



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 92

(2008–2009)

Om lov om endringer i folketrygdloven
m.m. (etablering av en ordning for
refusjon av pasienters utgifter til
helsehjelp i andre EØS-land)

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold	5	5.2.5	Bidrag etter folketrygdloven § 5-22	26
2	Bakgrunnen for lovforslaget	7	6	Etablering av en ny refusjons- ordning forankret i folketrygdloven kapittel 5	27
2.1	EØS-rettslig behov for innføring av refusjonsordning	7			
2.2	Høringen	7			
3	Forholdet til EØS-avtalen – EF- og EFTA-domstolens praksis	12	7	Hvilke tjenester refusjons- ordningen skal omfatte	29
3.1	Innledning – forholdet til EØS-avtalen	12	7.1	Generelt om hva refusjonsordningen vil omfatte	29
3.2	Forbudet mot restriksjoner i den frie bevegelighet for tjenester	13	7.2	Tannhelsetjenester	29
3.3	Restriksjoner i den frie bevegelighet for tjenester kan rettferdiggjøres	14	7.2.1	Forslaget i høringsbrevet	29
3.4	Forpliktelse til å etablere et system for å refundere utgifter til ikke- sykehusbehandling	14	7.2.2	Høringsinstansenes syn	30
3.5	Europakommisjonens arbeid med regulering av pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester	15	7.2.3	Departementets vurdering	31
			7.3	Kort om andre avgrensningsspørsmål .	32
			7.3.1	Tjenester som i Norge hører under kommunehelsetjenesten	32
			7.3.2	Spesialisthelsetjenester – særlig om skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling	33
			7.3.3	Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	35
4	Rettstilstanden i nordiske land og enkelte andre land i EU	17	8	Administrering av refusjons- ordningen	37
4.1	Sverige	17	8.1	Forslaget i høringsbrevet	37
4.2	Danmark	17	8.2	Høringsinstansenes syn	37
4.3	Finland	18	8.3	Departementets vurdering	37
4.4	Island	19			
4.5	Enkelte land utenfor Norden	19			
5	Gjeldende rett	21	9	Finansiering av refusjons- utbetalingene	39
5.1	Offentlig finansiering av helsetjenester i Norge	21	9.1	Forslag i høringsbrevet	39
5.1.1	Spesialisthelsetjenester	21	9.2	Høringsinstansenes syn	40
5.1.2	Kommunehelsetjenesten	22	9.3	Departementets vurdering	40
5.1.3	Tannhelsetjenester	22			
5.1.4	Stønad ved helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5	23	10	Overgangsordning	42
5.2	Eksisterende ordninger for å motta helsetjenester i utlandet på det offentliges bekostning eller stønad til slike tjenester	23	10.1	Forslaget i høringsbrevet	42
5.2.1	Pasientrettighetsloven § 2-1	23	10.2	Høringsinstansenes syn	42
5.2.2	Trygdeforordning nr. 1408/71	23	10.3	Departementets vurdering	42
5.2.3	Stønad til helsetjenester i utlandet etter folketrygdloven § 5-24	25	11	Forholdet til pasientskadeloven	44
5.2.4	Behandlingsreiser til utlandet	25	11.1	Gjeldende rett	44
			11.2	Forslaget i høringsbrevet	44
			11.3	Høringsinstansenes syn	45
			11.4	Departementets vurdering	45

12	Enkelte andre spørsmål	46	14.2	Merknader til endringene i kommunehelsetjenesteloven	53
12.1	Forhold som foreslås regulert i forskrift	46	14.3	Merknader til endringene i tannhelsetjenesteloven	54
12.2	Spørsmålet om offentlig tilknytning som vilkår for refusjon	46	14.4	Merknader til endringene i spesialisthelsetjenesteloven	54
12.3	Spørsmålet om henvisning som vilkår for refusjon	48	14.5	Merknader til endringene i pasientskadeloven	55
12.4	Spørsmålet om forhåndsvurdering og forskuttering	49			
13	Økonomiske og administrative konsekvenser	51		Forslag til lov om endringer i folketrygdloven m.m. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land)	56
14	Merknader til de enkelte bestemmelsene	53			
14.1	Merknader til endringene i folketrygdloven	53			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 92

(2008–2009)

Om lov om endringer i folketrygdloven m.m. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 8. mai 2009,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Helse- og omsorgsdepartementet legger med dette frem forslag til endringer i folketrygdloven og enkelte andre lover. Forslaget gjelder etablering av en ny refusjonsordning for utgifter pasienter har hatt til helsehjelp i andre land i EØS-området.

Ordningen vil gi pasienter økt valgfrihet med hensyn til om de vil motta helsehjelpen i Norge eller i andre EØS-land.

Vi har allerede enkelte ordninger for dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet på visse vilkår, som er omtalt i punkt 5.2 nedenfor. Våre EØS-rettslige forpliktelser innebærer at det i tillegg må innføres en ny refusjonsordning. Pasienter skal i bestemte situasjoner kunne søke helsehjelp i andre EØS-land og få refusjon for utgifter dersom refusjonsvilkårene er oppfylt, uten krav om forhåndsgodkjenning fra norske myndigheter.

Departementet foreslår at refusjonsordningen hjemles i folketrygdloven kapittel 5, og at bestemmelser om finansiering av refusjonsutbetalinger tas inn i kommunehelsetjenesteloven, tannhelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Ordningen foreslås bare å gjelde det EF-domstolen omtaler som «ikke-sykehusbehandling», det

vil si i første rekke helsehjelp som gis utenfor sykehus. Det må foretas en nærmere avgrensning av hva ordningen skal omfatte.

Det foreslås hjemmel for å forskriftsregulere ordningens virkeområde, vilkår for refusjon, beregning av refusjonsbeløp, dokumentasjonskrav m.v. Med noen unntak går derfor departementet ikke inn på disse temaene i proposisjonen her. Enkelte tema er likevel så sentrale for å gi et godt bilde av refusjonsordningen at de er omtalt selv om de ikke er avgjørende for selve lovforslaget. Dette gjelder noen sider ved avgrensningen av det saklige virkeområdet (hvilke typer helsetjenester som omfattes), jf. punkt 7 nedenfor, spørsmålet om krav til henvisning og offentlig tilknytning og spørsmålet om det skal gis bindende forhåndstilsagn, betalingsgaranti eller lignende, jf. punkt 12 nedenfor.

Etter departementets vurdering bør refusjonsordningen omfatte helsetjenester og varer som tilsvare:

- helsetjenester og varer som det ytes *stønad* til etter folketrygdloven kapittel 5 (med unntak av tjenester som anses som sykehusbehandling),

Om lov om endringer i folketrygdloven m.m.
(etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land)

og eventuelt enkelte varer/tjenester som det ytes *bidrag* til etter folketrygdloven § 5-22

- spesialisthelsetjenester i den grad de regnes som ikke-sykehusbehandling, og med unntak av LAR (legemiddellassistert rehabilitering),
- tannhelsetjenester som fylkeskommunen yter gratis eller mot delvis vederlag til lovpålagte prioriterte grupper

Departementet foreslår som utgangspunkt at vilkårene for refusjon skal være de samme vilkår som gjelder for å få tilsvarende behandling i Norge med utgiftsdekning fra det offentlige, jf. punkt 12.1 nedenfor. Enkelte av vilkårene bør etter departementets vurdering likevel tilpasses eller utelates for å sikre at forslaget er i samsvar med EØS-retten.

Departementet foreslår at refusjon gis etter at helsehjelpen er mottatt og betalt av pasienten. Departementet foreslår ikke at det innføres en ordning hvoretter pasienten kan be om et bindende forhåndstilsagn om at refusjon vil bli gitt, eller ordninger for direkte oppgjør med tjenesteyter, betalingsgaranti eller lignende, jf. punkt 12.4 nedenfor.

Departementet foreslår at oppgavene med å behandle refusjonskravene og utbetale refusjon til pasientene legges til Helsedirektoratet eller den in-

stans direktoratet bestemmer, jf. punkt 8 nedenfor. I punkt 9 drøftes hvor refusjonsutgiftene skal plasseres. Departementet foreslår at de regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene dekker refusjonsutgiftene for de tjenestetyper de har «sørge for»-ansvaret for, innenfor basisbevilgningen, respektive de frie inntektene. Forslaget innebærer at det ikke gis aktivitetsbasert delfinansiering fra staten (blant annet ISF-refusjon og stønad fra folketrygden) for behandlingen. Det foreslås at folketrygden dekker refusjonsutgiftene til de tjenester og varer hvor folketrygden er den eneste offentlige finansiøren når tilsvarende helsehjelp mottas i Norge.

Det foreslås en overgangsordning slik at det kan gis refusjon for utgifter til helsehjelp i andre EØS-land som er påløpt de siste tre årene før ikrafttredelsen, jf. punkt 10 nedenfor.

Departementet foreslår i punkt 11 nedenfor en endring i pasientskadeloven for å presisere når loven kommer til anvendelse for helsehjelp mottatt i utlandet. Pasientskadeloven vil etter forslaget ikke gjelde helsehjelp som berettiger til refusjon etter den nye refusjonsordningen som denne proposisjonen omhandler.

2 Bakgrunnen for lovforslaget

2.1 EØS-rettslig behov for innføring av refusjonsordning

Helse- og omsorgsdepartementets sendte 16. juni 2008 ut et høringsbrev med forslag om å etablere en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp (ikke-sykehusbehandling) i andre EØS-land. Om bakgrunnen for forslaget heter det i innledningen i høringsbrevet:

«[...] Endringene gjelder pasientmobilitet, nærmere bestemt innføring av en refusjonsordning hvorefter pasienter på visse vilkår kan få refusjon av utgifter til helsehjelp mottatt i andre EØS-land.

Begrepet pasientmobilitet brukes med litt forskjellig betydning i ulike sammenhenger. I vid betydning brukes begrepet om alle tilfeller der pasienter beveger seg over landegrensene eller hvor personer av ulike grunner får behandling i et annet land enn der de er bosatt eller omfattet av en nasjonal trygdeordning. I en snevrere betydning brukes det om tilfeller hvor pasienter mottar behandling i andre land på hjemlandets bekostning, eventuelt begrenset til tilfeller der selve formålet med reisen er å motta helsehjelp.

