



Helse – og omsorgsdepartementet
P.B. 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.: 200702010-KBD

Vår ref.: 08/11785

Dato: 29.09.08

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

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til endringer i folketrygdloven mv. Endringene gjelder etablering av en refusjonsordning for utgifter til helsehjelp mottatt i andre EØS-land. Refusjonsordningen skal gjelde "ikke-sykehusbehandling".

I avdeling Pensjon og ytelse i Arbeids- og velferdsdirektoratet har Helsetjenesteseksjonen kommet med innspill og videre har seksjonen Budsjett, resultatoppfølging og analyse kommet med innspill til de fire finansieringsordningene. NAV Helsetjenesteforvaltning hovedkontor, heretter omtalt som NAV HTF, har gjennomgått Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat og i forbindelse med utarbeidelse av høringsuttalelsen er alle regionkontorene i NAV HTF oppfordret til å komme med innspill. Innspillene er innarbeidet i denne høringsuttalelsen.

Som det fremgår av høringsnotatet er det NAV HTF som vil forestå det praktisk arbeidet med å saksbehandle de kravene som oppstår som følge av de foreslåtte endringene i regelverket. Ansvar for helserefusjonsfeltet ligger i dag hos NAV HTF. Etter 1. januar 2009 bytter NAV HTF navn til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) og blir en ytre etat under Helsedirektoratet. HELFO skal forestå all enkeltsaksbehandling av de sakstypene i folketrygdloven kapittel 5 som per i dag formelt er overført til NAV HTF.

HELFO vil bestå av et hovedkontor lokalisert i Tønsberg og et antall regionale enheter, et servicesenter og enhet for pasientformidling. I tillegg blir deler av utlandssakene behandlet i en egen utlandsseksjon under region Oslo. HELFO får delegert myndighet på helserefusjonsområdet.

Departementet viser i høringsnotatet til at EU-kommisjonen har under utarbeidelse et forslag til direktiv om regulering av grensekryssende pasientrettigheter. Forslag til Europaparlamentets og Rådets direktiv om pasientrettigheter i forbindelse med grenseoverskridende helsetjenester, heretter omtalt som pasientrettighetsdirektivet, ble lagt fram den 7. juli 2008. I og med at direktivforslaget nå er lagt fram, er det naturlig å se forslagene i høringsnotatet i lys av de forslag til løsninger som kommisjonen legger fram. Dette gjelder særlig i forhold til skillet mellom sykehus- og ikke-sykehusbehandling.

ARBEIDS- OG VELFERDS DIREKTORATET

Postadresse: Postboks 5, st. Olavsplass // 0130 Oslo

Besøksadresse: Hambros plass 2 // 0164 Oslo
Tlf: 2107000 // Faks: 2107000

www.nav.no

I det følgende er høringsbrevet bygget opp etter samme struktur og kapittelinnndeling som høringen.

Avslutningsvis har NAV noen generelle kommentarer, herunder om behov for kontroll av om pasienters krav på stønad er rettmessig.

Sammenfatningsvis vil NAV særlig anføre følgende utfordringer knyttet opp til administreringen av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp (ikke-sykehusbehandling) i andre EØS – land:

- Vi ser behov for en omfattende detaljregulering av området
- En hovedutfordring vil være å utforme vilkår som samsvarer med de vilkår som gjelder for refusjon i Norge, samtidig som de reelt sett ikke diskriminerer tjenesteytere i andre land eller hindrer fri bevegelighet av tjenester
- Vi ser en vesentlig utfordring i forhold til språkproblematikk
- Det vil være behov for å utrede nærmere forvaltningens ansvar for å opplyse og utrede saken, i forhold til hvilken dokumentasjonsplikt som kan pålegges den enkelte bruker
- Det vil være store utfordringer knyttet opp mot dokumentasjon av gjennomført behandling, forholdet til vurdering av medisinsk nødvendighet mv
- Ordningen vil by på store utfordringer knyttet til flere aspekter av kontroll
- Vi ser et behov for nærmere utredning i forhold til tilbakekreving- og misbrukssaker
- Konsekvensen på tannområdet vil kunne bli særlig ressurskrevende. Ikke minst knyttet til kontroll og informasjon

I. Konkrete merknader til høringsnotatet

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

NAV har ingen merknader.

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

4.4 Stønad ved helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5

4.4.3 Takster og egenandeler jfr. 8.3

Kiropraktor, logoped, audiopedagog og ortoptist

I forskriften som gjelder for logoped- og audiopedagogbehandling er det kun fastsatt refusjonstakster. Det er ikke angitt honorartakster, men for hørselshemmede og dersom det foreligger behov for langvarig behandling, kan det ytes full refusjon av utgiftene.

Logopedene og audiopedagogene har selv fastsatt takster for hva som skal dekkes med full refusjon (honorartakster). Takstene er langt høyere enn refusjonstakstene, som ikke er regulert på over 20 år. Når det gjelder logopedbehandling, er det ikke helt riktig å si at det kun gis stønad etter refusjonstakst fastsatt i forskrift. I praksis gis det nå kun stønad etter honorartakster fastsatt av Norsk Logopedlag, jf.

vedlegg 1 til rundskriv til § 5-10. HOD har varslet en gjennomgang av regelverket med sikte på å rydde opp i dette. Dette blir viktig også i forhold til det nye regelverket for refusjon i utlandet.

4.4.5. Bidrag til spesielle formål etter folketrygdloven § 5-22

NAV vil bemerke at bidrag til briller for barn under 18 år er NAV Hjelpemiddelsentraler og spesialenheters ansvarsområde.

Dette bidragsformålet er etter alt å dømme på vei ut av kapittel 5, administreringen er allerede fra siste årsskifte flyttet til hjelpemiddelsentralen i Vest-Agder, og departementet har signalisert at budsjettmidlene skal flyttes over i kapittel 10 fra kommende nyttår.

Etter det vi kan forstå vil dette medføre at slike briller vil bli en naturalytelse, og ikke lenger en helsetjeneste.

På bakgrunn av dette kan det være en ide å ikke bruke dette kulepunktet som et eksempel på hva som omfattes av bidragsordningen § 5-22.

5 Utenlandsk rett

NAV har ingen merknader.

6 Virkeområde for refusjonsordningen som skal innføres – avgrensning

6.2 Skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling

Høringsnotatet beskriver flere aktuelle problemstillinger hva gjelder skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling. Beskrivelsene er i tråd med NAVs erfaringer på området. Etablering av et stringent og klart skille mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling vil etter NAVs vurdering være helt avgjørende for hvor enkelt eller komplisert det vil være å håndtere refusjonsarbeidet i praksis.

NAV registrerer at forslaget til pasientrettighetsdirektiv trekker opp prinsippene for skillet mellom disse behandlingene på samme basis som høringsnotatet. Forslaget til pasientrettighetsdirektiv fokuserer imidlertid på å gi en klar definisjon av hva som regnes som sykehusbehandling ved at dette vil bli definert som følger:

- Helsetjenester som krever at pasienten innlegges for minst én natt.
- Helsetjenester som er oppført på en egen liste over helsetjenester, som ikke krever at pasienten legges inn for minst én natt.

Listen begrenses til:

- helsetjenester, som krever bruk av høyt spesialisert og kostnadskrevende medisinsk infrastruktur eller medisinsk utstyr eller
- helsetjenester, som innebærer behandlinger som utgjør en særlig risiko for pasienten eller befolkningen.

Denne listen er forutsatt utarbeidet og oppdatert regelmessig av Kommisjonen. Helsetjenester som går inn under begrepet ikke-sykehusbehandling vil da være alle andre tjenester enn de som etter definisjonen over er helsetjenester som regnes som sykehusbehandling, og i vår sammenheng tjenester som er refunderbare etter norsk regelverk.

Etter NAVs oppfatning vil dette være en hensiktsmessig måte å trekke opp grensene som utgangspunkt for nærmere presisering i forskriftsverket.

Det er både i høringsnotatet og forslaget til pasientrettighetsdirektivet forutsatt at forhåndsgodkjenning ikke skal kunne kreves. I stedet er forvaltningens veiledningsplikt fremhevet. Disse prinsippene er NAV enig i. Det er imidlertid viktig at dette balanseres mot at brukeren også har en selvstendig undersøkelsesplikt og må bære risiko for sine valg. Dette må komme klart fram i regelverket. Forvaltningen har alminnelig veiledningsplikt, jf. § 11 i forvaltningsloven. NAV kan ikke se at det kan innføres noen veiledning som går lenger enn rammene innenfor forvaltningsloven på dette området. Et system utover en generell veiledningsplikt vil være med på å skape forventninger hos pasienten om dekning av utgifter som kan vise seg ikke å være riktig i etterkant. Forslaget til refusjonssystem er lagt opp til at pasienten selv løper risikoen for å få dekket utgiftene, og ikke skaper urealistiske forventninger til dekning. NAV vil påpeke at det kan være vanskelig for brukere av ordningen å forstå at de selv løper risikoen for ikke å få dekket utgiftene i etterkant. Det er viktig at dette tydeliggjøres i forskriften.

Det er skissert i høringsnotatet at de forskjellige medlemslandene vil kunne ha en skjønnsmessig forskjellig oppfatning av hvilke behandlinger som betraktes å være sykehustjenester og ikke-sykehustjenester. En behandling som i et EØS-land praktiseres å være en ikke-sykehustjeneste, vil eksempelvis i Norge kunne regnes som en sykehustjeneste. Motsatt oppfatning kan også forekomme. En annen problemstilling er at graden av en sykdom, den enkeltes helsetilstand kan være avgjørende for om det kreves sykehusbehandling eller ikke-sykehusbehandling.

Det forutsettes derfor at regelverket gir en klar definisjon av hva som skal regnes som sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling.

6.4 Tannhelsetjenester

Som det fremgår av høringsnotatet kan det som følge av endringsforslaget være mulighet for en økt etterspørsel etter tannhelsetjenester i andre EØS-land fordi kostnadsnivået for tannhelsetjenester i mange medlemsland er betydelig lavere enn i Norge

NAV er enig med departementet i vurderingen av virkeområdet for refusjonsordningen i forhold til dekning av utgifter til tannbehandling i andre EØS land. Den tannbehandling som kan dekkes av folketrygden etter ftrl. § 5-6 er å regne som ikke-sykehusbehandling.

