØS-land.

LHL har samtidig vanskelig for å se at dette vil bli av stort omfang. Etter vår mening vil de fleste som trenger helsehjelp i Norge, ønske å motta tjenestene her i landet – forutsatt at tjenestene er av god kvalitet og kan gis uten for lang ventetid. Derfor må myndighetenes fokus være på å skape best mulige tjenester her i landet, samtidig som Norge følger opp forpliktelser i EØS-avtalen. Og for en del pasienter vil det være positivt at det nå blir mulighet til å få dekket utgifter til helsetjenester i andre EØS-land. Det vil blant annet gjelde personer som bor i grensestrøk eller av ulike årsaker oppholder i andre land deler av året. Utfordringen er å utforme en refusjonsordning som oppfyller overordnede målsettinger som likeverdig tilgang til tjenester og ikke holder enkeltmennesker eller grupper utenfor på grunn av økonomiske betingelser eller andre forhold.

Like muligheter

For LHL er det viktig at alle skal oppleve mest mulig likeverdig tilgang til helsetjenester – uavhengig av kjønn, alder, etnisk opprinnelse, kronisk sykdom, funksjonshemming, bosted og personlig økonomi. Dette bør også gjelde de muligheter som bygges opp gjennom den nye refusjonsordningen. Vi vil her også vise til St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller hvor det fra regjeringens side er et uttalt mål at *”helse- og omsorgstjenestene skal være likeverdige med hensyn til både tilgjengelighet, bruk og resultat”*, side 57). Det er vanskelig å se at den foreslåtte refusjonsordningen er i tråd med dette så lenge det forutsettes at pasienten skal legge ut for den behandlingen som mottas i andre EØS-land og så søke refusjon i Norge etterpå – og uten at en på forhånd vet om kostnadene vil bli refundert.

Vi mener departementets argumentasjon på dette punktet er overraskende svak, sett i forhold til de ambisjonene som kom til uttrykk i stortingsmelding 20 (jfr ovenfor). I det foreliggende høringsdokumentet heter det at *”det er uheldig at muligheten til å benytte den valgfriheten ordningen gir pasienter, vil kunne være avhengig av personlig økonomi”* (jfr høringsnotatet side 72). Det listes i tillegg opp flere forhold som vil bidra til å gjøre det mindre ”fordelaktig” for en del pasienter å benytte ordningen – som språkbarrierer, kulturelle forskjeller, begrenset informasjon om behandlingsmuligheter i utlandet osv. Det er skuffende at departementet ikke foreslår noen kompenserende tiltak.

LHL mener departementet må ta ansvar for å utvikle god informasjon om mulighetene som kan ligge i ordningen. Det bør også vurderes om det er mulig å etablere en ordning med forhåndsvurdering av refusjonsspørsmål. Dette ikke for å få forhåndstilsagn, men en saklig vurdering av om utgiftene anses å være innenfor eller utenfor ordningen.

Hva er ikke-sykehusbehandling? Hva med rehabilitering?

Den foreslåtte refusjonsordningen skal ikke omfatte sykehusbehandling. Dette begrunnes i at sykehus tjenester etter EF-domstolens syn krever planlegging i en slik grad at restriksjoner i

den frie flyt av tjenester må aksepteres. For refusjon av utgifter til sykehustjenester kan det således stilles krav om forhåndsgodkjenning. På mange områder er det imidlertid uklart hvor grensen mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling skal trekkes. LHL har merket seg departementet drøfting av hva som er sykehusbehandling kontra ikke-sykehusbehandling. LHL mener drøftingene viser hvor vanskelig grenseoppgangene her blir.

På ett viktig område mener LHL at departementet må gjennomføre flere drøftinger, før en avgjørelse fattes. Det er på området rehabilitering. I høringsnotatet har departementet definert *"rehabilitering som krever innleggelse i institusjon"* som en sykehustjeneste og dermed utenfor refusjonsordningen. Samtidig sies også at innleggelse ikke er den eneste faktoren i vurderingen.

Utgifter til fysioterapi vil etter det vi forstår kunne bli refundert under den nye refusjonsordningen. Etter departementets tolkning vil det derimot ikke bli dekket hvis pasienten mottar fysioterapi under innleggelse i en rehabiliteringsinstitusjon i utlandet – ut fra det resonnement at rehabilitering i institusjon er en sykehustjeneste. I Norge finnes det også institusjoner som driver med rehabilitering på kommunalt nivå – uten at dette kan kalles sykehusbehandling. LHL stiller seg derfor undrende til de avgrensninger som departementet skisserer når det gjelder rehabilitering.

LHL mener rehabiliteringsfeltet fortsatt er et lavt prioritert område i Norge og vi har derfor krevd at rehabilitering blir den neste store helsereformen. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) som regjeringen la fram i fjor, sikrer ikke en styrking av rehabiliteringsfeltet. Derfor krever LHL en forpliktende nasjonal handlings- og opptrappingsplan for oppbygging av tilbudet her i landet. Samtidig mener LHL at muligheten til å dra til andre EØS-land for rehabilitering, vil kunne bli et tilbud som flere kan benytte seg av. LHL kan imidlertid ikke se det å reise til utlandet for å få rehabilitering, vil bli av stort omfang. Mest aktuelt vil det være for de som trenger tidsavgrenset opptrening.

LHL mener departementet må gjennomføre nye drøftinger og invitere med brukerorganisasjonene for å dra grenser mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling og for å definere rehabilitering i forhold til refusjonsordningen.

LHL støtter at det gis hjemmel til i forskrift å regulere hvilke typer tjenester som omfattes av refusjonsordningen.

Vi har for øvrig merket oss at EU har kommet med klare signaler om at også sykehustjenester etter hvert skal omfattes av fri flyt-regelen. Det vil bety at de regler som nå foreslås innført, vil kunne bli et kort preludium mot mer omfattende endringer.

Tannhelsetjenester

Departementet legger til grunn at refusjonsordningen skal omfatte tannhelsetjenester på lik linje med andre helsetjenester. Det betyr at i den grad utgiftene til tannbehandling ville blitt dekket i Norge, vil de også bli dekket ved behandling i annet EU/EØS-land.

På området tannhelsetjenester, mener LHL at refusjonsordningen vil kunne bety en reell utvidelse av norske pasienters muligheter til å få tannbehandling. Det er positivt. Tannhelsetjenester er dyre i Norge. Egenandelene som folk må ut med i Norge for tannbehandling er store, og varierer i tillegg svært mye. Høye kostnader synes å være hovedgrunnen til at mange nordmenn allerede har oppsøkt tannbehandling i utlandet. Mange pasienter kan gjennom å oppsøke tannhelsetjenester i andre EØS-land, kunne få lavere utgifter til nødvendig tannbehandling. LHL er tilfreds med at refusjon for tannhelsetjenester foreslås behandlet som refusjon for øvrige helsetjenester, med et beløp opp til den stønadssatsen som gjelder i Norge for tilsvarende behandling fratrukket egenandelen.

Bidrag etter § 5-22

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. Departementet vil vurdere unntak. LHL kan ikke se at det er noen grunn til å forskjellsbehandle medisin på blå og hvit resept. Medisin på blå resept bli omfattet av ordningen. Da mener vi at det samme må gjelde for hvit resept som det gis bidrag til dekning for etter § 5-22. For mennesker med kroniske hjerte- og lungesykdommer er regelen om bidrag til medisin på hvit resept en viktig bestemmelse og sikring.

Med vennlig hilsen
Landsforeningen
for hjerte- og lungesyke

Arne Ketil Hafstad
fung. forbundsleder
/s/

Frode Jahren
generalsekretær