EF-domstolen har slått fast at prinsippet i EF-traktaten om fri bevegelighet for tjenester gjelder for helsetjenester, og at det også medfører rettigheter for pasienter som tjenestemottakere. Prinsippet er nedfelt i EF-traktaten artikkel 49 og 50 (tidligere 59 og 60), og tilsvarende i EØS-avtalen artikkel 36 og 37. EF-domstolens avgjørelser og forholdet til EØS-avtalen er nærmere omtalt [...] nedenfor. Forholdet til reglene om helsetjenester i rådsforordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse av trygdeordninger på arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende og deres familiemedlemmer som flytter innenfor Fellesskapet (trygdeforordning nr. 1408/71) er omtalt [...] nedenfor, [...]

På bakgrunn av rettspraksis fra EF-domstolen har EFTA Surveillance Authority (ESA) tatt opp med Helse- og omsorgsdepartementet at Norge ikke har noen ordning for å refundere utgifter pasienter har hatt i andre EØS-land til (planlagt) helsehjelp som kan regnes som ikke-sykehusbehandling. Departementet har kom-

met til at en slik refusjonsordning må innføres for å oppfylle Norges forpliktelser etter EØS-avtalen, [...]. De lovendringer som foreslås i dette høringsnotatet er et ledd i arbeidet med å etablere en slik ordning.

Gjenstand for høringen er dermed ikke om det bør etableres en refusjonsordning, men hvordan ordningen bør utformes.

Refusjonsordningen vil innebære økt valgfrihet for pasienter når det gjelder hvor de vil motta ikke-sykehusbehandling. I vår tid med økende mobilitet over landegrensene kan pasienter av ulike grunner ønske å søke helsehjelp i et annet land. Erfaring viser at de fleste ønsker å motta helsehjelp så nær hjemstedet som mulig, men i noen situasjoner kan det være fordelaktig å kunne velge å motta hjelpen i et annet EØS-land. Dette gjelder ikke bare behov som oppstår på reise. For personer som bor i grensestrøk, eller som bor deler av året i et annet land, vil det kunne være særlig aktuelt å søke helsehjelp utenfor Norge. Det samme kan i noen tilfelle gjelde personer som har personlig tilknytning til et annet land, for eksempel tidligere hjemland.

[—]

[...] Departementet foreslår at det tas inn kortfattede lovbestemmelser med forskriftshjemmel i en eller flere lover, og at den nærmere utformingen av refusjonsordningen fastsettes i forskrift. Departementet har i høringsnotatet likevel omtalt en del spørsmål som i så fall vil bli regulert i forskrift. Dette er gjort blant annet for å gi høringsinstansene et bedre bilde av hvordan departementet mener hovedtrekkene i refusjonsordningen bør være. Uttalelser fra høringsinstansene om de løsninger som skisseres vil også være til nytte når forskrift skal utarbeides. Forskriftsutkast vil bli sendt på høring senere.

Uttrykket ikke-sykehusbehandling er ikke godt språklig, men brukes i dette høringsnotatet som korresponderende med EF-domstolens «non-hospital care». [...]

Høringsnotatet omhandler ikke rett til sykehusbehandling i utlandet på det offentliges bekostning. EF-domstolen har slått fast at pasienter har rett til dette under visse forutsetninger. Slike rettigheter er allerede innarbeidet i norsk

Om lov om endringer i folketrygdloven m.m.
(etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land)

lovgivning. Det vises til Ot.prp. nr. 63 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m. og de lovendringer som trådte i kraft 1. september 2004. Det vises også til trygdeforordning nr. 1408/71 artikkel 22, [...]»

De ordningene vi allerede har for å dekke utgifter til helsehjelp i andre land, er omtalt i punkt 5.2 nedenfor. For mer bakgrunnsinformasjon om EØS-retten og EF-domstolens rettspraksis på området, se punkt 3 nedenfor.

2.2 Høringen

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 16. juni 2008 høringsbrevet til følgende adressater:

ADHD-foreningen
Afasiforbundet i Norge
Akademikerne
Amnesty International Norge
Angstringen
Apotekforeningen
Arbeidsgiverforeningen Spekter
Arbeids- og velferdsdirektoratet
Aurora, Støtteforeningen for mennesker med psykiatriske helseproblem
Autismeforeningen i Norge
Aleris Helse
Barneombudet
Bioingeniørfaglig institutt NITO
Bioteknologinemnda
Blå Kors Norge
Cerebral Parese-foreningen
Colosseumklinikken – Allmennlegene
Datatilsynet
DELTA
Demensforeningen
Den Norske Advokatforening
Den norske Dommerforening
Den Norske Jordmorforening
Den norske Kreftforening
Den norske tannlegeforening
Den norske legeforening
Departementene
Drammen private sykehus
Dysleksiforbundet i Norge
EEG-Laboratoriet AS
Europabevegelsen
Fagforbundet
Fagrådet innen Rusfeltet i Norge
Familieterapi Instituttet
Farmasi Forbundet
Fellesorganisasjonen
Finansforbundet

Finansnæringens Hovedorganisasjon
Forbundet tenner og helse
Forbrukerombudet
Forbrukerrådet
Foreningen for blødere i Norge
Foreningen for hjertesyke barn
Foreningen for kroniske smertepasienter
Foreningen for Muskelsyke
Foreningen Rett til en verdig død
Forening for søvn sykdommer
Forum for Bioteknologi
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Først medisinske laboratorium AS
Fylkesrådet for funksjonshemmede
Galebevegelsen
Gynlab AS
Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon
Helsedirektoratet
Helsetilsynet i fylkene
HIV – Norge
Hørselshemmedes Landsforbund
Informasjonssenteret Hieronimus
Innovasjon Norge
Institutt for samfunnsforskning
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser
Kirkens Bymisjon
Kliniske ernæringsfysiologers forening
Konkurransetilsynet
Kost- og ernæringsforbundet
Kreftregisteret
KS (Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon)
Landets distriktpsikiatriske sentra
Landets fylkesmenn
Landets helseforetak
Landets fylkeskommuner
Landets kommuner
Landets kontrollkommisjoner
Landets regionale helseforetak
Landets høyskoler med helsefaglig utdanning
Landets pasientombud
Landets universiteter
Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
Landsforeningen Alopecia Areata
Landsforeningen for etterlatte ved selvmord
Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke
Landsforeningen for Huntingtons sykdom
Landsforeningen for kosthold og helse
Landsforeningen for lesbisk og homofil frigjøring
Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte
Landsforeningen for Psykopat Ofre
Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri

Om lov om endringer i folketrygdloven m.m.
(etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land)

Landsforeningen for Transseksuelle	Norsk Intravenøs Forening
Landsforeningen for Trafikkskadde	Norsk Kiropraktikerforening
Landsforeningen for utekontaktene	Norsk Landsforening for laryngektomerte
Landsforeningen for utviklingshemmede og pårørende	Norsk Logopedlag
Landsforeningen for voldsofre	Norsk OCD forening, ANANKE
Landsforeningen mot fordøysessykdommer	Norsk Osteoporoseforening
Landsforeningen We shall overcome	Norsk ortopedisk forening
Landslaget for offentlige pensjonister	Norsk Palliativ Forening
Landsorganisasjonen i Norge	Norsk Pasientforening
Legeforeningens forskningsinstitutt	Norsk Pasientskadeerstatning
Legemiddelindustriforeningen	Norsk Pensjonistforbund
Likestillings- og diskrimineringsombudet	Norsk Presseforbund
Mattilsynet	Norsk Psoriasis Forbund
Menneskeverd	Norsk Psykologforening
Mental Helse Norge	Norsk Psykiatrisk Forening
MS-forbundet	NorskPsykoanalytisk Institutt
Nasjonalt folkehelseinstitutt	Norsk Radiografforbund
Nasjonalforeningen for folkehelsen	Norsk Redaktørforening
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Norsk Revmatikerforbund
Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling	Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste
Nei til EU	Norsk senter for menneskerettigheter
Nettverket for Private helsevirksomheter	Norsk Sykepleierforbund
Nordisk institutt for odontologisk materialprøving	Norsk sykehus- og helsetjenesteforening
Norges Astma- og Allergiforbund	Norsk Tannpleierforening
Norges Blindeforbund	Norsk Tjenestemannslag
Norges Diabetesforbund	Norsk Tourette Forening
Norges Døveforbund	Norsk Thyreoideaforbund
Norges Fibromyalgi Forbund	Norske Fotterapeuters Forbund
Norges Farmaceutiske Forening	Norske helikopteransattes forbund
Norges forskningsråd	Norske Ortoptisters forening
Norges Handikapforbund	NOVA
Norges Juristforbund	Næringslivets Hovedorganisasjon
Norges kristelige legeforening	Organisasjonen Voksne for Barn
Norges Optikerforbund	PARAT
Norges Parkinsonforbund	PARAT Helse
Norges Røde Kors	Pasientskadenemnda
Norsk audiografforbund	Patentstyret
Norsk Cøliakiforening	Personvernemnda
Norsk Epilepsiforbund	PRISY – Privatsykehusenes fellesorganisasjon
Norsk Ergoterapeutforbund	Quality Assurance Service
Norsk Forbund for Utviklingshemmede	Redd Barna
Norsk Forening for cystisk fibrose	Regjeringsadvokaten
Norsk forening for nevrofibromatose	Ressurssenteret for omstilling i kommunene
Norsk forening for palliativ medisin	Rettspolitisk forening
Norsk forening for Stomi- og Reservoaropererte	Riksadvokaten
Norsk forening for Tuberøs Sklerose	Riksrevisjonen
Norsk Forskerforbund	Ringvoll Klinikken
Norsk Fysioterapeutforbund	Rokkansenteret
Norsk Helse- og Sosiallederlag	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
Norsk Helsesekretærforbund	ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser
Norsk Immunsviktforening	Ryggmargsbrokk og hydrocephalusforeningen
Norsk Interesseforening for Kortvokste	Ryggforeningen i Norge
Norsk Interesseforening for Stamme	Røntgeninstituttene Fellesorganisasjon
	Rådet for psykisk helse

Om lov om endringer i folketrygdloven m.m.
(etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land)

SABORG – Sammenslutning for alternativ
 behandlere
Sametinget
Samfunnsviternes fagforening
Senter for medisinsk etikk, SME
Senter for sjeldne sykdommer og
 diagnosegrupper
SINTEF Helse
Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
Statens Helsepersonellnemnd
Statens institutt for rusmiddelforskning
Statens helsetilsyn
Statens legemiddelverk
Statens råd for funksjonshemmede
Statens seniorråd
Statens senter for Ortopedi
Statens strålevern
Statstjenestemannsforbundet
Stortingets ombudsmann for forvaltningen
Stiftelse for helsetjenesteforskning
Stiftelsen Norsk Luftambulanse
Stiftelsen Menneskerettighetshuset
Stiftelsen Organdonasjon
Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
Støtteforeningen for Kreftsyeke Barn
Stiftelsen Støttecenter mot Incest – Oslo
Sysselmannen på Svalbard
Teknologirådet
Turner Syndrom foreningen i Norge
Universitets- og høyskoleutdannedes forbund
Utdanningsforbundet
Vestlandske Blindeforbund
Volvat Medisinske Senter AS
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund
Yngre legers forening
Ønskebarn – Norsk forening for fertilitet og
 barnløshet