En del av de tannbehandlingene som det ytes stønad til etter ftrl. § 5-6, kan innebære en høy egenbetaling for pasientene, da det på tannhelsefeltet ikke er etablert en ordning med nasjonale takster. Pasientene kan oppleve til dels høye utgifter (egenandel og mellomlegg fra tannlege). Pasienter har dermed et incentiv for å dra til andre EØS land for behandling, hvor kostnadsnivået for tannbehandling er lavere enn i Norge. På dette feltet vil det potensielt kunne føre til at mange vil benytte seg av denne muligheten, for å spare penger. NAV er enig med departementet i at innenfor tannhelsefeltet vil ordningen føre til en utgiftsøkning for folketrygden, da det kan være flere som velger å benytte seg av tannbehandling. Det er vanskelig på nåværende tidspunkt å fastslå hvor stor en slik utgiftsøkning vil være.

Med forslaget om at refusjonsordningen for helsetjenestene skal være den samme som om behandlingen var utført i Norge, vil pasienten, ved behandling i et lavkostland, sitte igjen med en lavere egenbetaling ved tannbehandling enn ved tilsvarende behandling i Norge.

Et system hvor man får dekket det man har krav på i Norge, men ikke noe mer, er det mest forutberegnelige for pasientene, og det enkleste å forvalte. På den måten kan man også minske risikoen pasienten tar ved å dra ut i motsetning til å velge behandling i hjemlandet. Departementet har lagt opp til at rammen for ftrl. § 5-6 er gjeldende. NAV er enig i dette

Innføring av en ordning med refusjon for tannhelsetjenester som kommer inn under fylkeskommunenes ansvar og etter folketrygdlovens § 5-6, for behandlinger utført i EØS, vil være det element som sannsynligvis vil innebære de største konsekvenser for brukere, og for utgiftsnivået.

NAV HTF Oslo behandler i dag refusjoner for tannbehandling etter folketrygdloven § 5-6 for brukere med rettigheter etter folketrygdloven § 5-24, og har erfaring for at kontrollaspektet er meget krevende.

Spesielt om 19- og 20 åringene i den offentlige tannhelsetjenesten

I høringsnotatet står det på side 17, at Ungdom som fyller 19 eller 20 år (gruppe d) i behandlingsåret ikke skal betale høyere egenandel enn 25 prosent av takster fastsatt av departementet. For gruppe d eksisterer det gråsoneproblematikk i forhold til dekning av utgifter mellom fylkeskommunen og folketrygden. Vi viser i den forbindelse til brev sendt ut fra Helse- og omsorgsdepartementet den 25.01.08 vedrørende utdypelse av regelverket, herunder forholdet mellom tannhelsetjenesteloven § 2-2, jf. § 1-3 bokstav d) og ftrl. § 5-6, jf. § 5-1 samt vederlagsforskriftens § 3 første og annet ledd. NAV forutsetter at praktiseringen skal være i tråd med instruks fra departementet, også ved utgifter påløpt i annet EØS- land.

Bruk av ordningen

At flere får anledning til å benytte seg av ordningen med stønad til dekning av utgifter til tannbehandling er gunstig i et folkehelseperspektiv, og kan være med på å utjevne sosial ulikhet i helse. Imidlertid kan det reises spørsmål ved om de mest ressursvake uansett vil klare å benytte seg av dette tilbudet. Trolig er ikke dette det tiltak som vil nå de som eventuelt ikke klarer å benytte seg av tjenestene i dag.

Hvis mange av de som har krav på stønad etter ftrl. § 5-6, velger å benytte seg av et behandlingstilbud i EØS land, vil dette føre til en mer ressurskrevende saksbehandling av refusjon for tannbehandling. Dette vil være en mye mer tungvint oppgjørsform, enn direkte oppgjør med behandler. Refusjonsordningen slik den fremstår i høringsnotatet virker ressurskrevende å administrere. Både på grunn av komplisert regelverk, lite tilrettelagt for direkte oppgjør og elektronisk saksbehandling.

Dokumentasjon – kontroll

Dokumentasjonskravene er omfattende for at NAV skal kunne avgjøre om en behandling er refusjonsberettiget eller ikke. Tannlegen skal kunne dokumentere bakgrunnen for sitt valg av behandling og forsvare bruken av forskjellige takster. Det er krav til forskjellig kompetanse fra tannlegenes side i forhold til forskjellige behandlingsformer. Det er grunn til å tro at det kan oppstå vanskeligheter i eksempelvis kontrolløyemed å kunne innhente den nødvendige dokumentasjon fra behandlere som ikke har kjennskap til norsk regelverk og krav.

Det må derfor stilles store krav til at regelverket blir utformet på en klar og pedagogisk måte. Regelverket må gi klare føringer for hva det skal legges vekt på i vurderingen før det innvilges refusjon.

Det må framgå:

- Klare skiller mellom refunderbare og ikke-refunderbare behandlinger
- Klare, detaljerte og uttømmende krav til hvilken dokumentasjon den som søker refusjon tilpliktes å framskaffe (for eksempel bilder, røntgen, modeller m.v. fra før behandling påbegynnes).

Det er etter NAVs erfaring med disse sakene overhengende fare for at andre tannbehandlinger enn de refusjonsberettigede vil bli søkt dekket gjennom fremsetting av refusjonskrav. Særsilt fordi kravet om forhåndsgodkjenning etter ftrl. § 5-6 nå er falt bort.

I og med at kostnadene ved enkeltbehandlinger kan bli meget høye, og at volumet av utenlandsbehandlinger må forventes å øke på grunn av prisforskjellene mellom Norge og en rekke andre EØS-land, stilles det høye krav til tannfaglig kompetanse i saksbehandlingen og kontrollarbeidet i NAV.

Kontroll

Det reiser seg flere spørsmål rundt mottak av dokumentasjon fra utenlandske tannleger. En refusjonsordning for behandling i annet land enn hjemland, er i sin natur vanskeligere å kontrollere, da man sitter lenger unna ytelsen av helsehjelpen. Den refusjonsordningen som utformes nærmere i forskrift, stiller store krav til den dokumentasjon pasienten må sende inn for sitt krav. Det kan vurderes om søknad bør fremsettes på eget skjema. På sikt bør det i størst mulig grad lages et system hvor innsending kan gjøres elektronisk for å redusere risikoen for misbruk av ordningen.

NAV er enig i at det ikke skal legges opp til en ordning med forhåndsgodkjenning i saker om dekning av utgifter til tannbehandling i EØS-land. Imidlertid skriver departementet på side 41, at pasienter på forhånd kan konsultere helsepersonell eller myndigheter i Norge, og be om veiledning med hensyn til disse forholdene. NAV mener det er uklart hva som menes med dette se nærmere punkt 6.2.

Krav til henvisning

Departementet foreslår at det skal opprettholdes henvisningskrav i de tilfeller dette er et krav i henhold til nasjonal rett. NAV er enig i denne vurderingen sett ut i fra hensynet til effektiv utnyttelse og prioritering av ressurser i helsetjenesten. Departementet foreslår at i de tilfeller det ikke foreligger et 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. NAV mener at denne løsning vil bli vanskelig å praktisere. NAV er av den oppfatning at man må tilrettelegge for et refusjonssystem med et henvisningssystem eller unnlate å ha et henvisningsinstitutt. Vi anbefaler et henvisningssystem, og at det ikke er adgang til å refundere utgifter uten slik henvisning.

Beregning av refusjonsbeløpet

NAV er enig med departementet i at det ikke skal refunderes mer enn det som dekkes i hjemlandet. Konsekvensen av dette slik NAV ser det er at refusjonen må følge det takstsystemet man har for tannhelse. Det finnes ikke en sum for hver behandling som refunderes. Systemet er oppbygd etter stykkpristakster, og behandlingene for de aktuelle sykdommene kan variere. Enkelte behandlingsformer er mer standardisert enn andre. Men behovet for behandling varierer i hvor stor grad pasientens sykdom har fremskredet, og tannlegen kan velge ulike behandlingsformer i sin behandling, og benytter takstene i ulik grad i forhold til hva som er medisinsk nødvendig behandling i det enkelte tilfellet. NAV mener det er grunn til å foreta en nærmere vurdering av hvordan dette skal løses i praksis. Det bør stilles samme krav til dokumentasjon for en behandler i annet EØS- land som det stilles til tannleger i hjemlandet.

Det vil by på informasjonsmessige utfordringer å formidle norsk regelverk og norske dokumentasjonskrav m.v. til utenlandske behandlere. Det bør vurderes informasjonstiltak både på internett og via papirbrosjyre rettet mot pasienter og behandlere.

For stønad til tannbehandling gjelder særskilte kompetansekrav til tannlegen i § 3 i forskrift til flrl. § 5-6. I høringen er det foreslått at kravet om spesialistkompetanse opprettholdes for kjeveortopedi og oralkirurgi, da denne spesialiteten finnes i alle EØS land. Det er imidlertid foreslått at det ikke bør stilles krav om spesialistgodkjenning for spesialiteter utført i land der den aktuelle spesialiteten ikke finnes. Imidlertid skriver departementet på side 50 i høringen at det bør kunne kreves annen dokumentasjon på særskilt kompetanse for å sikre betryggende kvalitet. NAV mener det er uklart om departementet mener dette skal være et absolutt vilkår, eller om dette skal vurderes i hvert enkelt tilfelle. I et system uten forutgående søknad er det av stor viktighet at reglene er så klare og entydige som mulig. Videre kan dokumentasjonen fra forskjellige land være vanskelig å kontrollere. NAV mener dette kravet vil være vanskelig å regulere. Det bør presiseres nærmere hvordan godkjenningsreglene skal være.

Innsending av krav

Videre vil det måtte være nødvendig for å kunne ta stilling til kravene om stønad til tannbehandling, at disse fremsettes på en slik måte at det er mulig for saksbehandlere å ta stilling til kravets innhold. Det må derfor utformes saksbehandlingsrutiner, retningslinjer, søknadsskjema med videre som er tilpasset

den nye refusjonsordningen. NAV mener arbeidet med å implementere en slik refusjonsordningen vil være ressurskrevende, og vil påpeke at det er viktig at det settes av nok midler til at forvaltningsorganet blir i stand til å administrere dette feltet.

Finansieringsmodellene

På tannhelsefeltet er det foreslått at det i tillegg til de utgifter som refunderes til ftrl. § 5-6, også skal refunderes utgifter for behandling som utføres i annet EØS land som man kunne fått dekket i den offentlige tannhelsetjenesten. Dette reiser særskilte spørsmål i forhold til finansieringsansvar, da dette dekkes over ulike budsjett i dag. Departementet har foreslått ulike finansieringsmodeller og ønsker høringsinstansenes syn på dette.

I et kostnadskontrollperspektiv er finansieringsmodellen som følger ”sørge for ansvaret” mest ønskelig.

