



Norsk Pensjonistforbund



Helse- og Omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO

Ref.: 2008/4222/AG/AH

OSLO, 19.09.2008

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

Høringsnotatet fra departementet er på 87 sider og konkluderer med et lovforlag på 2 sider og er en omfattende og ikke alltid klargjørende oversikt over refusjonsregler ved helsehjelp i Norge sett i lys av tilsvarende forhold i EØS – EU landene. Det gir grunnlaget for forslag om samordning av refusjonsreglene når nordmenn søker behandling i EØS-EU land.

Lovendringene er motivert ut fra en avgjørelse i EF domstolen, som har slått fast at prinsippet i EF traktaten om fri bevegelse for tjenester også gjelder helsetjenester, og at det også omfatter rettigheter for tjenestemottakere, dvs pasienter. Gjenstand for høringen er ikke om det bør etableres en refusjonsordning, men hvordan ordningen bør utformes. Departementet foreslår at det tas inn kortfattede lovbestemmelser med forskriftshjemmel i en eller flere lover og at den nærmere refusjonsordning fastsettes i forskrift. Med den stadige økning av utenlandsreiser og langtidsopphold i EU land for pensjonister vil refusjonsordningene komme til å ha stor betydning for dem.

Det må presiseres at temaet og derved høringsnotatet ikke omfatter sykehusbehandling, men er avgrenset til "ikke- sykehusbehandling". Hva det innebærer, synes å ha voldt en del tankebry i departementet, og betydelig plass er viet forsøk på tolkning av hva dette begrepet innebærer, og hvordan det kan tilpasses norsk helsestell og egne refusjonsordninger.

Et klart utgangspunkt må etter departementets syn være at behandling som krever innleggelse i sykehus er sykehusbehandling og ikke skal omfattes av refusjonsordningen. Det samme gjelder andre institusjoner som gir behandling som kan likestilles med sykehusbehandling. Innleggelse skal imidlertid ikke være eneste faktor i vurderingen. Stadig flere undersøkelses- og behandlingsmetoder som før krevde innleggelse, utføres nå poliklinisk – ambulant i sykehus, f. eks. dagkirurgi. Etter departements syn bør refusjon kunne nektes for all behandling som krever slike ressurser som normalt forbindes med sykehusbehandling. Her kan det imidlertid være betydelige variasjoner fra land til land innen det store EU området og rom for vide fortolkninger.

Fortolkningen av "innleggelsesbehov" ved ulike sykdommer for behandling og/eller undersøkelser vil måtte bygge på medisinsk praksis og tradisjoner i hvert enkelt land og kan ikke umiddelbart bli tilpasset norske retningslinjer og prosedyrer. Problemene ved vurdering av refusjonsrettigheter vil i slike tilfeller etter Norsk Pensjonistforbunds oppfatning måtte bli omfattende eller uoverstigelige, og pasientene kan komme ut for store uventede vaskeligheter. Regelverket bør her gjøres klart og så entydig som mulig av hensyn til likeartet prosedyre ved bedømmelse av slike refusjonsrettigheter.

Det vises også til at refusjon bare skal gis dersom behandlingen ville bli gitt eller dekket av det offentlige i Norge. Departementet vil imidlertid ikke foreslå at det skal gis bindende forhåndstilsagn, - noe som ville være umulig å gjennomføre ved akutte behandlingsbehov. Derfor bør denne kravformuleringen etter Norsk Pensjonistforbunds oppfatning helt sløyfes, da den kan føre til betydelige misforståelser og reelle forsinkelser. Pasienter som søker behandling i utlandet i "grenseområdet" mellom sykehusbehandling og "ikke-sykehusbehandling" vil således etter norske fortolkninger kunne ta en økonomisk risiko hvis behandlingen blir bedømt som "sykehusbehandling"

Det samme vil kunne skje dersom behandlingen finner sted hos rent private yrkesutøvere, idet refusjon vanligvis bare gis i Norge, dersom behandling utføres av utøver som er knyttet til det offentlige. Det vil i praksis her si spesialister med avtalehjemmel eller ansatt i offentlig sykehus, samt allmennleger med avtalehjemler. Dette prinsippet er ukjent i flere EU land eller praktiseres på annen måte. Det vil være umulig for norske pasienter å finne ut av hvilke behandlere har "offentlig tilknytning" i aktuelle situasjoner, og å opprettholde et slikt krav virker helt urimelig. Dette har man åpenbart også forstått i departementet, men ønsker likevel ikke helt å oppheve dette kravet for refusjon ved behandling i EØS-EU land. Det begrunnes med at det da vil bli vanskelig å opprettholde avtalehjemmelordningen også i Norge, noe som vil bryte med vesentlige prinsipper om fordeling av spesialister etc.

NPF mener imidlertid likevel at kravet om behandlerens tilslutning til en eller annen form for offentlig helsetjeneste som vilkår for refusjon, uansett må bortfalle. Kravet vil bli umulig å tilfredsstille i mange situasjoner, og med uklare regler og formuleringer vil faren for store og urettferdige forskjeller mellom de ulike refusjons godkjenninger være åpenbar.