Høringsfristen var 1. oktober 2008. Følgende hø-
ringsinstanser har svart at de ikke har merknader
eller kommentarer til forslaget, eller at de ikke av-
gir realitetsuttalelse:

Barne- og likestillingsdepartementet
Fornyings- og administrasjonsdepartementet
Kommunal- og regionaldepartementet
Kunnskapsdepartementet
Landbruks- og matdepartementet
Miljøverndepartementet
Nærings- og handelsdepartementet
Samferdselsdepartementet
Utenriksdepartementet
Barneombudet
Datatilsynet
Helsedirektoratet v/ Statens seniorråd
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Norges forskningsråd
Patentstyret
Riksadvokaten
Statens legemiddelverk
Statens strålevern
Fylkesmannen i Oslo og Akershus
Fylkesmannen i Vestfold
Sykehuset Østfold
Høgskolen i Akershus
Arbeidsgiverforening Spekter
Den norske Dommerforeningen
Næringslivets hovedorganisasjon
Yngre legers forening

Følgende instanser har avgitt realitetsuttalelse:

Arbeids- og inkluderingsdepartementet
Justis- og politidepartementet
Arbeids- og velferdsdirektoratet
Bioteknologinemnda
Helsedirektoratet
Norsk Pasientskadeerstatning
Hordaland fylkeskommune
Nord-Trøndelag fylkeskommune
Troms fylkeskommune
Vestfold fylkeskommune
Østfold fylkeskommune
Drammen kommune
Fjell kommune
Holmestrand kommune
Sande kommune
Sorum kommune
Helse Sør-Øst RHF
Rikshospitalet HF
St. Olavs Hospital HF
Apotekforeningen
Den norske legeforening
Den norske tannlegeforening
Foreningen for Kroniske Smertepasienter
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
KS (Kommunesektorens interesse- og
 arbeidsgiverorganisasjon)
Kreftforeningen
Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke
Landsorganisasjonen i Norge
Norske Ortopetisters Forening
Norsk Fysioterapeutforbund
Norsk manuellterapeutforening
Norsk tannpleierforening
Norsk Pensjonistforbund
Privatsykehusenes fellesorganisasjon
Røntgeninstituttene Fellesorganisasjon
Unio
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund

Om lov om endringer i folketrygdloven m.m.
(etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land)

Høringsinstansene synes å ta til etterretning at det må innføres en refusjonsordning som omtalt i høringsbrevet. Enkelte uttaler at de er positive til forslaget fordi det øker pasientenes valgfrihet med

hensyn til hvor de vil søke helsehjelp. Mange instanser har merknader til ulike problemstillinger. Dette er omtalt nedenfor under de enkelte punkter.

3 Forholdet til EØS-avtalen – EF- og EFTA-domstolens praksis

3.1 Innledning – forholdet til EØS-avtalen

I løpet av de siste tolv årene har EF-domstolen behandlet en rekke saker om pasientmobilitet. EF-domstolen har slått fast at EF-traktatens prinsipp om fri bevegelse for tjenester gjelder for helse-tjenester, og at dette prinsippet også gir pasienter rettigheter som tjenestemottakere. Avgjørelsene innebærer at pasienter på visse vilkår har rett til dekning fra hjemlandet av utgifter til behandling i andre EØS-land. Grunnlaget er reglene om fri bevegelse av tjenester som er nedfelt i EF-traktaten artikkel 49 og 50 (tidligere artikkel 59 og 60).¹ Det samme følger av de tilsvarende bestemmelsene i EØS-avtalen artikkel 36 og 37, noe EFTA-domstolen også la til grunn i sin rådgivende uttalelse i *Rindal og Slinning* fra desember 2008.²

EF-traktaten og EØS-avtalen begrenser i utgangspunktet ikke medlemslandenes kompetanse til å organisere sine helsevesen og utforme lovgivning knyttet til dette. Medlemslandene kan selv bestemme hvem som skal motta helsetjenester, hvilke ytelser som skal gis og på hvilke vilkår de skal ytes. Denne kompetansen må imidlertid utøves i overensstemmelse med EF-traktatens/EØS-avtalens regler. Dette innebærer blant annet at det i norsk rett ikke må etableres eller opprettholdes restriksjoner i tjenestefriheten uten at restriksjonen er nødvendig for å nå lovlig helserelaterte hensyn.³

De aktuelle avgjørelsene fra EF-domstolen er avsagt etter inngåelsen av EØS-avtalen. Avgjørelsene er således ikke direkte bindende for Norge i medhold av EØS-avtalen artikkel 6, som lyder:

«Ved gjennomføringen og anvendelsen av bestemmelsene i denne avtale, og med forbehold for den fremtidige utvikling av rettspraksis, skal bestemmelsene, så langt de i sitt materielle innhold er identiske med de tilsvarende regler i Traktaten om opprettelse av Det europeiske økonomiske fellesskap og Traktaten om opprettelse av Det europeiske kull- og stålfellesskap og med rettsakter som er vedtatt i henhold til de to traktatene, fortolkes i samsvar med de relevante rettsavgjørelser som De europeiske fellesskaps domstol har truffet før undertegningen av denne avtale.»

EFTA-domstolen la i *Rindal og Slinning*, til grunn EF-domstolens praksis i tolkningen av EØS-avtalen artikkel 36 og 37 med hensyn til helsetjenester. Dette er i samsvar med det departementet la til grunn i høringsbrevet. Også nyere praksis fra EF-domstolen legges normalt til grunn i Norge. Det sentrale homogenitetsprinsippet tilsier at EØS-avtalens bestemmelser skal ha samme innhold som de parallelle bestemmelsene i EF-traktaten. Det er vanskelig å se særskilte grunner som skulle tilsi noe annet for de spørsmål som her vurderes.

EFTA Surveillance Authority (ESA) har under henvisning til EF-domstolens avgjørelser tatt opp med Helse- og omsorgsdepartementet at Norge ikke har noen ordning for å refundere utgifter pasienter har hatt til (planlagt) ikke-sykehusbehandling i andre EØS-land.

Departementet vurderer det dit hen at Norge er forpliktet etter EØS-retten til å etablere et slikt system. Saken har vært forelagt EØS-rettslig utvalg. Dette er et spesialutvalg med et horisontalt ansvar, som drøfter EØS-rettslige problemstillinger. Utenriksdepartementet, Finansdepartementet, Justisdepartementet og Regjeringsadvokaten er faste medlemmer av utvalget, og i tillegg møter det fagansvarlige departementet og eventuelt andre berørte departementer. Utvalget konkluderte med at

«[...] etter utvalgets oppfatning innebærer EØS-avtalen artikkel 36 en plikt til å refundere utgifter pasienter har hatt til ikke-sykehusbehandling i andre EØS-land, gitt de forutsetninger

¹ Blant de sentrale avgjørelsene fra EF-domstolen er sak C-158/96, *Kohll*, Saml. 1998 I-1931, sak C-157/99, *Smits og Peerbooms*, Saml. 2001 I-5473, sak C-385/99, *Müller-Fauré*, Saml. 2003 I-4509, og sak C-372, *Watts*, Saml. 2006 I-4325. Disse avgjørelsene vises det bare til ved kortnavnene i det følgende.

² Forente saker E-11/07 og E-1/08, *Rindal og Slinning*, avsagt 19. desember 2008.

³ Om disse utgangspunktene, se bl.a. *Watts*, premiss 92, og *Rindal og Slinning*, premiss 43 og 60.

som ligger til grunn i EF-domstolens praksis, samtidig som det er opp til medlemsstatenes skjønn å utforme en refusjonsordning konkret».

ESA sendte 16. april 2008 åpningsbrev («Letter of formal notice») til Norge i anledning i saken.

I de følgende punkter redegjøres nærmere for hva som følger av prinsippet om fri bevegelighet for tjenester i denne sammenheng sett i lys av EF- og EFTA-domstolens avgjørelser.

Rådsforordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse av trygdeordninger på arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende og deres familiemedlemmer som flytter innenfor Fellesskapet (heretter kalt trygdeforordning nr. 1408/71) skal bidra til å gjennomføre prinsippet om fri bevegelighet for *personer* nedfelt i EF-traktaten artikkel 39 og 42 (tidligere artikkel 48 og 51), og tilsvarende i EØS-avtalen artikkel 28 og 29. Forordningen har enkelte bestemmelser om helsehjelp. EF-domstolen har klargjort at pasienters rett til helsehjelp i andre EØS-land på hjemlandets bekostning ikke er uttømmende regulert i forordningen, men at slik rett også kan følge av reglene om fri bevegelighet for *tjenester*.⁴ Se nærmere om trygdeforordning nr. 1408/71 i punkt 5.2.2 nedenfor.

3.2 Forbudet mot restriksjoner i den frie bevegelighet for tjenester

Når EØS-landene utformer sine helsevesen, må de som nevnt i punkt 3.1 ovenfor, holde seg innenfor de grenser EØS-avtalen setter. Når det gjelder fri bevegelighet for tjenester vil dette si at reglene må utformes slik at de ikke kommer i strid med i EØS-avtalen artikkel 36, som tilsvarende EF-traktaten artikkel 49.

Artikkel 36 nr. 1 lyder:

«Innen rammen av bestemmelsene i denne avtale skal det ikke være noen restriksjoner på adgangen til å yte tjenester innen avtalepartenes territorium for statsborgere i en av EFs medlemsstater eller en EFTA-stat som har etablert seg i en annen av EFs medlemsstater eller EFTA-stat enn tjenesteytelsens mottager.»

Utgangspunktet er altså at enhver «restriksjon» i tjenestefriheten er forbudt. Restriksjoner er likevel lovlige dersom de er egnet og nødvendig for å nå lovlige hensyn, jf. punkt 3.3 nedenfor.