NAV viser til området pasienttransport, hvor man i dag har en finansiering av Regionale helseforetak, mens administrasjonen foretas av NAV lokalt. Dette er et vanskelig og komplisert system å håndheve, kontrollere og administrere. Her er det besluttet at også administrasjon av ordningen skal tillegges de Regionale helseforetak.

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

Departementet legger til grunn at refusjonsordningen ikke bare skal omfatte helsetjenester, men også varer i form av legemidler og medisinsk utstyr til bruk utenfor sykehus som det ytes stønad til etter folketrygdloven kapittel 5. Herunder viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell.

NAV bemerker at legemidler etter det nye regelverket vil være refusjonsberettiget i den utstrekning de er refusjonsberettiget etter folketrygdloven § 5-14. NAV har mer utfyllende kommentarer om refusjon av legemidler under punkt 7.4.

Vi vil ut fra vår erfaring med refusjon av utgifter til legemidler til brukere med rett etter § 5-24, peke på at forskriftene må ta høyde for at det ikke vil være mulig å forutsette at de detaljerte krav i forbindelse med forskrivning etter § 5-14 skal oppfylles, når legemidlet er foreskrevet av lege i EØS-land utenom Norge. Dette vil innebære ulike regler for forskrivning alt etter som forskrivningen skjer i Norge eller i et annet EØS-land. Dette vil resultere i forskjellsbehandling.

NAV vil imidlertid bemerke at briller ikke er vårt ansvarsområde. Området ligger under NAV Hjelpemiddelsentraler og spesialenheter. Briller ved yrkesskade er pr. i dag NAV sitt ansvarsområde, men det er ikke avklart hvor det vil ligge etter 01.01.09.

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. I høringsnotatet fremgår det at i utgangspunktet er det ikke tenkt at bidragsordningen skal omfattes av refusjonsordningen. Men departementet åpner for at enkelte bidragsformål kan formaliseres i egen forskrift og refusjonen avgrenses til enkelte ytelser.

NAV ser det som hensiktsmessig at ytelser etter folketrygdloven § 5-22, som skal omfattes av den nye refusjonsordningen, formaliseres i en egen forskrift med hjemmel i forslag til ny § 5-24 a. Fordi bidragsordningen er en "kan" yttelse, vil skjønnsmessige vurderinger ligge til grunn for om det skal ytes bidrag. NAV anbefaler av den grunn at vilkårene for de aktuelle formål i bidragsordningen som skal omfattes av refusjonsordningen blir formalisert, slik at det ikke kan oppstå tvil om i hvilken grad eller omfang formålet skal refunderes.

Refusjonsordningen innebærer at det vil bli åpnet for refusjon for planlagt fysioterapi innenfor EØS-området. Dette bør få konsekvenser for bidragsformålet Fysioterapi i utlandet. Dagens ordning synes å være klart i strid med de prinsippene som legges til grunn i det nye regelverket. Vilårene om at det kun gis bidrag ved godkjente behandlingssteder eid av norsk statsborger eller institusjon og når behandling er gitt av fysioterapeut med norsk autorisasjon, må anses som restriksjoner i den frie bevegelse av tjenester. Det samme gjelder kravet til forhåndstilsagn. Det kan også diskuteres om ordningen med bidrag til fysioterapi i utlandet blir overflødig når den nye refusjonsordningen blir etablert. Da vil brukere kunne oppsøke fysioterapi innenfor EØS-området og få refundert utgifter i ettertid. Ordningen vil på den ene siden bli mindre tilgjengelig for den enkelte bruker som i dag kan oppsøke norsk fysioterapeut i utlandet og kun betale fastsatt egenandel. På den andre siden vil det ikke bli tilsvarende begrensninger i forhold til forhåndstilsagn og behandlingssteder som i dag. Krav til henvisning og offentlig tilknytning vil kunne medføre at de norske behandlingsstedene faller utenfor den nye refusjonsordningen.

HOD mener at bidragsordningen i utgangspunktet bør holdes utenfor, men at det kan være aktuelt å la noen bidragsformål omfattes av refusjonsordningen, og at dette eventuelt bør fastsettes i forskrift.

Etter NAVs vurdering vil det for øvrig være mest hensiktsmessig at slike formål blir omgjort til pliktmessige ytelser i det generelle regelverket i folketrygdlovens kapittel 5.

Det fremgår av høringsnotatet at de formål det i dag ytes bidrag til, som hovedregel ikke skal omfattes av refusjonsordningen. Departementet utelukker imidlertid ikke at enkelte ordninger kan innlemmes i refusjonsordningen.

De mest aktuelle bidragsformålene som bør vurderes nærmere om kan innlemmes i refusjonsordningen er:

- Sprøyter og kanyler ved kreft og Aids
- Bandasje- og forbruksmateriell
- Hudlidelser
- Bandasje- og forbruksmateriell ved Cystisk fibrose

- Elektrolysebehandling

Nevnte områder ytes det bidrag til ved varig behov.

Det må også vurderes å yte refusjon av utgifter til legemidler som ytes ved bidrag etter stønadsordningen:

- legemidler i forbindelse med infertilitetsbehandling
- jern- og vitaminpreparater ved kreft/immunsvekt
- prevensjonsmidler
- legemidler ved psykiske lidelser og spasmer.

De fleste andre formålene gjelder bidrag til kortvarige behov eller til formål som kun knytter seg til formål i Norge.

7 Vilkår for refusjon

7.1 Innledning

Departementet foreslår som et generelt utgangspunkt at de krav og begrensninger som gjelder i Norge, gjøres tilsvarende gjeldende for refusjoner av utgifter til helsehjelp som er påløpt i andre EØS-land. Dette er et generelt utgangspunkt som NAV slutter seg til.

NAV støtter departementets oppfatning om at det i utgangspunktet bare skal ytes dekning for utgifter til ikke-sykehusbehandling dersom det dekkes helt eller delvis av det offentlige i Norge.

I høringsnotatet legges det særlig vekt på å utforme vilkår for å refundere utgifter til ikke-sykehusbehandling som pasienter mottar i andre EØS-land, som ikke gjør at ordningen gir rett til offentlig støtte til helsehjelp, eller varer som ikke gis med offentlig finansiering i Norge. Samtidig holdes fokuset på at vilkårene må utformes på en slik måte, at de reelt sett ikke vil diskriminere tjenesteytere i andre land, eller på annen måte reelt sett hindre fri bevegelse for tjenester. Dette er en balansegang det er helt nødvendig å ha hovedfokus på.

Som rette instans til å forvalte regelverket ønsker NAV å få ytterligere belyst de forvaltnings- og resurssmessige konsekvensene av de ulike vilkårene som stilles for refusjon.

NAV vil særlig påpeke at de norske forskriftene på de fleste refusjonsområder er preget av detaljerte krav som i dag må imøtekommes hvis refusjon skal kunne gis for innenlandske helsetjenester. Ved helsetjenester utført i øvrige EØS-land, vil det for en praktisk saksbehandling ikke være mulig å oppfylle denne typen detaljerte krav og begrensninger. Mindre krav til dokumentasjon på dette området ift. refusjon for helsetjenester i utlandet, vil vanskeliggjøre kontrollarbeidet. Det er avgjørende at det nye forskriftsverket tar høyde for at de krav og begrensninger som settes, er av en slik karakter at det er mulig å ha en rasjonell saksbehandling innenfor en hensiktsmessig ressursramme.

Et viktig element som vil kunne forenkle saksbehandlingen er bruk av internasjonale koder for diagnoser. Hva angår henvisninger er det et ønske om at det stilles krav om internasjonale ICD-10 koder, for at henvisningen skal godtas.

For øvrig støtter NAV prinsippet om at det ikke skal dekkes noe utover den faktiske utgiften. Dette er for øvrig et prinsipp som også er nedfelt i forslaget til pasientrettighetsdirektiv.

I tillegg krever flere av vilkårene at den norske forvalteren av regelverket må inneha kunnskap om ulike aspekter ved den offentlige helsetjenesten i hvert enkelt av EØS-landene. Også i dag håndterer NAV søknader om refusjon med hjemmel i forordning 1408/71 for behandling mottatt i EØS-landene i form av utsendelse av E 126-blanketten. Til forskjell fra den ordning som nå skal innføres, er det landet som mottar E 126-blanketten som er forpliktet til å vurdere rettighetsspørsmålet opp mot sitt regelverk, for så å gi et svar til den institusjon henvendelsen kommer fra. En tilsvarende plikt til å bistå andre land eksisterer ikke for håndhevingen av dette regelverket. Det må da innhentes informasjon om ulike forhold av betydning vedrørende de vilkår som stilles for refusjon. Ved utveksling av informasjon på E 100-blankettene er språkbarrierer forsøkt løst ved at alle skjemaene er utformet likt. På denne måten kan en bruke informasjon gitt på et annet språk ved å legge til grunn de norske skjemaene. I forhold til refusjonsordningen som nå skal innføres, må det tas høyde for et betydelig behov for tolketjenester.

Det bør videre utredes nærmere hvor langt forvaltningsenhetens ansvar for undersøkelse og utredning etter forvaltningslovens § 17 går, i forhold til hvilken dokumentasjonsplikt som kan pålegges den enkelte bruker.

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

Departementet foreslår at det skal godtas utenlandsk henvisning, ettersom alternativet er at pasienten må reise hjem for å få norsk henvisning før behandlingen starter.

Dette har relevans også for refusjon av utgifter til legemidler etter individuell søknad. Det er et krav i disse situasjoner at behandlingen skal være instituert av relevant spesialist. Det antas her at det også må godtas at behandlingen er instituert av relevant utenlandsk spesialist. En må da ta høyde for at det er andre systemer for spesialistbegrepet i utlandet.

Helsetjenesteseksjonen har tidligere godtatt erklæring fra spesialist i Polen.

Innledningsvis i punkt 7.2 presiserer departementet at de legger til grunn utgangspunktene om at begrensninger som gjelder refusjon i Norge, skal gjelde tilsvarende etter forskrift med hjemmel i folketrygdloven § 5-24 a. Videre at vilkårene ikke skal være diskriminerende eller utgjøre hindring i den frie bevegelse. NAV vil bemerke at det også er viktig å ha et fokus på å skulle utforme praktikable vilkår for forvaltningen, og at en også vektlegger resursbruk i saksbehandlingen ved fastsettelse av vilkår for refusjon ved utforming av forskriften hjemlet i folketrygdloven § 5-24 a.

Henvisning

Når det gjelder vilkår knyttet til kravet om henvisning, er det i høringsnotatet skilt mellom de land som har, og de land som ikke har et henvisningssystem. Innledningsvis vil vi bemerke at dette fordrer at NAV har en oversikt over de ulike landenes henvisningssystemer, noe som vil kreve ressurser.

