



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep.  
0030 OSLO

Deres ref.

Vår sak  
08/01773-013 010357/08 NTG  
665.20

Sted/Dato  
Oslo, 13.10.08

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

LO har mottatt høring om forslag til endringer i folketrygdloven og enkelte andre lover i forbindelse med innføring av rett til refusjon av utgifter til såkalt ikke-sykehusbehandling i andre EØS-land. Vi takker for utsatt høringsfrist til 13. oktober 2008.

LO har ingen kommentarer til de konkrete lovendringsforslagene. Vi har følgende kommentarer til de drøftingene som gjøres av forhold som senere vil bli forskriftsregulert:

### **Avgrensning**

LO støtter departementets restriktive linje hva gjelder avgrensning av retten til refusjon av ikke-sykehusbehandling utført i andre EØS-land. Det synes riktig og viktig å kategorisere både behandling i det psykiske helsevernet, rusbehandling, rehabilitering på institusjon og avanserte polikliniske utredninger og behandlinger som sykehusbehandling.

LO er enig i at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene ikke skal omfattes av refusjonsordningen. Dette er tjenester som ligger i grenselandet mot sosiale tjenester, krever tildelingsvedtak og ofte varer over lang tid.

Med bakgrunn i fastlegeordningen, behov for bemanningsplanlegging og det forhold at noe legehjelp allerede i dag dekkes ved midlertidig opphold i andre EØS-land, oppfordrer LO departementet til å vurdere muligheten for å legge en

noe strengere avgrensning til grunn for rett til refusjon av utgifter til lege- og spesialistbistand.

### **Vilkår for refusjon**

LO vil understreke viktigheten av at ordningen bare skal omfatte utgifter som den aktuelle pasienten ville fått helt eller delvis dekket av det offentlige dersom helsehjelpen var mottatt i Norge. Det synes riktig å gjøre krav og begrensninger som gjelder i Norge gjeldende også for refusjon av helsehjelp ytt i andre land. Dette omfatter forhold som krav til henvisninger, helsepersonellens autorisasjon og offentlig tilknytning, samt valg av behandlingstyper.

LO finner departementets drøfting av hvilken personkrets som skal være berettiget til refusjon både nyansert og fornuftig. Vi tar imidlertid i denne omgang ikke detaljert stilling til dette spørsmålet.

### **Refusjonens størrelse**

LO støtter departementets forslag om at det aldri skal ytes refusjon med mer enn det pasienten faktisk har betalt for helsehjelpen, og at refusjonen bør begrenses oppad til hva tilsvarende helsehjelp i Norge hadde kostet det offentlige. Videre at pasienten skal belastes med samme egenandel som i Norge og at reise- og oppholdsutgifter dekkes som om pasienten hadde reist til nærmeste mulige sted for mottak av helsehjelp. Det virker dog fornuftig at refusjonskravet for noen typer behandling som hovedregel dekkes etter pålydende, mens andre typer behandling mer rutinemessig refunderes med norske standardsatser.

### **Forvaltning av ordningen**

Departementet foreslår at behandling av refusjonssøknader samles ett sted og legges til den instans som ivaretar helserefusjonsfeltet for øvrig. Dette skal overføres fra NAV Helsetjenesteforvaltning til Helsedirektoratet fra 1. januar 2009. Krav om dekning av reise og opphold foreslås ivaretatt av NAV, som inntil videre håndterer refusjon av pasienttransport innenlands, på vegne av de regionale helseforetakene.

I tråd med visjonen bak etableringen av NAV som hovedinngangsdør til helse- og sosialytelser dekket av det offentlige, mener LO at det enkelte NAV-kontor også i denne sammenheng bør kunne bistå brukerne i førstelinjetjenesten, uavhengig av hvilken instans som reelt sett saksbehandler selve refusjonskravet.

### **Finansiering**

Departementet skisserer fire ulike modeller for finansiering av refusjonene. LOs umiddelbare vurdering er at modell 2 (statlig

finansieringsansvar/folketrygden) virker mest rasjonell, sammenliknet med de andre modellene som alle innebærer varianter av utgiftsfordeling mellom flere forvaltningsnivåer. Det er grunn til å tro at dette i utgangspunktet vil dreie seg om et relativt beskjedent utgiftsomfang. Da virker det hensiktsmessig å etablere en tilpasset, forenklet og dermed mest mulig effektiv finansieringsmodell.

De mulige og uønskede vridningseffektene og atferdsendringene som en slik modell eventuelt kan innebære, ved at den instans som måtte ha betalt for tilsvarende behandling i Norge vil spare penger ved pasientlekkasjer til utlandet, kan komme til å bli marginale sett i forhold til den effektivitet og de besparelser som ligger i en samordnet og enhetlig finansieringsordning uten omfattende viderefakturering til henholdsvis kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og folketrygden. Som departementet uttaler, kan det på kort sikt uansett synes fornuftig å samle finansieringsansvaret via trygdebudsjettet, inntil det opparbeides erfaring med hvor hovedtyngden av utgiftene vil ligge. Sekundært vil det vel være mest nærliggende å velge en pragmatisk utgiftsfordeling/viderefakturering til de største ansvarlige instansene, å la modell 4.

### **Pasientskadeerstatning**

Den norske pasientskadeloven gjelder i dag ikke for andre helsetjenester ytt i utlandet enn for de tilfeller der pasienter mottar slik helsehjelp i regi av norske myndigheter. I tråd med dette foreslås det at pasientskadeloven heller ikke skal gjelde for frivillig oppsøking av ikke-sykehusbehandling i utlandet.

LO har forståelse for denne avgrensingen, med henvisning til behandlingslandets erstatningsregler. Vi vil imidlertid understreke viktigheten av å opplyse publikum tydelig om dette i tilknytning til refusjonsordningen.

### **Tilgjengelighet**

Det er viktig at det enkelte medlem av folketrygden lett kan finne informasjon om hvilke typer av behandling som gir rett til refusjon. Videre bør det vurderes mulighet for å få bindende forhåndsgodkjenning av refusjon for visse typer behandling.

Vennlig hilsen

**LANDSORGANISASJONEN I NORGE**

  
Geir Mosti

  
Stein Reegård