For helsetjenester har EF- og EFTA-domstolen presisert at det vil utgjøre en restriksjon dersom

den aktuelle nasjonale regel gjør det vanskeligere å yte tjenester mellom medlemslandene enn å yte tjenester internt i et land.⁵ Dette må innebære at det *ikke* utgjør en restriksjon når muligheten for å få tjenester dekket av norske myndigheter er den samme enten tjenestene mottas i Norge eller i et annet EØS-land. Dersom vilkårene for å få dekket helsetjenester i andre land derimot er mindre gunstige enn om helsetjenestene var ytt i Norge, vil det foreligge en restriksjon i den frie bevegelighet for tjenester. Det vil være en restriksjon både overfor tjenesteyterne og deres pasienter siden det vil kunne avholde pasienter fra å benytte helsetjenester i andre land. Hvis utgifter til helsetjenester ville blitt dekket om helsehjelpen var gitt i Norge, vil det altså være en restriksjon i den frie bevegelighet for tjenester dersom utgifter til tilsvarende helsehjelp i andre EØS-land ikke dekkes.⁶

Det vil utgjøre en restriksjon i tjenestefriheten når det er vanskeligere å få dekket utgiftene ved en behandling i hjemlandet⁷ enn i andre EØS-land, både når forskjellen består i krav til bestemte prosedyrer for behandling i andre land, og når forskjellen gjelder de nærmere vilkårene for å få utgiftsdekning.

Når det gjelder de prosedyremessige kravene, har EF-domstolen blant annet kommet til at det å kreve forhåndsgodkjenning før pasienter får dekket utgifter til helsehjelp i et annet EØS-land, vil kunne holde pasienter fra å søke helsehjelp i andre EØS-land. Et slikt krav vil dermed være en restriksjon i den frie bevegelighet for tjenester.⁸ Med krav om forhåndsgodkjenning menes i denne sammenheng at pasienten ikke får dekket utgiftene til behandling i andre EØS-land uten å ha fått samtykke fra myndighetene i hjemlandet til at utgiftene skal dekkes, før behandlingen igangsettes. Det siktes til en prosedyre som spesielt gjelder for dekning av utgifter ved behandling i andre land, og som altså ikke gjelder ved tilsvarende behandling i hjemlandet. Ofte vil de nærmere vilkårene for samtykke til utgiftsdekning i et slikt forhåndsgodkjenningssy-

⁵ Se eksempelvis *Watts*, premiss 94, og *Rindal og Slinning*, premiss 44.

⁶ Se eksempelvis *Rindal og Slinning*, premiss 44 med videre henvisninger.

⁷ Begrepet «hjemlandet» brukes for enkelthets skyld her i betydning det land der en person er medlem av en nasjonal trygdeordning. Dette vil som oftest være det landet der vedkommande er bosatt, men kan også være det landet der vedkommande arbeider hvis dette ikke sammenfaller med bopelingslandet.

⁸ Se bl.a. *Kohll*, premiss 34-35, *Smits og Peerbooms*, premiss 62 og 69, og *Müller-Fauré*, premiss 41 og 44. Tilsvarende gjelder andre administrative prosedyrer som ikke gjelder ved behandling i hjemlandet, se EFTA-domstolen i *Rindal og Slinning*, premiss 54.

⁴ Se bl.a. *Kohll*, premiss 25–26, *Watts*, premiss 48 og *Rindal og Slinning*, premiss 48.

stem også være mer restriktive enn for dekning av tilsvarende behandling i hjemlandet.

Restriksjoner kan imidlertid som nevnt være lovlige dersom de er nødvendige for å ivareta nærmere bestemte hensyn, se punkt 3.3 nedenfor.

3.3 Restriksjoner i den frie bevegelse for tjenester kan rettferdiggjøres

Det er ikke slik at alle restriksjoner i den frie bevegelse av tjenester er forbudt. På nærmere vilkår vil restriksjoner kunne være forenlig med EØS-retten. Disse vilkårene følger dels direkte av EØS-avtalen, dels av EF-domstolens og EFTA-domstolens praksis. Det fremgår av EØS-avtalen artikkel 39, jf. artikkel 33, at restriksjoner i den frie bevegelse av tjenester kan begrunnes i hensynet til offentlig orden, sikkerhet og folkehelsen. Videre følger det av rettspraksis at restriksjoner kan rettferdiggjøres ut fra alle tvingende allmenne hensyn.⁹

En restriksjon i den frie bevegelse for tjenester kan altså rettferdiggjøres og dermed være tillatt dersom den forfølger et tvingende allment hensyn. Det er en forutsetning at restriksjonen er egnet til å sikre det aktuelle hensynet og at den ikke er mer tyngende enn nødvendig (proporsjonalitetsprinsippet). Dette innebærer at restriksjonen bare er lovlig dersom det ikke finnes mindre inngripende tiltak som kan ivareta det aktuelle hensynet like effektivt. I tillegg vil restriksjoner som skal beskytte andre hensyn enn hensynet til offentlig orden, sikkerhet og folkehelsen, aldri være lovlige dersom de direkte forskjellsbehandler på grunnlag av nasjonalitet.

Når EF-domstolen har vurdert spørsmål om å rettferdiggjøre begrensninger i dekningen av kostnader til helsehjelp i andre medlemsland, har den skilt mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling. For sykehusbehandling er det fast rettspraksis at en rekke restriksjoner kan rettferdiggjøres, blant annet systemer for forhåndsgodkjenning som bare gjelder ved behandling i andre land,¹⁰ og vilkår om at nasjonal behandling må benyttes dersom den kan ytes innen en medisinsk svarlig frist.¹¹ EF- og EFTA-domstolen har lagt stor

vekt på at sykehus tjenester krever planlegging i en slik grad at restriksjoner kan aksepteres. Planlegging er nødvendig for å sikre et tilstrekkelig stort, vedvarende og balansert tilbud av sykehus tjenester av god kvalitet til hele befolkningen, for å sikre at knappe helseressurser benyttes til det beste for befolkningen, og for å sikre kontroll med kostnadene.

Også ved ikke-sykehusbehandling kan restriksjoner rettferdiggjøres, men det har vist seg i praksis å være langt vanskeligere å få slike restriksjoner akseptert av EF-domstolen. Den har blant annet slått ned på krav om forhåndsgodkjenning før kostnader til ikke-sykehusbehandling i utlandet dekkes.¹² Se også punkt 3.4 nedenfor.

Den refusjonsordningen som foreslås i proposisjonen her, skal gjelde utgifter til *ikke-sykehusbehandling* mottatt i andre EØS-land. Skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling er omtalt i punkt 7.3.2 nedenfor.

3.4 Forpliktelse til å etablere et system for å refundere utgifter til ikke-sykehusbehandling

Som nevnt i punkt 3.3 ovenfor vurderte EF-domstolen i *Müller-Fauré* om man kunne rettferdiggjøre den restriksjonen det er å kreve at pasienten må ha fått innvilget en søknad om forhåndsgodkjenning før utgiftene til helsehjelp i et annet medlemsland blir dekket. Etter å ha konkludert med at en slik restriksjon kan rettferdiggjøres for sykehus tjenester, uttaler EF-domstolen:

«Derimod er traktatens artikkel 59 og 60 til hinder for samme lovgivning, hvorefter godtgørelse af udgifter til behandling i en anden medlemsstat, som ikke er en hospitalsydelse, og som ydes af en person eller en institution, hvorved den sygekasse, som den forsikrede er tilsluttet, ikke har indgået nogen overenskomst, er betinget af, at der indhentes en forhåndstilladelse fra den vedkommende sygekasse»¹³.

Etter domstolens syn er det altså ikke mulig å rettferdiggjøre at det kreves forhåndsgodkjenning for at pasienten skal få dekket kostnader som vedkommende har hatt til ikke-sykehusbehandling i et annet medlemsland.

Det nederlandske systemet som var til vurdering i *Müller-Fauré*, var innrettet slik at pasientene ikke hadde krav på å få refundert utgifter de selv hadde hatt ved å skaffe seg helsetjenester. Pasien-

⁹ Se eksempelvis Craig and De Burca: *EU Law Text, Cases and Materials*. Third Edition, Oxford 2003 side 814-819 for en generell omtale. For to av mange eksempler fra EF-domstolen angående helsetjenester, se *Watts*, premiss 103–105, og sak C-8/02, *Leichtle*, premiss 43.

¹⁰ Se *Smits og Peerbooms*, premiss 76-81, *Müller-Fauré*, premiss 77-81 og *Watts*, premiss 108-113.

¹¹ Se eksempelvis *Rindal og Slinning*, premiss 77-80 med videre henvisninger.

¹² Se særlig *Müller-Fauré*, premiss 93–109, særlig 109 annet strekpunkt.

¹³ *Müller-Fauré*, premiss 109.

tene hadde krav på helsetjenestene som sådanne fra tjenesteytere som var utpekt til å levere tjenester til pasientene.

Dersom det å kreve forhåndsgodkjenning før kostnadene til ikke-sykehusbehandling dekkes, er en restriksjon som ikke kan rettferdiggjøres, vil det heller ikke være mulig å rettferdiggjøre at man ikke i det hele tatt dekker utgifter til ikke-sykehusbehandling i et annet EØS-land. Det vil si at stater som ikke har, eller bare delvis har, systemer for å utbetale refusjoner til pasienter som har mottatt ikke-sykehusbehandling i andre EØS-land, vil måtte innføre slike systemer. Norge og enkelte andre stater ga uttrykk for at en slik plikt vil være for inngripende i medlemslandenes kompetanse til selv å organisere sine helsevesen. Det ble argumentert med at nederlandske myndigheter ville bli

«[...] tvunget til i ordningen for adgangen til sundhedsydelse at indføre godtgørelsesmekanismer, såfremt de forsikrede i stedet for at få gratis behandlinger inden for statens territorium skulle afholde de nødvendige beløb til betaling af de ydelser, som de havde modtaget, indtil der efter en vis tid kunne opnås en godtgørelse. Medlemsstaterne ville som følge heraf være tvunget til at give afkald på principperne og økonomien i deres sygesikringsordning.»¹⁴

Dette resonnementet ble avvist av EF-domstolen. Den fremhevet:

«For det første forpligter gennemførelsen af de grundlæggende friheder, der er garanteret ved traktaten, uundgåeligt medlemsstaterne til at foretage visse tilpasninger af deres nationale sociale sikringsordninger, uden at der derved gøres indgreb i deres enekompetence på dette område. Det er herved tilstrækkeligt at henvise til de tilpasninger af deres sociale sikringslovgivning, som de har måttet foretage for at gennemføre forordning nr. 1408/71¹⁵, [...]»¹⁶

Domstolen påpekte videre at medlemslandene allerede har påtatt seg en slik forpliktelse ved at

«[...] de medlemsstater, der har indført en ordning med naturalydelse og endog en national sundhedstjeneste, allerede i forbindelse med selve anvendelsen af forordning nr. 1408/71, [er] forpligtet til at fastsætte mekanismer til efterfølgende godtgørelse af udgifter til behandlinger ydet i en anden medlemsstat end den kompetente medlemsstat.»¹⁷

Konsekvensen av domstolens konklusjon i *Müller-Fauré* er altså at også medlemsland med et system som yter helsetjenester (naturalytelser), og ikke først og fremst baserer seg på å yte pasientene refusjoner (kontantytelser), har plikt til innføre systemer for å utbetale refusjoner til pasienter som har mottatt ikke-sykehusbehandling i andre EØS-land.