Departementet mener det er hensiktsmessig at henvisningskravet som hovedregel skal gjelde også når behandlingen er mottatt i andre EØS-land. I høringsnotatet konkluderes det ikke på spørsmålet om hvorvidt en skal akseptere utenlandsk henvisning, men det fremgår at en antar at dette bør aksepteres, "i alle fall der det ville være urimelig å kreve henvisning fra helsepersonell i Norge." NAV anser det som en forutsetning for å skulle innføre et slikt kriterium om urimelighet, at det i forskrift gis helt klare føringer på hvilke momenter som skal vektlegges ved skjønnsutøvelsen.

Det drøftes videre hvordan en skal regulere det tilfellet at et land ikke har et henvisningssystem. NAV vil i forhold til dette støtte forslaget om at en i disse tilfellene etter en konkret vurdering kan frafalle kravet om henvisning. Også her bør det gis klare føringer på relevante momenter i skjønnsutøvelsen.

7.3 Vilkår knyttet til tjenesteyteren

7.3.1 Autorisasjon som helsepersonell

Når det gjelder vilkår knyttet til tjenesteyteren, støtter vi forslaget om at tilsvarende vilkår som gjelder i Norge, også legges til grunn i utlandet. Det er imidlertid et spørsmål hvordan bruker skal kunne dokumentere at tjenesteyter har autorisasjon som helsepersonell, spesialistkompetanse, offentlig tilknytning mv., eventuelt hvordan saksbehandler skal kunne verifisere at vilkårene er oppfylt.

Når det gjelder kravet til autorisasjon som helsepersonell, legger departementet til grunn følgende:

- det kan ikke kreves at tjenesteyter har norsk autorisasjon
- tjenesteyter må ha autorisasjon som helsepersonell fra et EØS-land, eventuelt etter reglene i kvalifikasjonsdirektivet¹
- vedkommende må lovlig kunne drive virksomhet som sådan i behandlingslandet.

NAV forutsetter at det enkelte EØS-land vil ha ansvar for å påse at tjenesteyter oppfyller de nærmere vilkår for å inneha autorisasjon og at dette er tilstrekkelig ivaretatt ved at tjenesteyteren har autorisasjon som helsepersonell i et EØS-land, eventuelt i henholdt til reglene i kvalifikasjonsdirektivet. Dette innebærer at det ikke må innføres krav til egen saksbehandling som forutsetter egen sjekk av at kvalifikasjonskravene er oppfylt. Kvalitetssikringen forutsettes da å ligge i selve systemet som er etablert for autorisasjon og krav til kvalifikasjoner for helsepersonell i EØS-området.

I Norge har man et Helsepersonellregister (HPR). Det er Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) som gir profesjonsgodkjenning til helsepersonell i Norge, og administrerer HPR. I praksis vil

¹ Europaparlamentets- og rådsdirektiv 2005/36/EF om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner.

det ved behandling av krav om refusjon etter den nye ordningen være behov for å dokumentere at tjenesteyter innehar tilfredsstillende autorisasjon. Herunder at helsepersonellet er autorisert på det tidspunktet behandlingen fant sted (at helsepersonellet ikke har mistet eller fått inndratt sin autorisasjon osv). Saksbehandler vil ha behov for å kunne sjekke status for autorisasjon i et tilgjengelig og oppdatert register. NAV bemerker at det vil kunne medføre ressurskrevende saksbehandling, herunder språklige utfordringer, uavhengig av om det eksisterer et slikt register.

NAV anser imidlertid at det kan være grunnlag å stille som vilkår for refusjon at bruker selv har ansvar for å fremlegge dokumentasjon som viser at vedkommende tjenesteyter innehar tilfredsstillende autorisasjon.

Departementet legger videre til grunn at vedkommende lovlig må kunne drive virksomhet som sådan i behandlingslandet. NAV kan ikke se at det er angitt nærmere hva dette innebærer, og ber om at departementet vurderer dette nærmere. Det vil stille store krav til saksbehandlingsprosessen og kontrollarbeidet dersom NAV må ta stilling til hvilke lovlighetskrav som oppstilles i de ulike landene.

NAV vil også påpeke at manglende norsk autorisasjon vil umuliggjøre en direkte oppgjørsordning etter dagens regler.

7.3.2 Spesialistkompetanse

Som det fremgår i høringsnotatet forutsetter visse helsetjenester, behandlingsformer og takster at tjenesteyter i tillegg til autorisasjon, innehar en form for spesialistgodkjenning.

Departementet legger til grunn at kravet til spesialistkompetanse som gjelder i Norge, også bør gjelde for den nye refusjonsordningen ved at det er et krav at tjenesteyter har spesialistgodkjenning etter behandlingslandets - eller etableringslandets regler.

For stønad til tannbehandling gjelder særskilte kompetansekrav til tannlegen i § 3 i forskrift til ftrl. § 5-6. I høringen er det foreslått at kravet om spesialistkompetanse opprettholdes for kjeveortopedi og oralkirurgi, da denne spesialiteten finnes i alle EØS land. Det er imidlertid foreslått at det ikke bør stilles krav om spesialistgodkjenning for spesialiteter utført i land der den aktuelle spesialiteten ikke finnes. Imidlertid skriver departementet på side 50 i høringen at det bør kunne kreves annen dokumentasjon på særskilt kompetanse for å sikre betryggende kvalitet. NAV mener det er uklart om departementet mener dette skal være et absolutt vilkår, eller om dette skal vurderes i hvert enkelt tilfelle. I et system uten forutgående søknad er det av stor viktighet at reglene er så klare og entydige som mulig. Videre kan dokumentasjonen fra forskjellige land være vanskelig å kontrollere. NAV mener dette kravet vil være vanskelig å regulere.

Departementet legger følgende til grunn:

- krav om spesialistgodkjenning der tilsvarende spesialitet finnes i behandlingslandet
- krav om dokumentasjon på særskilt kompetanse for å sikre betryggende kvalitet, der tilsvarende spesialitet ikke finnes.

NAV bemerker at en praktisk gjennomføring av dette kan synes særdeles vanskelig. En slik løsning forutsetter utstrakt bruk av rådgivende overtannlege i saksbehandlingen, og kan omfatte store mengder dokumentasjon i de enkelte tilfellene som må oversettes til norsk. I tillegg vil det kreve kunnskap om hvilke ordninger de ulike land har for spesialistgodkjenning. Dette vil være en ressurskrevende ordning å håndtere og eventuelt kontrollere.

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. Departementet legger til grunn at kravet om offentlig tilknytning kan opprettholdes med den nye refusjonsordningen, i de tilfeller det stilles tilsvarende krav om offentlig tilknytning i Norge. Det legges til grunn at kravet om offentlig tilknytning i behandlingslandet ikke vil utgjøre en restriksjon på fri flyt av tjenester. Departementet foreslår imidlertid videre at kravet skal tilpasses organiseringen av helsevesenet i behandlingslandet.

Det legges til grunn at tilpasningen av kravet om offentlig tilknytning i behandlingslandet gjelder to forhold:

- krav om at tjenesteyter må ha offentlig tilknytning til offentlig helsevesen, trygdeordning eller lignende i det landet der behandlingen finner sted
- kravet kan bare gjelde for tjenester der behandlingslandet har krav om slik offentlig tilknytning for at det skal gis refusjon.

Det at kravet skal tilpasses organiseringen av helsevesenet i behandlingslandet, forutsetter god kjennskap til organiseringen av helsevesenet i det aktuelle landet. NAV HTF bemerker at behandling av slike krav vil være en ressurs- og tidkrevende oppgave.

MISSOC², er et informasjonssystem som skal inneholde opplysninger om hvordan helsetjenesten m.v. er organisert i EØS-landene. NAV forutsettes å kunne ha tilgang til slike opplysninger for å kunne behandle disse kravene.

NAV registrerer at enkelte mindre sentraleuropeiske land ikke har krav om offentlig tilknytning. NAV er usikker på om hvorvidt departementet i høringsnotatet mener at kravet kan opprettholdes for de landene som til enhver tid ikke har et krav om offentlig tilknytning. I forhold til saksbehandlingen vil dette kunne resultere i utilsiktet liberalisering og forskjellsbehandling.

7.4 Særlig om refusjon av utgifter til legemidler

NAV bemerker at departementet i høringsnotatet legger opp til at det skal ytes stønad til legemidler og medisinsk utstyr etter folketryktdloven § 5-14.

² EUs Mutual Information System on Social Protection

NAV ber departementet vurdere nærmere hvordan det stiller seg i forhold til følgende problemstillinger:

- langvarighetskravet: Må vi godta at et legemiddel som det finnes refusjonskode til skal få refusjon uten bekreftelse fra lege på dette kravet?
- kontrollmuligheter for vurdering av kravet om at legemidlet er forskrevet av lege til bruk utenom sykehus
- legemidler oppført på refusjonslisten, men hvor det er vilkår som må oppfylles for at det kan ytes refusjon
- prisforskjeller ved generisk bytte av legemidler

Etter NAV sin vurdering kan forslaget til refusjonsordning medføre økte utgifter til refusjon på en del legemidler siden det i høringsnotatet ikke tas hensyn til at mange preparater har trinnpris, og differansen mellom trinnpris og maksimalpris kan være stor. Prisene på reseptpliktige legemidler i Norge er lav i EØS sammenheng, noe en publisert undersøkelse av apotekerforeningen tidligere i år viser. På apotek i Norge kreves det at medlemmet betaler differansen mellom maksimalpris og trinnpris selv, i tillegg til egenandel hvis ikke legen har reservert seg mot generisk bytte. Ytterligere merknader om generisk bytte fremkommer under punkt 8.2.

Departementet legger i høringsnotatet opp til at pasienten betaler full pris selv, og søker refusjon i etterkant, uavhengig av om pasienten bruker norsk resept i utlandet, utenlandsk resept i utlandet eller utenlandsk resept i Norge. Departementet legger til grunn at det må fremlegges resept og detaljert kvittering for å ha rett til refusjon. Videre at det bare er legemidler som er kjøpt i autorisert apotek som gir rett til refusjon.

NAV mener at for å få refusjon etter folketrygdloven § 5-14 ved bruk av norsk resept i utlandet, må legen i Norge ha attestert for en gyldig refusjonskode, alternativt må bruker ha et gyldig vedtak om individuell refusjon.