Det samme kan gjelde **henvisningskravet**, som etter Norsk Pensjonistforbunds * oppfatning kan bli like vanskelig å tilfredsstille i mange situasjoner. Departementet ønsker å opprettholde dette kravet, men synes å innse at det er ugjennomførlig å kreve henvisning fra norsk allmennlege. Det blir derfor EU landets regler som må tilpasses norske krav til pasienten, dvs. henvisning til spesialist må gå gjennom allmennlege i vedkommendes land. Også her vil realitetene kunne variere i de enkelte land, og pasienten må forholde seg til to ofte tvilsomme refusjonskrav.

Det samme gjelder det norske kravet om at tjenesteyteren i tillegg til offentlig autorisasjon må ha minst tre års veiledet tjeneste for å kunne praktisere som allmennlege med trygderefusjon, noe som departementet mener også bør gjelde i forbindelse med refusjonsordningen ved behandling i EØS- EU land. Departementet mener at dette vilkåret må kunne oppfylles i det der vises til Europaparlamentets direktiv fra 2005 om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner.

NPF ser også her de umulige krav til kunnskap om legenes kvalifikasjoner som forutsetning for pasienters legevalg med rett til refusjon. Problemene for norske NAV myndigheter for å finne ut om kvalifikasjonene til tjenesteutøvere tilfredsstiller kravene til å kunne godta refusjon, vil måtte innebære kompliserte og tidsrøvende undersøkelser, som i mange EU-land neppe vil bli forstått og som gir tallrike muligheter for tilfeldige avgjørelser. EF domstolens praksis gjelder helsetjenester uten nærmere presisering av nivåene for behandling. **Departementet har derfor lagt frem forslag til visse retningslinjer for hvilke behandlingsformer som vil kunne refunderes av kommunene.** Departementet slår fast at pleie- og omsorgstjenester ikke skal omfattes av ordningen. Derimot finner departementet det naturlig at legehjelp, fysioterapi, psykologhjelp, kiropraktorbehandling, logoped, audiopedagog, ortopedist samt jordmorhjelp omfattes av refusjonsordningen. Her synes grenseoppgangen til omsorgstjenester å være uskarp, og departementets forslag motsetningsfylt. Også her ser Norsk Pensjonistforbund at det kan bli vanskelige grenseoppganger dersom ikke reglene klargjøres tydeligere. Det kan f. eks. gjelde eldre med kroniske sykdommer som trenger kontroll eller funksjonshemmede som får komplikasjoner eller trenger hjelpemidler i en akutt situasjon. Det samme gjelder personer med livsviktige medisiner som har resept som må fornyes regelmessig.

NPF noterer imidlertid som positivt at det er departementets oppfatning at refusjonsordningene ikke bare må omfatte helsetjenester, men også varer i form av legemidler og medisinsk utstyr.

NPF vil igjen tilrå at det utformes et regelverk for refusjoner som både er fleksibelt, men samtidig klart formulert og forståelig også på dette området. Det refereres for øvrig til at det ennå ikke er avklart om hvilken betydning prinsippet om fri bevegelighet har for sosiale tjenester. Det avventes avgjørelse i en aktuell sak i EF domstolen.

Om tannhelsetjenester foreslår departement at refusjonsordningene skal omfatte tannbehandling som ville vært dekket av fylkeskommunen etter tannhelsetjenesteloven dersom behandlingen hadde vært utført i Norge

Det vil ikke gis refusjon for behandling som er forbudt i Norge, og alternativ behandling vil også falle utenfor refusjonsordningene. NPF slutter seg til disse synspunkter

Høringsnotatet er omfattende, til dels meget komplisert med tallrike gjentakelser og alternative vurderinger under ulike avsnitt, ofte med uklare konklusjoner. Det gjør det derfor vanskelig å gi en så klar og omfattende kommentar uttalelse som ønskelig.

Av en eller annen grunn omtales samtlige land som "EØS land"

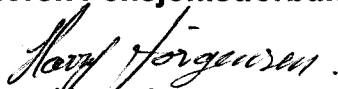
Disse er jo egentlig bare Norge, Island og Lichtenstein, mens den nevnte domstolavgjørelsen jo gjelder hele EU området. Denne presisering av det formelle EØS begrepet skaper til å begynne med forvirring hos leseren, så hvorfor ikke omtale hvilke land regelverket skal omfatte?

Lovforslaget er generelt som "forskriftslov", og Norsk Pensjonistforbunds kommentarer gjelder her de synspunkter og drøftelser som departementet har satt frem i høringsnotat og som trolig vil bli nedfelt i forskriftene til loven. Til lovutkastets utforming har Norsk Pensjonistforbund ingen innvendinger.

Sammenfatningsvis mener Norsk Pensjonistforbund at forskrifter og regelverk må formuleres så klare og tydelige, at der er få muligheter for varierte og feilaktige tolkninger og som kan medføre økonomiske vanskeligheter og urettferdigheter for pasienter som har søkt helsehjelp i EØS-EU land..

Bestrebelser på å tilpasse regelverket særnorske regler må ikke stå i veien for fleksible og omfattende refusjonsordninger for helsehjelp for nordmenn i det europeiske fellesskapet

Vennlig hilsen
Norsk Pensjonistforbund


Harry Jørgensen
Forbundsleder

Anders Gogstad/s/
Medlem av det sentrale helseutvalg i NPF