Pasienter har bare 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 (naturalytelser eller kontantytelser, jf. ovenfor) i hjemlandet.¹⁸ De vilkårene som må være oppfylt for å få dekket utgifter til helsehjelp i hjemlandet, må i utgangspunktet også være oppfylt for at pasienten EØS-rettslig sett skal ha krav på å få dekket utgifter til helsehjelp i andre EØS-land.¹⁹ Videre har ikke pasienten i medhold av EØS-avtalen krav på å få dekket mer enn han ville fått dekket om helsehjelpen var mottatt i hjemlandet. Endelig vil pasienten aldri ha krav på å få dekket mer enn den faktiske utgiften pasienten har hatt til helsehjelp.²⁰

3.5 Europakommisjonens arbeid med regulering av pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester

Da Europakommisjonen fremla forslag til direktiv om tjenester i det indre marked (tjenestedirektivet) inneholdt utkastet en bestemmelse om pasientmobilitet (artikkel 23 – godtgjøring av utgifter til helsehjelp). Bestemmelsen skulle i hovedsak være en kodifisering av EF-domstolens praksis på området. Som følge av Europaparlamentets behandling av utkastet til tjenestedirektiv, ble bestemmelsen om pasientmobilitet strøket samtidig som helsetjenester ble unntatt fra direktivets virkeområde. Disse endringene ble opprettholdt i Rådets behandling av saken. Helsetjenester omfattes derfor ikke av det endelige tjenestedirektiv som ble vedtatt 12. desember 2006 (Europaparlaments- og rådsdirektiv 2006/123/EF om tjenester i det indre marked). Det ble fra Europaparlamentet og Rådet uttrykt ønske om et separat arbeid vedrørende pasientmobilitet og helsetjenester.

¹⁸ *Müller-Fauré*, premiss 98.

¹⁹ *Müller-Fauré*, premiss 106. Dersom vilkårene er de samme ved behandling i hjemlandet og andre land, vil det ikke foreligge noen restriksjon i tjenestefriheten, se punkt 3.2 ovenfor.

²⁰ Om grensene for utgiftsdekningen, se særlig *Watts*, bl.a. premiss 128 flg.

¹⁴ *Müller-Fauré*, premiss 99.

¹⁵ Se omtale av trygdeforordning nr. 1408/71 i punkt 5.2.2 nedenfor.

¹⁶ *Müller-Fauré*, premiss 102.

¹⁷ *Müller-Fauré*, premiss 105.

Kommisjonen lanserte 26. september 2006 en offentlig høring med tittelen «*Consultation regarding Community action on health services*» med frist 31. januar 2007. Kommisjonen uttalte at ett av formålene med det videre arbeid er å skape klarhet og forutberegnelighet med hensyn til hvilke rettigheter pasienter har på helsefeltet som følge av EF-traktatens regler om fri bevegelighet for tjenester og EF-domstolens praksis på området. Kommisjonens høringsdokument favnet bredt idet det omfattet alle former for grensekryssende helsetjenester, og tok opp både rettslig regulering og andre samarbeidsformer.

Kommisjonen fremla 2. juli 2008 forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester.²¹

Kommisjonen uttaler at målet med direktivforslaget er å etablere et generelt rammeverk som sikrer fri bevegelse av helsetjenester og beskytter helsen til EUs innbyggere. Det skal skape tilstrekkelig klarhet om retten til refusjon av utgifter til helsetjenester mottatt i et annet EU/EØS-land og sikre at helsetjenester leveres sikkert og effektivt og er av høy kvalitet. Medlemslandenes rett til selv å organisere og yte helsetjenester skal imidlertid fortsatt fullt ut respekteres.

Regler om refusjon av utgifter til helsehjelp i andre land er et sentralt punkt i direktivforslaget. Dette rører likevel ikke ved medlemslandenes rett til selv å fastsette hvilke helsetjenester de ønsker å tilby innbyggerne på det offentliges bekostning, og refusjon ved behandling i utlandet kan begrenses til det beløp tilsvarende helsehjelp ville belastet det offentlige med i hjemlandet. I utgangspunktet omfatter direktivforslaget pasienters rett til å få refusjon for alle typer helsehjelp som ville blitt dekket (helt eller delvis) om helsehjelpen var blitt mottatt i

hjemlandet. Men direktivforslaget skiller mellom ikke-sykehusbehandling og sykehusbehandling. Refusjon for ikke-sykehusbehandling skal pasienten ha krav på uten forhåndsgodkjenning. Når det gjelder sykehusbehandling kan landene på visse vilkår kreve forhåndsgodkjenning som vilkår for refusjon av utgifter til behandling i andre land. Sykehusbehandling er i Kommisjonens forslag definert som behandling som krever minst en overnatting og annen behandling som er inntatt på en liste over behandling som krever høyspesialisert og kostnadsintensiv medisinsk infrastruktur eller utstyr eller som innebærer en særlig risiko for pasienten eller befolkningen. Pasienten må selv legge ut det behandlingen koster, for siden å få refusjon fra hjemlandet dersom vilkårene for refusjon er oppfylt.

Direktivforslaget inneholder også bestemmelser om ansvarsområder for landenes myndigheter, blant annet i tilknytning til kvalitet på helsetjenester, personvern, klageordninger og mulighet for erstatning. Forslaget har videre bestemmelser om informasjon og bistand til pasienter, også gjennom nasjonale kontaktpunkter. Dessuten foreslås regler om samarbeid mellom landene, blant annet med hensyn til godkjenning av resepter og referansecentre for sjeldne sykdommer.

Direktivforslaget er til behandling i Rådet og Europaparlamentet etter medbestemmelsesprosedyren. Plenumsbehandling i Europaparlamentet (første lesning) fant sted 23. april 2009.

Departementet legger foreløpig til grunn at direktivforslaget er EØS-relevant. I tråd med vanlig praksis vil spørsmålet om EØS-relevans bli vurdert etter at direktivforslaget er sluttbehandlet i EU. Om forholdet mellom direktivforslaget og denne proposisjonen vises til punkt 6 nedenfor.

²¹ KOM(2008) 414 endelig

4 Rettstilstanden i nordiske land og enkelte andre land i EU

4.1 Sverige

Den svenske *Regeringsrätten*, som er øverste instans i forvaltningsrettslige saker, avsa i januar 2004 tre dommer som ledet til at det ble innført en ulovfestet refusjonsordning. Personer bosatt i Sverige kan etter denne ordningen søke dekket utgifter til helsehjelp mottatt i andre EØS-land i medhold av EF-traktaten artikkel 49 og 50. Ordningen gjelder både «tandvård» og «sjukvård», også sykehusbehandling. Det kreves ikke forhåndsgodkjenning. Refusjonskrav behandles av *Försäkringskassan*, som også dekker refusjonsutgiftene. Ordningen gjelder ved siden av de ordninger som følger av trygdeforordning nr. 1408/71.

Socialdepartementet fremla i januar 2007 *lagrådsremiss*¹ med forslag til lag om ersättning för kostnader för hälso- og sjukvård eller tandvård som givits i ett annat land inom Europeiska samarbetsområdet (EES) med stöd av EG-fördraget. Lagrådet behandlet saken samme måned og avga merknader til forslaget. Man avventer nå utgangen av behandling av Kommisjonens forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester før det eventuelt fremmes proposisjon med lovfor-slag for *Riksdagen*.

Forslaget i *lagrådsremissen* ville gi pasientene snevrere adgang til å få refusjon enn etter dagens ulovfestede ordning. Det ble foreslått å innføre et krav om at pasienten ved planlagt sykehusbehandling måtte ha søkt om og ha blitt innvilget forhåndsgodkjenning. Godkjenning skulle gis bare hvis de øvrige vilkår er oppfylt og behandlingen eller en like effektiv behandling ikke kan tilbys i Sverige innen en tid som er normal for slik behandling tatt i betraktning søkerens aktuelle helsetilstand og sykdommens sannsynlige forløp. Sykehusbehandling ble i *lagrådsremissen* foreslått definert som behandling som «kräver intagning i vårdinrättning» eller «ges på en vårdinrättning där det finns särskilda me-

dicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens».

I det forslag til lov som ble sendt på høring i 2006 (*Ds 2006:4 – Rätten til ersättning för kostnader för vård i annat EES-land*) ble det foreslått et vilkår om at tjenesteyteren skulle være tilsluttet det offentlige helsevesenet (i behandlingslandet). Forslaget om offentlig tilknytning er ikke videreført i *lagrådsremissen*. Spørsmålet er der omtalt i kapittel 9 (side 25) hvor det heter: «*Regeringen anser, med beaktande av remissinstansernas synpunkter, att det saknas ett EG-rättsligt stöd för att uppställa kravet att vårdgivaren skall vara ansluten till det allmänna för patientens rätt till ersättning.*»

Forslaget i *lagrådsremissen* innebærer at *Försäkringskassan* skal behandle refusjonssøknadene og utbetale refusjon. *Försäkringskassan* skal forelegge saken for det *landstinget* der pasienten er bosatt med mindre det er åpenbart unødvendig. Det ble foreslått at *landstinget* skal refundere *Försäkringskassan* de utbetalte refusjonsbeløp i den utstrekning helsehjelpen helt eller delvis ville ha blitt bekostet av *landstinget* hvis helsehjelpen var gitt i Sverige.

4.2 Danmark

I Danmark har man i medhold av *sundhedsloven* § 168 fastsatt *Bekendtgørelse om adgang til tilskud efter sundhedsloven til varer og tjenesteydelser, der er købt eller leveret i et andet EU/EØS-land (bekendtgørelse nr. 1098 av 19. november 2008)* som trådte i kraft 1. desember 2008. Regelverket erstatter tidligere regler fastsatt i juni 2000 og endret i 2006.