Utenlandsk resept i utlandet eller utenlandsk resept i Norge vil være mer problematisk. Hvis refusjon etter § 5-14 skal ytes, må refusjonskode/diagnose og eventuelle refusjonsvilkår dokumenteres av lege. Dette hensynet er ikke nevnt i høringsnotatet. NAV bemerker at det ikke vil være tilfredsstillende at pasienten selv må sjekke SLV's hjemmeside.

I andre land enn Norge kan andre virkestoffkombinasjoner og legemiddelstyrker forekomme. NAV stiller spørsmål ved hvordan man har tenkt å håndtere dette hvis ikke tilsvarende refunderes i Norge, og ber departementet vurdere dette nærmere. Er det for eksempel vurdert om man skal regne om til norsk ekvivalent.

I forhold til hvilke krav som stilles til autoriserte apotek i øvrige EØS-land, har ikke NAV per i dag noen slik oversikt.

Det uttales at pasienten selv må bære risikoen for at legemiddelet refunderes i Norge, og at refusjonslisten er offentlig slik at pasienten selv kan orientere seg om regelverket før avreise.

Vi vil gjøre oppmerksom på at refusjonslisten og regelverket rundt dette er komplisert, og mer rettet mot lege enn mot pasienten. Det kan neppe forventes at pasienten på grunnlag av refusjonslisten på egen hånd klarer å orientere seg om regelverket. Det anbefales at det tas kontakt med NAV dersom pasientene skal orientere seg om legemiddelet har refusjon i Norge.

Videre legges det til grunn at det bare er legemidler som er kjøpt i autorisert apotek i andre EØS-land som gir rett til refusjon. Det trekkes da som et eksempel at ikke-autoriserte internettapotek ikke vil gi rett til refusjon. Skal dette forstås slik at alle internett-apotek ikke er autoriserte?

NAV har tidligere på forespørsel fått bekreftet at handel av legemidler over internett ikke gir rett til refusjon. Det må her avklares status hvorvidt dette gjelder. Det må her skilles mellom rene internett-apotek, og fysiske apotek med internetthandel.

Øvrig

Det bør i høringen nevnes at § 5-25 er en selvstendig hjemmel til dekning av utgifter til bl.a legemidler som skal bøte på følgene av godkjent yrkesskade. Før lå det en begrensning i at yrkesskadedekningen var begrenset av rammene til § 5-14, men etter en høyesterettsdom i 2007, ble denne praksisen forlatt. I praksis betyr dette at det skal ytes refusjon til ethvert legemiddel som forskrivende lege mener er nødvendig for å bøte på følgene av en yrkesskade. Denne vurderingen gjøres uavhengig av § 5-14.

§ 5-25 har et betydelig omfang og bør derfor beskrives sammen med § 5-14 i avsnitt 4.4.3

7.5 Personkrets – hvem er berettiget til refusjon

Når det gjelder spørsmålet om hvem som er berettiget til refusjon etter den nye ordningen legger departementet til grunn i høringsnotatet at et kriterium som "bosatt i Norge" vil dels være for snevert og dels for vidt. Videre at et kriterium som "medlem i folketrygden" ikke vil være fullt ut dekkende for den personkretsen som må eller bør omfattes. Det skisseres imidlertid at retten i utgangspunktet skal gjelde for samme personkrets som i Norge har rett til behandling på det offentlige regning.

NAV vil bemerke at avgrensningen av personkretsen kan resultere i ganske kompliserte vurderinger, særlig i forhold til:

- hvem som skal regnes som flyttet til utlandet vs. de som har midlertidig opphold i utlandet.
- medlemskap og "lovlig opphold"
- tredjelandsborgere.

NAV mener at det er et klart behov for at den personkretsen som skal ha rett til refusjon etter den nye ordningen detaljreguleres i forskrift.

7.6 Forholdet til trygdeforordning nr. 1408/71

Det fremgår av høringsnotatet at den nye refusjonsordningen ikke vil endre de ordninger for dekning av helsehjelp i andre EØS-land som følger av trygdeforordning 1408/71. Videre at når en pasient har fått helsehjelp i et annet EØS-land etter reglene i trygdeforordning 1408/71, vil det i utgangspunktet ikke være aktuelt med refusjon av behandlingsutgifter etter den nye ordningen.

Etter NAV s vurdering er forholdet mellom den nye folketrygdloven § 5-24 a og 1408/71 noe uklart. NAV bemerker at høringsnotatet har trukket opp generelle retningslinjer for når de forskjellige regelverkene skal anvendes. Det synes imidlertid å være et behov for en ytterligere klargjøring i forbindelse med den praktiske anvendelse av regelverket, ikke minst fordi parallelle og nærliggende regelverk kan åpne for uønskede tilpasninger fra brukers side.

Uklarhetene er først og fremst knyttet til forholdet mellom helsehjelp gitt under midlertidig opphold etter 1408/71 og planlagt ikke-sykehusbehandling etter ny ordning, herunder problemstillinger i forhold til:

- når det kan konstateres at det gjelder akutt behandling under midlertidig opphold, som igjen gir rett til helsehjelp etter oppholdslandets regler
- når det kan konstateres at det gjelder planlagt behandling med rett til den beste refusjonsordning, enten etter oppholdslandets regler eller etter norske dersom denne ordningen er bedre.

NAV anser at det i forskrift bør fremgå klart når de ulike regelsettene kommer til anvendelse, dette også med tanke på veiledningsansvaret.

8 Beregning av refusjon

8.1 Innledning - utgangspunkter

Dagens ulike og komplekse finansieringsordninger fører til ulike og komplekse refusjonsordninger, idet det varierer om det er modell a eller modell b som skal benyttes, eventuelt med egenandel eller ikke, samt med spesielle vilkår for barn under 12 år m.m.

Selv om NAV ser nødvendigheten av ulikartet refusjonsordning for pasienter som velger undersøkelse og behandling utenlands, ser NAV en utfordring i å skape et oversiktlig og effektivt system for behandling av refusjonssøknader.

NAV er enig i at utgangspunktet for refusjonsberegningen bør være at den enkelte pasient ikke får mer i refusjon enn det den samme behandlingen ville belastet det offentlige med i hjemlandet. Dette innebærer også i utgangspunktet en hovedregel om at pasienten selv skal dekke egenandel tilsvarende den egenandelen vedkommende ville betalt ved tilsvarende helsehjelp mottatt i Norge.

8.2 Maksimalt refusjonsbeløp

NAV har ingen merknader til tilnærmingmåtene ved refusjonsberegning, angitt som modell a og modell b i høringen. NAV antar det også er nødvendig å legge forskjellig beregningsgrunnlag til grunn fordi helsehjelp finansieres etter ulike modeller i Norge, herunder blant annet kommunale, fylkeskommunale og statlige stønadsordninger. Helsehjelp dekkes av aktivitetsbaserte ordninger og rammefinansiering av ulike varianter. Det er også forskjeller i krav til egenandel.

Når det gjelder helsehjelp uten annen offentlige finansieringer enn stønad fra folketrygden er det i høringsnotatet valgt modell a – dvs. rutinemessig å sammenligne hva tilsvarende behandling i Norge ville kostet, for så å gjøre fradrag i refusjonskrav som overstiger dette.

Modell a er lagt til grunn også for refusjon for legemidler etter folketrygdloven § 5-14, begrenset oppad ut fra maksimalpris i Norge. Pasienten betaler en egenandel på 36 prosent, men maksimalt 510 kroner (2008) per resept for legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept. Samme sats bør legges til grunn ved refusjonsberegningen ved kjøp i annet EØS-land. I tilfeller der prisen overstiger fastsatt maksimalpris eller maksimumsbeløp skal egenandel beregnes av maksimalpris- eller beløp. Pasienten dekker overskytende fullt ut i tillegg til egenandel. Dette tilsvarer beregningsgrunnlaget i Norge.

Når det gjelder generisk bytte, er dette ikke behandlet i høringsnotatet. Etter norsk regelverk er det slik at likeverdige legemidler (generiske legemidler) kan byttes på apoteket. Et likeverdig legemiddel inneholder samme virkestoff, i samme mengde per tablett. Navn og utseende på preparatene kan derimot være forskjellig. Det er innført trinnprissystem for en del byttbare legemidler. Folketrygden refunderer opptil trinnprisen for de legemidlene som omfattes av ordningen. Apoteket vil kunne foreslå at pasienten bytter til et rimeligere alternativ enn det legen har forskrevet. Dersom pasienten krever å få utlevert det legemiddel som står på resepten, og det er dyrere enn det apoteket foreslår, må pasienten betale mellomlegget selv. I tillegg må vedkommende betale vanlig egenandel. Mellomlegget kan ikke påføres egenandelskortet, og det tas ikke med i beregningsgrunnlaget for frikort. Dette mellomlegget skal også betales av dem som ellers er fritatt for å betale egenandel på blå resept. Hvis legen har skrevet på resepten at han eller hun reserverer seg mot at pasienten skal bytte medisin, skal imidlertid pasienten bare betale vanlig egenandel, og apoteket skal utlevere den medisinen som står på resepten.

Tilsvarende begrensninger bør etter NAV sin vurdering også gjøres gjeldene for generiske legemidler kjøpt innenfor EØS-området. I Norge vil apotekene veilede med hensyn til bytte til generiske preparater med bakgrunn til kjennskap til refusjonsordningen i Norge. En tilsvarende veiledning vil ikke kunne gis i utlandet. NAV er av den oppfatning at bruker må bære risikoen for manglende informasjon. Dette innebærer at NAV må tre inn i en rolle som apotekene innehar, med de ressursmessige konsekvenser dette vil medføre.

Utgangspunktet etter modell b er at pasienten skal betale faktiske utgifter minus egenandel. Dette gjelder områdene kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Eventuell avkortning skjer i de tilfeller der kravet virker åpenbart urimelig (dekke faktisk utgift minus eventuell avkortning og eventuell egenandel).

Etter modell b skal eventuell avkortning skje i de tilfeller der kravet er åpenbart urimelig. NAV bemerker at det vil være ressurskrevende å vurdere om de faktiske utgifter er å anse som åpenbart

urimelig. For det første må det kartlegges hva en tilsvarende ytelse ville koste i Norge for å ha en norm å vurdere ut fra, videre må man vurdere om det er urimelig i forhold til et prisnivå som er i det landet hvor behandlingen er mottatt. Hvis man ikke skal finne ut hva tjenesten ville kostet, er spørsmålet hvordan man skal kunne vurdere hva som er urimelig.

