



YRKESORGANISASJONENES  
SENTRALFORBUND

Helse og Omsorgsdepartementet  
p.b. 8011 Dep.  
0030 Oslo

**Deres ref.:**

**Vår ref.:**

519/334/08/ØK

**Dato:**

09.10.2008

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

YS har sendt høringen til alle medlemsforbund og innhentet uttalelser. Vi støtter den foreslåtte refusjonsordningen for utgifter til helsehjelp mottatt i andre EØS-land. Ordningen vil innebære økt valgfrihet for pasienter når det gjelder hvor de vil motta ikke-sykehusbehandling, noe som er positivt i en tid med økt mobilitet over landegrensene.

Generelt vil vi bemerke at høringsnotatet er svært grundig og forklarende skrevet. Det gir en god innføring i eksisterende ordninger og aktuelle problemstillinger som reiser seg ved innføring av utvidede refusjonsrettigheter. Problemstillingene er godt drøftet, og den foreslåtte refusjonsordningen virker godt begrunnet og gjennomtenkt.

Til noen av punktene i høringsnotatet:

**1 Innledning**

Departementet starter innledningsvis med en beskrivelse av bakgrunnen for skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling, og om at refusjonsordningen gjelder planlagt behandling. YS mener det er viktig med en svært klar presisering av hvilke behandlinger som ordningen skal omfatte. Det er også viktig med en presisering av rangering av denne refusjonsordningen og EØF-forordning nr. 1408/71.

**2 Sammendrag**

Departementet foreslår at det presiseres i pasientskadeloven at loven ikke gjelder helsehjelp som det ytes refusjon for etter ny refusjonsordning. YS mener dette også bør presiseres i forskrift om ny refusjonsordning.

### 3.5 Hvilke utgifter til ikke-sykehusbehandling har man plikt til å refundere?

Det tas utgangspunkt i at pasienter bare har krav på dekning av utgifter til helsehjelp de har mottatt i andre EØS-land innen de rammer som gjelder for dekning av utgifter til helsehjelp i hjemlandet. Likedan at det ikke skal dekkes mer enn faktisk utgift. Begrensningen virker fornuftig, og støttes av YS.

### 6.2 Skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling

YS mener det blir svært viktig å definere klart skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling. Dette vil være avgjørende for at den nye refusjonsordningen skal bli enkel å håndtere i praksis.

Departementet ber om syn på hvordan man på en hensiktsmessig måte kan avgrense refusjonsordningen mot sykehusbehandling.

Vi mener avgrensningskriteriene må være så konkrete som mulig, som for eksempel:

Type behandling, diagnose, legeerklæring på gjennomført behandling

Tidsbegrensning i antall timer. For eksempel: inntil 5 timer uten anestesi er ikke sykehusinnleggelse.

Dagkirurgi/poliklinisk behandling.

Det er i høringsnotatet forutsatt at forhåndsgodkjenning ikke skal kunne kreves. Vi er enig i dette prinsippet. Bruker har likevel en selvstendig undersøkelsesplikt og må bære risiko for sine valg, og dette må komme klart fram i regelverket.

### 6.3 Tannhelsetjenester

Det er i dag et begrenset antall brukere som har rett til tannhelsetjeneste etter folketrygdlovens § 5-24 og 5-6. Innføring av en ordning med refusjon for tannhelsetjenester for behandlinger utført i EØS/Sveits vil sannsynligvis føre til de største konsekvenser for brukere og utgiftsnivået.

Dokumentasjonskravet til slike refusjoner er høyt, og YS mener forskriftene må klart definere hva som er refunderbare og ikke-refunderbare behandlinger.

### 6.6 Bidrag til spesielle formål etter folketrygdlovens § 5-22

YS er enig i at ytelser etter fl's § 5-22 formaliseres i egen forskrift. Dette vil styrke brukers rettsvern, og gjøre regelverket lettere tilgjengelig både for brukere og helsetjenesteforvaltningen.

Forskriften bør klart definere hva som kan refunderes, og ikke overlate dette til skjønnsmessige vurderinger.

### 7.1 Vilkår for refusjon - innledning

Departementet foreslår at de krav og begrensninger som gjelder i Norge, gjøres tilsvarende for refusjoner av utgifter til helsehjelp som er påløpt i andre EØS-land. YS er enig i dette.