Tilskudd kan ytes til legehjelp (allmennlege og legespesialist), tannpleie og tannbehandling, kiropraktorbehandling, fysioterapi, psykologbehandling, fotterapeutisk behandling, «genoptræning uden for sygehusregi», barne- og ungdomstannpleie og tannproteser ved ulykkesbetingede tannskader. Tilskudd til allmennlegehjelp ytes bare til personer som er medlem i gruppe 2 i det danske trygdesystemet, idet de som er medlem i gruppe 1 ifølge den danske helselovgivning med enkelte

¹ Ordforklaring fra www.regeringen.se: «*Lagrådsremiss kallas det förslag till propositionstext som regeringen skickar till Lagrådet för granskning innan propositionen lämnas till riksdagen.*»

unntak skal søke allmennlegehjelp hos den lege pasienten har valgt i Danmark.

Videre ytes det tilskudd til visse typer varer. Dette er ernæringspreparater og briller til barn under 16 år. Det ytes ikke tilskudd til legemidler. Dette er begrunnet med helsepolitiske hensyn, herunder særlig hensynet til pasientenes sikkerhet.

Det er et vilkår at tjenesteyteren har offentlig autorisasjon til å utøve yrket i vedkommende land.

Ved helsehjelp i Danmark er det et vilkår for tilskudd at pasienten mottar behandling hos lege, tannlege m.fl. som er tilsluttet en overenskomst (med *Regionernes Lønnings- og Takstnævn*). Dette kravet gjelder ikke når behandlingen er mottatt i et annet EØS-land.

Krav om henvisning eller rekvisisjon fra lege som vilkår for tilskudd til visse tjenester og varer, gjelder også når tjenesten eller varen er mottatt eller kjøpt i et annet EØS-land. For medlem i gruppe 1 skal henvisning til legespesialist vanligvis gis av den allmennpraktiserende lege i Danmark som pasienten er tilknyttet. For medlemmer i gruppe 2 stilles det ikke krav om at henvisningen skal være fra en lege tilknyttet det danske helsevesenet.

Ordningen gjelder personer som er bosatt i Danmark og som er medlem av trygdeordningen i Danmark. Tilskudd kan også ytes til personer som er medlem av trygdeordningen i Danmark uten å være bosatt der, for eksempel fordi trygdeforordning nr. 1408/71 medfører det. Dersom vedkommende bor i og omfattes av sykesikringsordningen i et annet EØS-land, ytes ikke tilskudd til varer og tjenester kjøpt eller mottatt i bostedslandet. Dette fordi vedkommende har rett til ytelser etter bostedslandets regler i henhold til trygdeforordning nr. 1408/71, men slik at utgiftene belastes Danmark.

Forutsatt at vilkårene er oppfylt, står pasienten som hovedregel fritt i valget mellom å benytte tilskuddsordningen, trygdeforordning nr. 1408/71 eller eventuelt den offentlige *rejsesygesikringen* (som gjelder ved ferie og studiereiser opptil en måned i blant annet Europa). Det ytes ikke stønad etter flere regelsett for samme behandling.

Tilskudd som utgjør et fast beløp når varen eller tjenesten er mottatt i Danmark, ytes med inntil samme beløp, men aldri med mer enn den faktiske utgift. Tilskudd som beregnes ved en prosentsats i Danmark, beregnes ut fra samme prosentsats, men slik at tilskuddet ikke overstiger det faktiske tilskuddbeløpet ved en tilsvarende vare eller tjeneste mottatt i Danmark.

Pasienten må selv betale hele utgiften til tjenesteyteren for så å søke refusjon.

Kommunalbestyrelsen i pasientens bostedskom-

mune behandler krav og utbetaler tilskudd for visse typer ytelser, mens *regionsrådet* i pasientens bopelsregion administrerer tilskudd til andre typer ytelser. Klageinstans er *Sundhedsvæsenets Patientklagenævn*.

4.3 Finland

Finland har bestemmelser om dekning av utgifter til behandling i andre EØS-land dels i *lag om spesialisert sjukvård* og dels i *sjukförsäkringslagen*.

I henhold til *lag om specialiserad sjukvård* § 31 a kan pasienten få forhåndsgodkjenning til å motta behandling i andre EØS-land på *samkommunens* bekostning dersom *samkommunen* ikke kan sørge for behandling i Finland innen de fastsatte lengste ventetider.

Sjukförsäkringslagen har bestemmelser om stønad (uten forhåndsgodkjenning) til blant annet legehjelp, tannlegehjelp og legemidler. Det ytes også stønad til annen behandling forskrevet av lege, for eksempel behandling gitt av sykepleier, jordmor, fysioterapeut og psykolog.

Rett til stønad til helsetjenester mottatt i utlandet, forutsetter at behovet oppstod under opphold utenlands, at pasienten ikke var trygdet i behandlingslandet og at vedkommende ikke hadde rett til helsetjenester på samme vilkår som trygdede der. For behandling i EØS-land har pasienten rett til stønad selv om behovet ikke oppsto under oppholdet.

Helsehjelpen må være gitt av lege eller tannlege, eller av annet helsepersonell «*på ordination*» fra lege eller tannlege. Helsepersonellet må være godkjent i behandlingslandet. I tillegg til krav om godkjenning som helsepersonell, har man i Finland krav om tillatelse fra *länsstyrelsen* til å drive virksomhet og/eller registrering i et helsepersonellregister. Eventuelle slike eller andre krav i behandlingslandets regelverk vedrørende retten til å utøve yrket må være oppfylt for at det skal gis refusjon.

Refusjon gis med maksimalt det beløp som stønaden ville utgjort om behandlingen var mottatt i Finland, og ikke over det beløp helsehjelpen kostet. Hvis pasienten har fått delvis utgiftsdekning i utlandet, kan det ytes stønad for den overskytende del av utgiften. Refusjonsbeløpet beregnes etter de ordinære regler i lovens kapittel 3 (om prosentvis dekning, maksimalbeløp, «*fast självrisk*» i visse tilfeller mv.).

Reiseutgifter i utlandet eller til utlandet dekkes ikke etter *sjukförsäkringslagen*, med unntak av tilfelle som omfattes av særlige regler for grensetrakter.

4.4 Island

Island har ikke lovfestet noen refusjonsordning for utgifter ved ikke-sykehusbehandling i andre EØS-land, utover det som følger av trygdeforordning nr. 1408/71. Island har lang tradisjon for å dekke utgifter ved helsehjelp i utlandet under visse forutsetninger, men departementet har fått opplyst at dekning av krav om refusjon for ikke-sykehusbehandling i tråd med EF-domstolens rettspraksis forutsetter at det fastsettes særskilt hjemmel/regelverk for det.

4.5 Enkelte land utenfor Norden

Tyskland

I Tyskland er en stor andel av befolkningen pliktig eller frivillig medlem av *gesetzliche Krankenversicherung* (lovbestemt sykeforsikring) som følger reglene i *Sozialgesetzbuch V (SGB V)*. Det er detaljerte bestemmelser med hensyn til hvem som må eller kan være medlemmer. Det finnes også private sykeforsikringsordninger. Her omtales kun den lovbestemte sykeforsikringen og sykekasser tilknyttet denne ordningen.

Hovedregelen er at de forsikrede mottar natu- ralytelser (helsehjelp i og utenfor sykehus) som de er berettiget til, og at oppgjøret – med unntak av eventuelle egenandeler – finner sted mellom tjenesteyter og sykekasse. Tjenestene ytes av helsepersonell som er tilknyttet sykekassen ved avtale eller på annen måte.

De forsikrede kan få refusjon for påløpte utgifter når helsehjelpen er mottatt i et annet EØS-land. Refusjon av utgifter gis ikke dersom helsehjelpen omfattes av oppgjørsordninger etter trygdeforordning nr. 1408/71 i form av rundsum-oppgjør eller ikke-refusjonsavtaler som Tyskland har med andre land.

Refusjon gis bare hvis tjenesteyteren oppfyller betingelsene for adgang og utøvelse av yrket i tråd med kvalifikasjonsdirektivet, eller er berettiget til å behandle forsikrede/trygdede etter det nasjonale sykeforsikringssystemet i behandlingslandet.

Refusjon gis opp til det beløp helsehjelpen ville belastet sykekassen med hvis helsehjelpen hadde blitt mottatt i Tyskland. Sykekassen kan erstatte hele utgiften hvis det i Tyskland ikke er mulig å få allment anerkjent behandling for tilstanden i henhold til medisinsk vitenskap. Egenandeler og administrasjonskostnader trekkes fra.

I henhold til *SGB V* § 13 nr. 5 gis refusjon av utgifter til sykehusbehandling i utlandet bare etter

forhåndssamtykke fra sykekassen. Samtykke kan bare nektes hvis behandlingen eller en like virksom kan gis «rettidig» hos en tjenesteyter som er tilknyttet sykekassen.

Storbritannia

På bakgrunn av EF-domstolens dom i Watts-saken² har *UK Health Departments* utarbeidet råd eller retningslinjer³ for hvordan lokale helsemyndigheter og tjenesteytere i den offentlige helsetjenesten, *National Health Service (NHS)*, skal forholde seg til anmodninger om behandling i utlandet.

Retningslinjene gjelder i første rekke behandling som i Storbritannia skjer i sykehus. Det heter i retningslinjene at det bør opprettes systemer for å vurdere anmodninger om dekning av behandling i andre EØS-land etter EF-traktaten artikkel 49 i tillegg til eksisterende system for behandling av søknader om forhåndsgodkjenning etter trygdeforordning nr. 1408/71. Det overlates til *NHS* lokalt å sørge for dette, og for å refundere utgifter når dette er berettiget.

Dokumentets vedlegg 2 inneholder noen foreløpige tanker om håndtering av anmodninger om ikke-sykehusbehandling i andre EØS-land. Det legges til grunn at det ikke er aktuelt med krav om forhåndsgodkjenning for blant annet enkle allmennlegetjenester, optikertjenester og noen typer tannbehandling. For helsetjenester som utføres utenfor sykehus i Storbritannia, men som er såpass avanserte og kostbare at de ligner mer på sykehustjenester enn primærhelsetjenester, uttaler *UK Health Departments* at de lokale helsemyndighetene kan vurdere om det er grunnlag for å kreve forhåndsgodkjenning. Dette vil i første rekke være behandling som krever henvisning eller som er del av et omfattende behandlingsforløp. Et relevant moment som nevnes er høye kostnader per enkeltbehandling, sett særlig i sammenheng med arbeidet med å «flytte» mer behandling ut av sykehus til tjenesteytere nærmere pasientenes hjemsted. Videre nevnes blant annet behovet for å sikre effektiv klinisk kontroll med komplekse behandlingsforløp, for eksempel ved komplekse kroniske sykdommer.

Som utgangspunkt legges samme vilkår og begrensinger til grunn som når behandling søkes i Storbritannia. For behandling som i *NHS* krever henvisning, legger *UK Health Departments* til

² C-372/04, *Watts*.