”Åpenbart urimelig” vil kunne slå forskjellig ut ved små refusjonskrav sett i forhold til store refusjonskrav. En løsning på dette kan for eksempel være at det gjøres bruk av overskridelse av gjennomsnittelig faktisk pris på undersøkelsen og - eller behandlingen. NAV ser utfordringer i at begrepet ”åpenbart urimelig” ikke er undergitt mer konkrete retningslinjer. Når offentlig myndighet skal forvalte en pliktregel og administrativ sanksjon overfor en pasient som har fremsatt en søknad, bør grunnlaget for avkortning være nærmere vurdert.

NAV ber om at departementet vurderer nærmere hva som ligger i begrepet ”åpenbart urimelig”.

8.3 Egenandeler

Det legges opp til at gjeldende egenandeler og regler om fritak og egenandelstak skal gjelde tilsvarende i utlandet. Dette må det tas høyde for i arbeidet med automatisk frikortløsning. Når NAV godkjenner et refusjonskrav fra utlandet, må det også sendes en egenandelsmelding til frikortløsningen.

I forhold til automatisk frikortløsning og egenandelsmelding vil dette kunne registreres manuelt av NAV. Hvis omfanget blir stort kan det sikkert utvikles automatiske løsninger for registrering av egenandelssummen.

Vedrørende logoped- og audiopedagogbehandling

NAV bemerker at når det gjelder logoped- og audiopedagogbehandling er det i vedlegg til forskriften fastsatt honorartakster. Honorartakstene er fastsatt av logoped og audiopedagogforeningene. Disse takstene er 10-20 ganger høyere enn refusjonstakstene som er fastsatt i forskriften.

Det fremgår av forskriftens § 5 at hørselshemmede skal gis full refusjon (etter honorartakstene) og i de tilfeller det er behov for langvarig behandling. NAV stiller spørsmål om hva som skal legges til grunn som full refusjon, når det ikke er fastsatt honorartakster i forskriften.

I dag er refusjon av utgifter til logoped og audiopedagogbehandling etter folketrygdloven subsidiær. Det vil si at det må foreligge avslag fra kommunen før det kan ytes stønad etter folketrygdloven. NAV stiller derfor spørsmål ved om refusjonsordningen for planlagt ikke sykehusbehandling når det gjelder logoped- og audiopedagogbehandling også skal være subsidiær.

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

I høringsnotatet står at "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 fratrasket egenandelen". Dette er i tråd med hvordan dette ville blitt håndtert av NAV for behandling utført i Norge, og synes således som en god løsning.

8.5 Reise- og oppholdsutgifter

Når det gjelder reiseutgifter, legger HOD opp til at hovedtrekkene i gjeldende regelverk legges til grunn også i utlandet. Det forutsettes at den instans i Norge som behandler reiseutgifter, også skal behandle krav som gjelder utlandet. I forhold til punkt 8.5 om reiseutgifter vil det være reiser hvor pasienten alt oppholder seg i utlandet som vil være utfordrende å finne dekningsgrunnlaget for. Det vil være vanskelig for saksbehandler å kunne vite hva som er nærmeste sted og hva som er billigste reisemåte i det aktuelle EØS-landet.

Det forutsetter gode geografikunnskaper og kunnskaper om organisering av helsevesenet i det landet hvor bruker mottar helsetjenester. Slik kunnskap vil NAV til en viss grad opparbeide, men den enheten som behandler reisekrav vil ikke nødvendigvis opparbeide samme kompetanse. Videre vil det kunne være en utfordring for bruker at krav om dekning av behandlingsutgifter og reiseutgifter ikke behandles samme sted. Det blir uansett viktig med god kommunikasjon i denne type saker. I denne typen saker må en lage rutiner mellom HELFO og RHFene.

Pasientene som drar fra Norge vil få dekket reisen til det som var nærmeste sted, i Norge, dette blir likt som i dag og ikke noe problem. Dette fremstår som en bra løsning slik at en ikke får høyere reiseutgifter enn nødvendig.

9 System for behandling av søknader og utbetaling av refusjon

Ansvar for helserefusjonsfeltet ligger i dag hos NAV HTF. Etter 1. januar 2009 bytter NAV HTF navn til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) og blir en ytre etat under Helsedirektoratet. HELFO skal forestå all enkeltsaksbehandling av de sakstypene i folketrygdloven kapittel 5 som per i dag formelt er overført til NAV HTF. HELFO vil bestå av et hovedkontor lokalisert i Tønsberg og et antall regionale enheter, et servicesenter og enhet for pasientformidling. HELFO får delegert myndighet på helserefusjonsområdet.

10 Finansiering

Når det gjelder finansiering har departementet bedt om tilbakemelding på 4 forskjellige modeller. NAV har valgt å ta med i høringsnotatet til departementet både NAV HTFs og Arbeids- og velferdsdirektoratets vurdering og synspunkter på finansieringsmodellene. NAV HTF vurderer modellene ut fra praktisk gjennomføring da det er de som skal forestå det praktiske arbeidet med å saksbehandle kravene. Arbeids- og velferdsdirektoratet ser modellene i et mer helhetlig perspektiv i forhold til hvordan helsetjenester i Norge finansieres og eventuelle vridningseffekter de ulike modellene vil kunne medføre.

NAV HTF har følgende vurdering av finansieringsmodellene:

10.4 Alternative modeller for finansieringsansvar

Departementet har i sin oppsummering av redegjørelsen for, og pro et kontra vurderingen av de ulike finansieringsmodellene, understreket enkelte overordnede hensyn som bør ivaretas ved valg av modell.

Disse synes å være:

- finansieringsansvaret bør følge ansvaret for å yte tjenesten. ("sørge for" ansvaret)
- ordningen bør være enkel å administrere
- finansieringsansvaret som helhet bør legges til den instans som likevel tar den største delen av kostnadene
- i tillegg vil det være riktig å benytte finansieringsansvaret som et insitament til opprettholde og fortsatt utvikle gode nasjonale tjenester
- unngå at andre instanser tar ansvaret for finansiering av tjenester enn den instans som har "sørge for" ansvaret.

En forutsetning for at modell 1, 3 eller 4 skal kunne være mulig å gjennomføre i praksis er slik vi ser det, at det innføres en sterkt forenklet ordning ift. utgiftsfordeling. Det er etter vår vurdering ikke mulig å gjøre bruk av andre modeller enn modell 2 på kort sikt.

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

NAV HTF bemerker at den beste egnede og minst byråkratiske modellen for refusjon etter vår vurdering er modell 2, som innebærer at folketrygden dekker utgiftene til ikke-sykehusbehandling som er utført i andre EØS-land.

Ulempen er som det er beskrevet i høringsnotatet, at den som har ansvaret for de respektive behandlinger i Norge kan få redusert sine utgifter, noe som igjen kan føre til uønskede vridningseffekter i tjenestetilbudet i Norge. Arbeids- og velferdsdirektoratet vil særlig peke på radiologiske tjenester som et område der uheldige vridningseffekter kan oppsto. Dette er ofte kostbare undersøkelser som krever dyrt utstyr. Her bærer de regionale helseforetakene størstedelen av

finansieringen. De senere årene er refusjon fra folketrygden for denne type tjenester blitt redusert, og midler lagt over i rammen til de regionale helseforetakene. Dersom kostnadene i sin helhet belastes folketrygden ved behandling i utlandet, kan dette gi uønsket vridningseffekter.

For å kunne fange opp slike uheldige effekter, er et forslag å kunne ha muligheten til å registrere fra hvilke kommuner/regionale helseforetak i Norge brukerne kommer fra, undersøke om det er noe mønster i om noen kommuner/foretak er mer representert i forhold til folketallet enn andre, om det er spesielle tjenester som er etterspurt osv.

10.4.4 Utgiftsdeling etter en pragmatisk løsning (modell 4)

Ut fra en vurdering av overordnede hensyn som bør ivaretas ved valg av modellmodellene, framstår modell 4: Utgiftsdeling etter en pragmatisk løsning, som den modellen som gir den riktigste fordelingen på nasjonalt plan. Det er derimot såpass store usikkerheter knyttet til den praktiske gjennomføringen, at vi ikke finner å kunne anbefale denne slik den nå framstår.

Modell 4 vil også være fremtidsrettet sett i lys av utviklingen som har pågått noen år og hvor sykehusene har overtatt større deler av finansieringsansvaret selv, for den polikliniske virksomheten.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har følgende vurdering av finansieringsmodellene:

Presisering av "sørge for" ansvaret til fylkeskommunen. Vi tolker tannhelsetjenesteloven slik at dette ansvaret begrenser seg til Den offentlige tannhelsetjenesten og da hovedsaklig til behandling av prioriterte grupper.

På tannlegehjelp området ellers **hvor folketrygden gir stønad**, har staten 100 % av det offentlige finansieringsansvaret og vi tolker dette som at staten derfor også har "sørge for" ansvaret her.

Tannhelserefusjonsområdet sidestilles uansett med **andre områder hvor trygden yter stønad og er den eneste offentlige finansieringskilde**. Dette er områder uten driftsavtaler mellom offentlig forvaltningsnivå og privatpraktiserende behandlere. Fri prisfastsettelse for behandlerne medfører at pasientene kan måtte betale høye egenandeler, selv om de får stønad.

Andre områder som er organisert på tilsvarende måte er logopedhjelp og audiopedagoger, kiropraktorhjelp og ortoptister.

Tilsvarende struktur gjelder for blå resept ordningen og eventuell stønad gjennom bidragsordningen § 5-22.

Alle disse ytelsene hvor staten (folketrygden) har 100 % av det offentlige finansieringsansvaret, i dag, holdes utenfor analysen/ modellene: Det er naturlig at disse tjenestene fortsatt skal finansieres 100 % av trygden, også om behandlingen gis i utlandet. Rent praktisk synes det å være viktig at det er ett sted og organ som både administrerer og finansierer all behandlingen på disse områdene (og har "sørge for ansvaret").

Det er dessuten ikke meningsfylt å diskutere de ulike finansieringsmodellene for denne type varer og tjenester da vi tolker det slik at staten har alle roller i disse tilfellene (alle 4 modeller vil fortsatt gi staten hele finansieringsansvaret).

Vi har dermed avgrenset problemstillingen til følgende forvaltningsnivå og tjenester, med angivelse forvaltningsnivåets andel av den offentlige finansieringen for angitt behandling:

1. Kommunene (sørge for ansvar følger av Kommunehelsetjenesteloven)
 - allmennlege (35 %)
 - fysioterapi (35 %)
 - jordmorhjelp (35 %)
2. De regionale helseforetakene, RHF ene (sørge for ansvar følger av Spesialisthelsetjenesteloven)
 - poliklinikk (spesialistkonsultasjoner, lab og røntgen tjenester) (60 %)
 - privatpraktiserende spesialistleger og psykologer (spesialister i klinisk psykologi) (30%)
3. Fylkeskommunen (sørge for ansvar følger av Tannhelsetjenesteloven)
 - Den offentlige tannhelsetjeneste (til prioriterte grupper) (100 %)

Den resterende prosentandelen med offentlig stønad ytes av staten/ folketrygden. Felles for tjenestene under punkt 1 og 2 er at behandlernes priser er regulert i avtaler og at brukerne kun betaler en svært begrenset og regulert egenandel (tjenestene kan i en del tilfeller være helt gratis).