Departementet har vist til eksempler som krav om henvisninger, begrensninger med hensyn til behandlingstyper, omfang av behandlinger etc, og vi er enig i at slike krav og begrensninger gjør det håndterlig å vurdere om refusjon skal gis. En forenkling av saksbehandlingen vil kunne være bruk av internasjonale diagnosekoder (ICD), og vi foreslår det stilles krav om bruk av disse.

#### 7.3.1 Autorisasjon som helsepersonell

Vi forutsetter at det enkelte EØS-land/Sveits har ansvar for å påse at tjenesteytere og helsepersonell tilfredsstiller kvalifikasjonsdirektivet. Dette innebærer at det ikke må innføres egen saksbehandling og sjekk av om kvalifikasjonskravene er oppfylt. Slik kvalitetssikring må forutsettes å ligge i autorisasjonssystemet som er etablert.

#### 7.3.2 Spesialistkompetanse

Departementet mener det ikke bør stilles krav om spesialistgodkjenning for behandling utført i land der den aktuelle spesialiteten ikke finnes. Vi mener det derimot bør kunne kreves annen dokumentasjon på særskilt kompetanse for å sikre tilstrekkelig kvalitet i saksbehandlingen, ellers vil den praktiske gjennomføringen bli vanskelig.

#### 7.6 Forholdet til trygdeforordning nr. 1408/71

Ifølge departementet vil den foreslåtte refusjonsordningen ikke endre de ordninger for dekning av helsehjelp i andre EØS-land etter trygdeforordning nr. 1408/71. YS mener det er helt nødvendig at det fastsettes en rangeringsordning mellom de to forskjellige refusjonsordningene som er helt klar og entydig. Dette fordi dekning etter de to vil kunne slå forskjellig ut, og pga. faren for dobbeltdekning. For eksempel vil bruker kunne vise helsetrygdkort under behandling i annet EØS-land, og forsøke å hente ut dekning også når de kommer hjem.

#### 8.2 Maksimalt refusjonsbeløp

Når det gjelder helsehjelp uten annen offentlig finansiering enn stønad fra folketrygden foreslår departementet at refusjonsordningen skal utbetale inntil norske makssatser.

YS mener det vil være ressurskrevende å sammenligne hva som er mest til gunst for bruker, og viser til pkt. 7.6 om at det bør fastsettes en rangering mellom de to refusjonsordningene.

#### 9.1 Instans, saksbehandlingsregler mv.

Refusjonsordningen vil bli kompleks, og YS støtter forslaget om å sentralisere oppgaven.

Vi er også enig i forslaget om at allerede gjeldende saksbehandlingsregler skal gjelde, det vil effektivisere saksbehandlingsprosessen.

Departementet foreslår at utgifter til helsehjelp som er mottatt de siste tre år før refusjonsordningen trer i kraft, skal kunne refunderes. YS mener imidlertid at arbeidet med dokumentasjon av utgifter og saksbehandling ville bli så vidt omfattende, og kontrollmulighetene ville bli så små, at ordningen ikke bør få tilbakevirkende kraft.

#### 10.4 Alternative modeller for finansiering

Departementet skisserer fire alternative modeller for finansiering av refusjonsordningen:

Finansieringsansvaret følger "sørge for"-ansvaret

Finansieringsansvaret legges til staten (folketrygden)

Finansieringsansvaret tilsvarende finansieringssystemet i Norge

Utgiftsdeling etter en pragmatisk løsning

YS mener modell 2 bør velges. Den vil være den enkleste å administrere, og forvaltningen av helserefusjoner ligger i dag til staten.

Avslutningsvis vil vi bemerke at det vil bli et omfattende regelverk på utenlandsområdet å forholde seg til:

Refusjon etter folketrygdlovens § 5-24

Refusjon etter forordning 1408/71

Refusjon etter forskrift for ikke-sykehusbehandling

Vi mener det er behov for å se disse regelverkene i sammenheng når regelverket for den nye refusjonsordningen utformes.

Med vennlig hilsen

Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund - YS



Tore Eugen Kvalheim

YS-leder



Ørnulf Kastet  
advokat