³ Patient Mobility – Advice to Local Healthcare Commissioners on Handling Requests for Hospital Care in other European Countries following the ECJ's judgment in the Watts case (Gateway reference 8010)

grunn at henvisning fra lege i et annet EØS-land bør godkjennes av *NHS*.

Refusjon foreslås begrenset oppad til hva tilsvarende behandling ville kostet i Storbritannia, og begrenset til pasientens faktiske utgift. Det bør gjøres fradrag for eventuelle egenandeler pasienten ville betalt i Storbritannia.

De britiske ordningene for pasientskadeerstatning kommer ikke til anvendelse.

Nederland

Nederland innførte i 2006 et nytt lovfestet helseforsikringssystem med tre ulike modeller: naturalytelser, refusjon eller en kombinasjon. Trygdede som velger naturalytelse-modellen, skal som utgangspunkt få behandling hos tjenesteytere som har avtale med forsikringsgiveren, men kan også velge

behandling hos andre tjenesteytere og få refusjon opp til et nivå som fastsettes av forsikringsgiveren. Dette må ikke settes så lavt at det umuliggjør bruk av andre tjenesteytere. Med refusjonsmodellen kan de trygdede fritt velge tjenesteyter og få refusjon av påløpte utgifter opp til det som er gjengs markedspris i Nederland.

Uansett forsikringsmodell kan den trygdede velge å motta behandling (som omfattes av helseforsikringen) i utlandet uten forhåndsgodkjenning og få refusjon fra forsikringsgiveren. Dette gjelder ikke bare innen EØS-området, men hele verden. Trygdede som har valgt refusjonsmodellen vil få refusjon med inntil gjengs markedspris i Nederland. Trygdede som har valgt naturalytelse-modellen, vil ikke ha krav på full dekning, men refusjon opp til et nivå fastsatt av forsikringsgiveren.

5 Gjeldende rett

5.1 Offentlig finansiering av helsetjenester i Norge

5.1.1 Spesialisthelsetjenester

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a skal de regionale helseforetakene sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon.

Etter pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd første punktum har pasienten rett til øyeblikkelig hjelp. Dette gjelder alle tjenestenivåer, også spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1, og uavhengig av hvor pasienten er bosatt.

Etter pasientrettighetsloven § 2-2 skal pasient som er henvist til sykehus eller spesialistpoliklinikk få vurdert sin helsetilstand innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Det skal vurderes om det er nødvendig med helsehjelp, og pasienten skal få informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt. Det skal også vurderes om pasienten har slik «rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten» som er regulert i pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd. Dersom pasienten har slik rett, skal det fastsettes en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at pasienten senest skal få behandling.

Rett til nødvendig helsehjelp etter § 2-1 annet ledd foreligger bare dersom pasienten har et tilstrekkelig prognosetap, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt, jf. nærmere kriterier fastsatt i forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) § 2.

Plikten for de regionale helseforetakene til å sørge for spesialisthelsetjenester gjelder imidlertid også overfor pasienter som ikke har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1. Pasienter uten lovfestet rett til helsehjelp, skal ha lavere prioritet enn pasienter med slik rett. Omfanget av behandling for andre enn rettighetspasienter, vil blant annet være avhengig av ressursituasjonen til enhver tid.

Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp etter § 2-1 annet ledd har særskilte rettigheter dersom helsehjelpen ikke er mottatt innen den fastsatte fristen, eller dersom pasienten ikke kan få den nødvendige helsehjelpen i Norge fordi det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud her, jf. punkt 5.2.1 nedenfor.

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 skal det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion dekke utgiftene til behandling m.m. i spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter at helsehjelpen mottas hos en tjenesteyter som eies av eller har avtale med det regionale helseforetaket (med mindre reglene i pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde og femte ledd om behandling hos privat tjenesteyter eller i utlandet kommer til anvendelse). De regionale helseforetakene kan selv velge å tilby behandling hos annen tjenesteyter, for eksempel i utlandet, dersom dette finnes formålstjenlig.

Finansieringen av spesialisthelsetjenester (som er aktuelle her i den utstrekning de kan defineres som ikke-sykehusbehandling), er delt mellom de regionale helseforetakene, staten (herunder også folketrygden) og pasientene. Den offentlige finansieringen skjer gjennom rammeoverføringer til de regionale helseforetakene og aktivitetsbaserte refusjoner (ISF og poliklinikk). De aktivitetsbaserte refusjonene omfatter all somatisk aktivitet samt polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern, rusbehandling og laboratorier og røntgen. Fordeelingen mellom rammetilskudd og aktivitetsbaserte refusjoner for disse områdene er om lag 60/40. For poliklinisk behandling betales det vanligvis egenandel, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 med forskrifter om egenbetaling. De regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon også for pasienter som de selv henviser til behandling i utlandet, og pasienter som behandles i utlandet i forbindelse ved fristbrudd eller mangel på adekvat tilbud i Norge etter reglene i pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde og femte ledd.

Folketrygdloven kapittel 5 regulerer blant annet visse typer helsetjenester som hører inn under spesialisthelsetjenesten (legespesialister og psykologer som har driftsavtale med regionalt helseforetak samt laboratorier og røntgeninstitutter med avtale

med regionalt helseforetak), jf. punkt 5.1.4 nedenfor. Behandling hos privatpraktiserende lege- og psykologspesialister finansieres dels gjennom driftstilskudd fra regionalt helseforetak i henhold til avtale og dels ved stønad fra folketrygden, samtidig som pasientene betaler egenandeler. Fordelingen mellom driftstilskudd på den ene siden og honorarinntekter (trygderefusjon og egenandeler) på den andre siden er om lag 40/60.

5.1.2 Kommunehelsetjenesten

Etter kommunehelsetjenesteloven § 1-1 skal kommunene sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Kommunens helsetjeneste omfatter offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller fylkeskommune. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen sørge for en rekke tjenester som er nærmere listet opp i kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Dette gjelder blant annet allmennlegetjeneste (herunder fastlegeordning), legevaktordning, fysioterapitjeneste, jordmortjeneste, hjemme-sykepleie og sykehjem eller boform med heldøgns omsorg og pleie.

Kommunen kan organisere disse oppgavene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet. Kommunen yter basistilskudd til privatpraktiserende fastleger og driftstilskudd til privatpraktiserende fysioterapeuter og jordmødre som har avtale med kommunen.

Kommunen skal dekke utgiftene ved helsetjenester som den har ansvaret for, jf. kommunehelsetjenesteloven § 5-1. De kommunale helsetjenestene finansieres i hovedsak gjennom statlige rammetilskudd som fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene, jf. kommunehelsetjenesteloven § 5-2. I tillegg finansieres en andel av utgiftene gjennom folketrygden (med unntak av pleie- og omsorgstjenester) og pasientbetaling (egenandeler). Det vises til punkt 5.1.4 nedenfor om stønad ved helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5.

Kommunehelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser om rett til å motta behandling i utlandet eller om dekning av utgifter ved behandling i utlandet.

5.1.3 Tannhelsetjenester

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-1 har fylkeskommunen plikt til å sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.

I tillegg skal fylkeskommunen gjennom Den offentlige tannhelsetjenesten både organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til visse pasientgrupper (prioriterte grupper) som er nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til d. De prioriterte gruppene er barn og ungdom under 18 år, psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon, eldre langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, samt ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret. Fylkeskommunen kan vedta å prioritere andre grupper i tillegg, jf. § 1-3 første ledd bokstav e. Gruppene er listet opp i prioritert rekkefølge, jf. § 1-3 andre ledd. Hvis ressursene ikke er tilstrekkelige for tilbud til alle gruppene, skal denne prioriteringen følges. Det fremgår videre av § 1-3 siste ledd at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling.

De prioriterte pasientgruppene har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommunen der de bor eller midlertidig oppholder seg, jf. tannhelsetjenesteloven § 2-1. Fylkeskommunen har ansvar for å dekke utgifter til Den offentlige tannhelsetjenesten, jf. § 5-1. Departementet har fastsatt takster for behandling som er inntatt i rundskriv I-2/2009 *Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling*.

Det er gitt regler om betaling av vederlag i tannhelsetjenesteloven § 2-2 og forskrift 24. mai 1984 nr. 1268 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten. De første tre prioriterte gruppene som er nevnt i lovens § 1-3 har krav på vederlagsfrie tannhelsetjenester, med unntak av kjeveortopedisk behandling. Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret skal ikke betale høyere egenandel enn 25 prosent av takster fastsatt av departementet. Unntak gjelder tjenester som det ytes stønad ved etter folketrygdloven § 5-6. Fylkeskommunen kan da ta fullt honorar etter takstene, og pasientens egenbetaling blir differansen mellom dette og trygdestøtaden.

Den offentlige tannhelsetjenesten kan i tillegg yte tjenester til voksent betalende klientell mot fullt vederlag. For øvrig er voksne pasienter som ikke tilhører de prioriterte gruppene, henvist til å søke tannhelsetjenester på det private marked. Folketrygden yter stønad til visse typer tannlegehjelp ved sykdom, jf. punkt 5.1.4 nedenfor.

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser om rett til å motta behandling i utlandet eller om dekning av utgifter ved behandling i utlandet.

5.1.4 Stønad ved helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5

Folketrygdloven kapittel 5 har bestemmelser om stønad ved helsetjenester. Bestemmelsene utfylles av et omfattende forskriftsverk.

Stønadsordningen etter folketrygdloven kapittel 5 omfatter for det første enkelte lovpålagte kommunale helsetjenester. Dette gjelder allmennlege-tjeneste og kommunal legevaktordning (§ 5-4), fysioterapi (§ 5-8) samt jordmortjeneste (§ 5-12). Stønadsordningen omfatter ikke kommunale pleie- og omsorgstjenester, det vil si hjemmesykepleie og sykehjem mv.

Enkelte spesialisthelsetjenester omfattes, så som behandling hos lege- og psykologspesialister (§§ 5-4 og 5-7) samt private laboratorier og røntgen-virksomheter (§ 5-5).

I tillegg omfatter stønadsordningen enkelte tjenester som ikke er en del av den offentlige helsetjenesten. Dette er behandling hos privatpraktiserende tannlege for sykdom (§ 5-6), kiropraktor (§ 5-9), logoped og audiopedagog (§ 5-10) og ortoptist (§ 5-10a).

Folketrygden yter også stønad til dekning av viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell til bruk utenom sykehus (§ 5-14).