Man legger opp til at brukerne skal betale **samme egenandel som i Norge** for behandling mottatt i utlandet (begrenset oppad til faktisk behandlingskostnad). **Brukerne vil derfor ikke ha noe incitament til å søke til utlandet pga. prisen/ egenandelene er lavere der, enn for tilsvarende behandling i Norge.**

Syke transport og reiseutgifter vil dekkes etter regelverket i Norge dvs. til nærmeste behandlingssted. Brukeren vil dermed få en merkostnad ved å reise lenger en nødvendig og eventuelt motta behandling i utlandet.

Omfanget av brukere som vil reise til utlandet for å motta behandling vil dermed bli begrenset som følge av reisekostnader. Lengre reisetid til utlandet vil også begrense etterspørselen. Særlig for behandling i primærhelsetjenesten vil det ofte være avgjørende for brukeren å få hjelpen raskest mulig. Behandling i utlandet vil derfor trolig begrense seg til folk i grisgrendte grensestrøk med et dårlig behandlingstilbud i Norge.

Siden omfanget av den nye ordningen for primærhelsetjenestene, under punkt 1, trolig blir svært beskjedent, vil det forhold at kommunen mister sitt finansieringsansvar i modell 4 (største finansør tillegges hele finansieringsansvaret) ikke kunne tillegges særlig vekt. At staten (som er største finansør) overtar alt ansvar for denne type behandling og kan behandle alle tilfeller likt betyr mye mer. Alt samles på ett sted og fører til at man får betydelige stordriftsfordeler i administrasjonen av ordningen.

For spesialisthelsetjenester gjelder tilsvarende, men disse tjenestene er generelt mye dyrere enn primærhelsetjenestene (selv om behandlerens honorar er regulert). Omfanget av behandling i utlandet kan tenkes å bli større som følge av at behandlingen er spesialisert og tilbudet kanskje ikke eksisterer i Norge, eventuelt at det er lange ventelister i Norge. **Det blir derfor viktigere her å ivareta RHF ene incentiv til å gi et godt tjenestetilbud i Norge.** Vi ser at finansieringsbyrden for RHF ene avhenger av om tjenesten gis i poliklinikk eller av avtalespesialist. Dette skillet lar seg ikke praktisere overfor behandling gitt i utlandet (det er vanskelig å si hvem som ville gitt behandlingen i Norge). Vi vektlegger poliklinikkansvaret og behandler hele spesialisthelsetjenesteområdet enhetlig. RHF ene har da både "sørge for" ansvaret og er største finansiør av alle spesialisthelsetjenestene. Modell 1 og modell 4 er da sammenfallende og begge gir RHF ene 100 % finansieringsansvar for spesialisthelsetjenester i utlandet. Hvis behandlingen hadde vært gitt i Norge, ville de bare fått 60 % eller 30 % av behandlingskostnaden. **RHF ene får dermed et incitament til å gi et godt behandlingstilbud i egen region / hjemlandet fordi dette typisk vil gi dem lavere kostnader.** Antar da at kostnadsnivået for spesialistbehandling i andre EØS-land er om lag som i Norge. Å reise vesentlig lenger enn til våre nærmeste naboland er vel ikke aktuelt i de fleste tilfeller.

I modell 2 hvor staten overtar alle kostnader vil incentivet for RHF ene til å sikre et godt innenlandsk tilbud gå motsatt vei: RHF ene vil spare utgifter for hver pasient som tar spesialistbehandling i utlandet i stedet for i Norge. Dette ansees som svært uheldig. Dessuten pulveriseres forvaltningsnivåets "sørge for" ansvar. "Sørge for" ansvaret er en bærebjelke i organiseringen av det norske helsevesenet og vi mener det er viktig at dette ansvaret beholdes *så lenge det er praktisk forsvarlig*. Ut fra dette anbefaler vi ikke Modell 2.

Hvis vi vektlegger spesialisthelsetjenesteområdets private tjenestetilbydere dvs. avtalespesialistene og behandler området helhetlig, vil derimot staten (folketrygden) være største finansiør med om lag 70% av kostnadene i form av refusjoner. Både modell 4 og modell 2 gir da finansieringsansvaret for spesialisthelsetjenester til staten. "Sørge for" ansvaret brytes, men dette kan forsvares av *praktiske årsaker* dersom det ikke vurderes som noe stort problem at RHFene sparer utgifter for utenlandsbehandling. **Staten ved folketrygden vil da dekke kostnadene for all behandling i utlandet på områder hvor det gis trygderefusjon i Norge.** Det kan være naturlig, siden det er regelverket med taksttariffene som vil måtte legges til grunn, dersom man skal komme frem til hvilken egenandel pasienten ville ha betalt ved tilsvarende behandling i Norge. RHFene har ikke kompetanse på dette regelverket og når staten skal finansiere kommunehelsetjenestene, vil det være store stordriftsfordeler om de også dekker spesialisthelsetjenesten siden strukturen på regelverket er lik.

Konklusjonen om å anbefale modell 4 står fortsatt ved lag, men finansieringen av spesialisthelsetjenesten legges her til staten. Modell 2 gir samme resultat bortsett fra at staten i modell 2 også overtar ansvaret for Den offentlige tannhelsetjenesten. Det ser vi ingen grunn til og avviser modell 2.

Å stykke opp finansieringsansvaret som i Norge, modell 3, ansees ikke hensiktsmessig av administrative årsaker. Det er vanskelig/ umulig å vite om tilsvarende spesialisthjelp ville bli gitt av poliklinikk eller avtalespesialist i Norge. Man må derfor eventuelt bli enige om at RHF ene tar en bestemt prosentandel av utgiftene, uavhengig av hvem som ville gitt tilsvarende behandling i Norge (f.eks. 50 %). Egenandelene for spesialisthjelp er i hovedsak like, uavhengig av hvem som gir

behandlingen i Norge. For primærhelsetjenester vil samtlige kommuner kunne få en bestemt andel (35 %) av behandlingskostnader i utlandet. Dette vil også kunne gi rom for ulik praktisering av regelverket i kommunene med mindre saksbehandlingen gjøres av et sentralt organ. I forhold til det beskjedne omfanget av utenlandsbehandling en tenker seg, vil nok de administrative kostnadene bli for store. RHF ene vil ved valg av modell 3, ikke oppnå vesentlig kostnadsbesparelse ved å sørge for behandling i hjemlandet fremfor utlandet. Oppsummert fraråder vi derfor også modell 3. Dette fordi administreringen vil involvere mange aktører (alle kommuner) og dette ikke synes forsvarlig i forhold til de små volumer ordningen trolig vil få.

Konklusjonen for område 1 og 2 blir altså at vi anbefaler modell 4, fordi det synes viktig å ivareta en praktisk enkel administrasjon av finansieringsansvaret for primærhelsetjenester i utlandet ved å lå Staten (folketrygden) ta det fulle finansieringsansvaret. Beskjedent volum og generelt lave kostnader for denne typen tjenester antas å medføre minimale ulemper som følge av at "sørge for" ansvaret brytes.

Kan man imidlertid klare å finne en god og enkel administrasjon av at kommunene tar fullt finansieringsansvar, så er dette kanskje den beste løsningen. "sørge for" ansvaret blir da rendyrket og vi anbefaler i så fall modell 1. Både modell 4 og modell 1 gir fullt finansieringsansvar til RHF ene for spesialisthelsetjenester, slik vi tolker det, så det blir vurderingen av primærhelsetjenestene som avgjør valget av modell.

Vi har da holdt punkt 3, den offentlige tannhelsetjenesten, utenfor analysen. Fylkeskommunen har her både "sørge for" ansvaret og 100 % finansieringsansvar. Vår anbefaling om modell 4 eventuelt modell 1 innebærer at fylkeskommunen fortsatt vil være 100 % ansvarlig for behandling/ kostnader av denne type uavhengig av om det skjer i Norge eller utlandet. Vi ser ingen grunn til å endre på dette og våre konklusjoner om valg av modell blir stående.

Vi kan her også legge til at disse tannlegetjenestene i hovedsak er gratis i Norge og at brukeren ikke vil kunne spare egenandelsutgifter (om han har noen) ved å reise til utlandet. Omfanget av utenlandsbehandling blir derfor trolig svært beskjedent på dette området. Ikke minst innser vi dette når vi her snakker om tannlegehjelp til prioriterte grupper som barn, funksjonshemmede og syke eldre/ uføre i institusjon eller som får hjemmehjelp.

Avslutningsvis vil vi understreke at omfanget av planlagt utenlandsbehandling først og fremst trolig vil være aktuelt for **refusjonsberettiget tannbehandling** hvor brukeren i Norge risikerer å måtte legge ut titusener av kroner i mellomlegg selv om vedkommende får full dekning *etter offentlig takst*. Årsaken er den frie prisfastsettelsen av behandling hos tannleger i Norge. Ved å reise til lavkostland i Europa, kan brukeren spare titusener av kr eller eventuelt velge å motta mer eller dyrere behandling for samme kronebeløp.

11 Forholdet til pasientskadeloven

NAV har ingen merknader.

12 Økonomiske og administrative konsekvenser

NAV bemerker at den totale aktiviteten i forhold til etterspørsel etter helsetjenester vil kunne øke i forhold til helsetjenester som er mer kostbare i Norge enn i oppholdslandene. Spesielt i forhold til tjenester som ikke er regulert med hensyn til maksimumhonorar hos tjenesteytere, som eksempel tannleger og kiropraktorer, logoped og audiopedagog og ortoptist. Det vil antakelig være sjeldent og mindre aktuelt med etterspørsel etter logoped og audiopedagogtjenester eller ortoptist i utlandet.

Det kan antas at tjenestene er rimeligere i lavkostland innenfor EØS-området. Mange vil se seg råd til tjenestene, spesielt i forhold til visse typer tannlegebehandling. Det fremgår av høringsnotatet at det for andre stønadsområder generelt, ikke forventes at det vil være større etterspørsel etter tjenester under midlertidige utenlandsopphold. Det vurderes heller ikke at kostnadene blir større, fordi refusjonsgrunnlaget blir det samme som i Norge.

Imidlertid må det kunne forventes at det vil være mer kostbart for forvaltningen å administrere spørsmål om refusjon for helsetjenester som er utført i EØS landene enn hjemme. I Norge er det for de fleste tjenestene ordninger med direkte oppgjør. For refusjonsordningen i andre EØS land vil refusjonene dreie seg om individuelle oppgjør, noe som vil resultere i merarbeid. Det kan oppstå vanskeligheter med tolkninger av regninger, hvilken behandling som er utført, hvilke legemidler og forbruksmateriell det dreier seg om osv. Helsetjenesteforvaltningens kontrollmuligheter vil også være mindre. Slike utfordringer ser en allerede i dag i forhold til pliktig og frivillig medlemskap og krav om helsetjenester utført utenfor Norge.

Departementet fastslår at det skal kunne gis refusjon for utgifter til helsehjelp som er mottatt de siste tre år før ikrafttreddelsen. Departementet tror imidlertid ikke at omfanget vil bli vesentlig.

Det er imidlertid klart at spesielt innenfor tannhelseområdet er det mange i dag som har latt seg behandle i lavkostland innenfor EØS området. Det antas at det kan forventes at det kan komme en del krav innenfor dette området for behandling som er utført før ikrafttreddelsen.

NAV er enig i overgangsregelen for refusjonsordningen som foreslås, og mener dette er mest i samsvar med ftrl. § 22-13, sjette ledd. Imidlertid reiser en overgangsordning på 3 år spesielle problemstilling i forhold til krav til dokumentasjon

Når det gjelder kostnadene ved å administrere den foreslåtte ordningen, er det åpenbart at disse vil bli relativt omfattende for NAVs del. Ordningen stiller store krav både ift. saksbehandling, informasjon og kontroll. Omfanget av merarbeidet er omtalt under de respektive punktene i høringen. NAV har ikke hatt mulighet til å anslå noe konkret i forhold til ressursbehov. Vi regner med at det vil tas mer konkrete runder på dette før ordningene trer i kraft.

II. Generelle kommentarer

NAV bemerker at når det nye forskriftsverket knyttet til refusjon av helsetjenester for planlagt ikke-sykehusbehandling i EØS-området er vedtatt, vil det på utlandsområdet være et meget omfattende og komplisert regelverk å forvalte.

For stønad etter folketrygden er pasientens rett begrenset til å gi hel eller delvis kompensasjon for medlemmers nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd jf. folketrygdloven § 5-1.

Det forutsettes i departementets høring at en pasient som behandles i utlandet ikke skal stilles bedre enn om pasienten ble behandlet i Norge.

I høringens pkt 4.4.2 om vilkår for stønad oppstilles flere vilkår som må være oppfylt for rett til stønad ved helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5. Stønad til undersøkelse og behandling må være medisinsk nødvendig og gjelde behandling som er vitenskapelig anerkjent. I tillegg stilles det krav til henvisning, også eventuelt krav om forhåndstilsagn av NAV for visse behandlingsformer, f.eks. fysioterapi. Pasienten må ha medlemskap i folketrygden og tjenesteyter må ha autorisasjon mv og ha offentlig tilknytning.

NAVs oppfatning er at folketrygden oppstiller visse vilkår som må være oppfylt for at en pasients krav på stønad ved behandling utenlands er å anse som rettmessig og derfor kan utbetales.

I forhold til pasientens krav om stønad ser NAV utfordringer i forhold til 5 sentrale punkter:

- a. Kontroll
- b. Dokumentasjonskrav
- c. Bevisvurderingen/bevisbyrde
- d. Sanksjoner, herunder innkreving
- e. Administrative ressurser

a. Kontroll

Vilkår om at undersøkelse og behandling skal være medisinsk nødvendig fører til en begrensning mot at folketrygden skal dekke utgifter relatert til undersøkelse og behandling som anses som unødvendig og ikke er medisinsk adekvat. Dette kan gjelde undersøkelse under alminnelig helsekontroll (screening), forebyggende behandling, forskningsmessig undersøkelse, rutinemessig og standardisert undersøkelse og behandling m.m.

Nødvendighetskriteriet er ofte tvistetema i saker om tilbakebetaling overfor behandlere av direkte oppgjør. NAV ser at dette også kan gjelde pasienters krav om stønad ved behandling i utlandet.

Vår oppfatning er at når modell b legges til grunn som beregningsgrunnlag for refusjon kan faktiske utgifter som likevel ikke fremstår som urimelig høye (avkortningsgrunnlag) være unødvendige utgifter ved for eksempel overforbruk av undersøkelse og behandling av utenlandske behandlere, for eksempel ved screening. Den faktiske utgiften pasienten vil fremlegge for refusjonsstønad vil i prinsippet være helt eller delvis i strid med det medisinske nødvendighetsprinsipp i folketrygdlovens § 5-1.

Misbrukssaker kan oppdages og avdekkes enten før utbetalingstidspunktet eller etter at betaling er foretatt. Det vil i sist nevnte tilfelle være aktuelt med feilutbetalingsvedtak m.v.

NAV håndterer slike saker som misbrukssaker avhengig av sakens art og alvorlighetsgrad. Ved overforbruk av for eksempel prøvetaking eller behandling eller kontroll vil NAV kunne reagere med flere virkemidler, for eksempel avkortning av krav, tilbakekreving ev. påtale.

Gunstig behandlingstilbud i utlandet vil kunne føre til at pasienter utfører undersøkelse og behandling i utlandet som etter folketrygdens § 5-1 ikke vil være å anse som medisinsk nødvendig, men likevel faller inn under stønadsområder det kan søkes refusjon for. I slike tilfeller vil offentlig finansieringsordning motta en faktisk utgift pasienten tilsynelatende har krav på å få dekket, og hvor ordningen ikke tar god nok høyde for at kravet i sin helhet er urettmessig. I denne sammenheng er NAVs kontrollmuligheter, dokumentasjonskrav, bevisvurdering og sanksjoner ikke berørt i høringen.

Etter vårt syn kan krav fra en pasient som har fått behandling i utlandet kunne fremsette et forsettelig urettmessig krav uten at NAV har hjemmel til eller ressurser til gjennomføring av kontroll. Dette vil stille pasienter som får urettmessig undersøkelse og behandling i utlandet og som ikke er medisinsk nødvendig bedre stillet enn pasienter i Norge.

Kontrollbehovet gjør seg også gjeldende i forhold til at det stilles formelle krav til tjenesteyter om at denne innehar nødvendig autorisasjon og har offentlig tilknytning.

I visse situasjoner/tilfeller vil det være nødvendig, for eksempel på bakgrunn av tips og erfaring, å undersøke/kontrollere om tjenesteyter oppfyller nødvendige vilkår. Dette kan føre til ressurskrevende undersøkelser hvor NAV også vil være avhengig av samarbeid med andre land.

Manglende oppfyllelse av formelle krav påhviler tjenesteyteren, men det er i høringen ikke vurdert hvorvidt risikoen for dette påhviler pasient, slik at søknad om refusjon skal avslås i sin helhet. Dersom pasienten i tillegg var klar over at tjenesteyteren var uten nødvendig autorisasjon mv. er det ikke tatt stilling til eventuelle kontroll- og sanksjonsmuligheter overfor pasienten.

NAV forutsetter at departementet tar stilling også til plikten til å føre kontroll med utbetalinger fra trygden eller utbetalinger fra statlige budsjettammer. I den grad pasienters søknad skal underlegges kontroll vil dette kreve ressurser. Ressurser vil være nødvendig enten det gjelder opprettelse av hensiktsmessig elektronisk løsning, utvikling eller nyutvikling i forhold til eksisterende kontroll og kontrollstrategi, eller ved oppfølging av konkrete misbrukssaker.

Vår plikt til å ha kontroll med løpende utbetalinger følger også av Statens økonomiregelverk. Vi regner med at departementet vurderer den foreslåtte ordningene også opp mot kravene som følger av dette regelverket ift. kontroll og dokumentasjon.

b. Dokumentasjonskravet

NAV kan heller ikke se at det i høringen er tatt stilling til om den som krever utbetaling på trygdens regning også må kunne dokumentere sitt krav og hvilken virkning det har om kravet bare delvis eller helt mangler nødvendig dokumentasjon. Et krav til at den som krever utbetaling også må kunne dokumentere sitt krav, er utslag av et alminnelig regningsprinsipp og må også kunne oppstilles ved en pasients undersøkelse og behandling i utlandet.

NAV antar at avslag på søknad om utbetaling er aktuelt blant annet i de tilfeller der dokumentasjon mangler helt. I forhold til beregningsmodell a og b, da særlig b hvor avkortning bare synes å være aktuelt i de tilfeller hvor stønadsbeløpet synes å fremstå som urimelig høyt, synes beregningsmodellene ikke ta høyde for ikke dokumenterte /mangelfull dokumentasjon i fremsettelse av stønad. Dersom NAV får ansvar for sakens opplysninger, jf. forvaltningslovens § 17 og på eget initiativ må utrede og etterspørre dokumentasjon fra utenlandsk tjenesteyter eller pasient vil dette kreve betydelige ressurser i forhold til stipulert søknadsmengde i høringen.

c. Bevisbyrden

Etter NAVs syn må pasienten etter nye regler om behandling i utlandet måtte pålegges bevisbyrden ved en eventuell kontroll av pasientens krav ved søknad om utbetaling fra trygden. I motsatt fall vil NAV stå foran en ressursmessig uhåndterlig situasjon dersom bevisbyrden påhviler saksbehandlende offentlig organ.

d. Sanksjoner

NAV kan ikke se at det i høringen er nærmere vurdert andre sanksjoner enn avkortning i de tilfeller der kravet fremstår som urimelig høyt. Det er i høringen ikke vurdert hvilke sanksjoner som kan være aktuelle om pasientens krav skyldes urettmessig krav fremsatt ved uaktsomhet (simpel eller grov) eller forsettelig.

Etter NAVs syn vil det som følge av kontroll og avdekking av bedrageri og dokumentfalsk m.m. være nødvendig også å vurdere andre sanksjoner enn kun avkortning av et krav. En pasient som drar til utlandet bør ikke stilles bedre enn pasienter som får undersøkelse og behandling i Norge. Som nevnt ser NAV utfordringer ved flere forhold som kan åpne for misbruk. NAV ber departementet vurderer pasienters rett til behandling i utlandet opp mot norske regler ved misbrukssituasjoner.

Med vennlig hilsen


Tor Saglie
Arbeids- og velferdsdirektør


Hilde Olsen
Avdelingsdirektør

Kopi: Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Postboks 8011 Dep, 0030 Oslo