Rett til stønad er betinget av en rekke vilkår med hensyn til type tjeneste, behovet for tjenesten, tjenesteyters kompetanse og tilknytning til det offentlige m.v. Takster og egenandeler er fastsatt i et detaljert regelverk.

Etter folketrygdloven § 5-22 kan bidrag ytes til visse helsetjenester og andre spesielle formål som ikke ellers dekkes av folketrygdlovens stønadsordninger eller av annen lovgivning. Det er fastsatt nærmere retningslinjer for bidrag. Kompetansen til å gi retningslinjer er nå lagt til Helsedirektoratet, jf. forskrift 18. april 1997 nr. 332 om bidrag til visse helsetjenester.

Folketrygdloven § 5-25 inneholder en særlig bestemmelse om full dekning for nødvendige utgifter til visse typer helsetjenester og varer ved skade eller sykdom som regnes som yrkesskade etter folketrygdloven kapittel 13.

Med enkelte unntak er det en forutsetning for stønad eller bidrag fra folketrygden at helsehjelpen mottas i Norge. Se punkt 5.2.3 og 5.2.5 nedenfor om stønad og bidrag til helsetjenester mottatt i utlandet.

Forvaltningen av folketrygdloven kapittel 5 er fra 1. januar 2009 i hovedsak overført fra Arbeids- og velferdsdirektoratet til Helsedirektoratet, jf. folketrygdloven § 21-11 a. Kompetansen til å fatte vedtak om ytelser etter kapittel 5 er gjennomgående

delegert til direktoratets ytre forvaltningsapparat HELFO (Helseøkonomiforvaltningen).

5.2 Eksisterende ordninger for å motta helsetjenester i utlandet på det offentliges bekostning eller stønad til slike tjenester

5.2.1 Pasientrettighetsloven § 2-1

Som redegjort for i punkt 5.1.1 ovenfor, skal pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten i pasientrettighetslovens forstand, få fastsatt en frist for når faglig forsvarlighet krever at pasienten senest skal få helsehjelpen, jf. pasientrettighetsloven §§ 2-1 og 2-2.

Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at pasienten får den nødvendige helsehjelpen innen den fastsatte fristen, har pasienten etter § 2-1 fjerde ledd rett til å motta helsehjelpen uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller i utlandet. Ved fristbrudd kan pasienten henvende seg til HELFO Pasientformidling som vil sørge for at pasienten får et tilbud om helsehjelp så raskt som mulig. Behandlingstilbud kan gis i offentlig eller privat spesialisthelsetjeneste i Norge eller utlandet. Pasienten kan ikke fritt velge tjenesteyter. Det vises til prioriteringsforskriften § 6.

Pasient som har rett til nødvendig helsehjelp i pasientrettighetslovens forstand, men som ikke kan få den nødvendige helsehjelpen i Norge fordi det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud her, har rett til å få helsehjelpen fra tjenesteyter utenfor riket innen den fastsatte fristen, jf. § 2-1 femte ledd. Slik helsehjelp organiseres vanligvis av helsetjenesten selv om dette ikke er et vilkår for dekning av utgiftene.

I begge tilfeller dekkes utgiftene ved helsehjelpen av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-2.

Pasienter uten lovfestet rett til nødvendig helsehjelp har ikke rett til å få fastsatt en frist for når helsehjelpen senest skal gis, og har ikke rett til helsehjelp i utlandet etter reglene i pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde og femte ledd.

5.2.2 Trygdeforordning nr. 1408/71

Rådsforordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse av trygdeordninger på arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende og deres familiemedlemmer som flytter innenfor Fellesskapet (trygdeforordning nr. 1408/71), regulerer anvendelsen av trygdeordninger for arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende og de

res familiemedlemmer innenfor EØS-området.¹ Forordningen gjelder som forskrift i henhold til forskrift 30. juni 2006 nr. 731 om inkorporasjon av trygdeforordningene i EØS-avtalen.

Forordningen gir blant annet regler om hvilket lands lovgivning som skal komme til anvendelse for personer som på grunn av sin yrkesaktivitet må forholde seg til flere enn ett medlemsland².

Artikkel 18 til 36 i trygdeforordningen har regler om rett til naturalytelser i form av helsetjenester ved sykdom, svangerskap og fødsel for personer som omfattes av forordningen. Dette gjelder arbeidstakere, offentlige tjenestemenn, selvstendig næringsdrivende, arbeidsløse, pensjonister og studenter som er statsborgere og medlemmer i trygdeordningen i et EØS-land, samt flyktninger og statsløse. Dersom vedkommende er medlem i trygdeordningen i et EØS-land med rett til naturalytelser, har familiemedlemmer (ektefelle og barn under 25 år) som ikke selv tilhører en av disse persongruppene avledet rett til dekning (uavhengig av statsborgerskap).

Bestemmelsene i forordningen kommer til anvendelse når omfattede personer arbeider, studerer, bor eller oppholder seg midlertidig i eller flytter til et EØS-land eller Sveits.

Forordningen har ingen definisjon av «naturalytelse». Det enkelte lands lovgivning avgjør hva som kan regnes som naturalytelser. Etter norsk lovgivning vil blant annet helsetjenester det gis stønad til etter folketrygdloven kapittel 5 regnes som naturalytelser. Det samme gjelder helsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven, tannhelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

I trygdeforordningen brukes begrepet «den kompetente stat» om det land hvor pasienten er medlem i eller omfattet av en nasjonal sosialsikrings- eller trygdeordning. Trygderettighetene kan følge av arbeidsforhold, bosetting e.a., og den kompetente stat vil derfor ikke alltid være bostedslandet. Her brukes derfor begrepet den kompetente stat.

Rett til naturalytelser ved bosetting i et annet EØS-land

Det følger av trygdeforordningen at arbeidstakere som hovedregel er medlem i sysselsettingslandets trygdeordning, og det er da sysselsettingslandet som er kompetent stat. Personer som er bosatt i et annet EØS-land enn den kompetente stat (for eksempel personer som arbeider i ett land, men bor i et annet), har som hovedregel rett til naturalytelser i bostedslandet, forutsatt at de har rett til dette i den kompetente stat. Utgiftene dekkes etter lovgivningen i bostedslandet, i prinsippet for den kompetente stats regning. Retten til helsetjenester dokumenteres med gyldig dokumentasjon (blankett i E-serien) som utstedes av den kompetente stat.

Rett til naturalytelser under midlertidig opphold i et annet EØS-land

Artikkel 22 nr. 1 bokstav a gir rett til helsehjelp som blir nødvendig under midlertidig opphold i et annet EØS-land enn den kompetente stat.

Etter norske regler regnes midlertidig opphold som opphold på inntil ett års varighet³. Dette er typisk kortere tjenestereiser og ferier. Varer oppholdet i utlandet utover dette, regnes ikke vedkommende lenger som bosatt i Norge.

Retten omfatter de ytelser som fra et medisinsk synspunkt måtte bli nødvendige under oppholdet, sett i forhold til ytelsens art og oppholdets varighet. Dette gjelder således også helsehjelp utover øyeblikkelig hjelp. Retten etter artikkel 22 nr. 1 bokstav a omfatter som hovedregel ikke planlagt behandling. Visse typer løpende behandling, som for eksempel dialyse- og oksygenbehandling, anses som nødvendige ytelser og kan mottas på de vilkår som gjelder i oppholdslandet dersom oppholdets varighet og pasientens tilstand tilsier det. Det er et krav at behandlingen gis som ledd i en allerede regelmessig fortløpende behandling og at hensikten med reisen ikke er å oppnå slik behandling i oppholdslandet.

Retten til helsetjenester under midlertidig opphold dokumenteres ved Europeisk helsetrygdkort (EHIC). Det kan eventuelt utstedes hastebblankett (E111) dersom vedkommende ikke har med seg kortet.

Utgiftene til naturalytelser dekkes etter de regler og satser som gjelder i det land der vedkom-

¹ Forordningen skal avløses av Europaparlaments- og rådsforordning (EF) nr. 883/2004 av 29. april 2004 om koordinering av trygdeordninger. Denne kommer til anvendelse først når gjennomføringsforordning er vedtatt og satt i kraft (trolig i løpet av 2010).

² I tillegg til EØS-landene (EU-landene og Norge, Island og Liechtenstein) gjelder bestemmelsene i trygdeforordningen overfor Sveits.

³ En slik ettårsregel praktiseres også av Sverige, jf. kapittel 7.1 i Lagrådsremiss av 18. januar 2007 Ersättning för kostnader för vård i annat EES-land

mende oppholder seg og mottar helsehjelpen. Pasienten betaler egenandel på lik linje med oppholdslandets egne innbyggere. Behandling hos privat lege eller i privat sykehus dekkes bare i den utstrekning myndighetene i oppholdslandet betaler for slik behandling.

Ved kjøp av legemidler i EØS-området under midlertidig opphold kan det være aktuelt med dekning av utgifter i henhold til trygdeforordning nr. 1408/71. Dette innebærer at resepter blir ekspektet etter reglene i oppholdslandet.

Det foretas som hovedregel oppgjør for helsehjelpen mellom landene basert på de faktiske utgiftene. Landene kan seg i mellom avtale andre oppgjørformer, for eksempel helt eller delvis avkall på refusjon.

Reise til et annet EØS-land i den hensikt å motta behandling der

Utenom tilfeller hvor behovet for behandling oppstår under midlertidig opphold i annet EØS-land (jf. ovenfor) kan behandling mottas etter reglene i trygdeforordningen bare dersom pasienten har fått forhåndstillatelse fra den kompetente stat. Pasient som ønsker å reise til et annet EØS-land i den hensikt å motta (planlagt) behandling der, kan søke myndighetene i den kompetente staten om slik forhåndsgodkjenning, jf. artikkel 22 nr. 1 bokstav c (blankett E112). I følge trygdeforordningens artikkel 22 annet ledd kan forhåndstillatelse ikke nektes dersom den aktuelle behandlingen er blant de tjenester som vanligvis ytes i bosettingslandet, og behandlingen ikke kan gis innen den tid som vanligvis er nødvendig for å få slik behandling i bosettingslandet. Det skal tas hensyn til vedkommendes aktuelle helsetilstand og sykdommens mulige utvikling. Det er i slike tilfeller en forutsetning at pasienten har krav på den aktuelle helsehjelpen etter lovgivningen i den kompetente stat.

Dersom pasienten får forhåndsgodkjenning, kan behandlingen mottas i et annet EØS-land på de vilkår som gjelder etter behandlingslandets lovgivning. Pasienten betaler en eventuell egenandel, og oppgjør for øvrig finner sted mellom landene. En tilsvarende ordning gjelder ved behandling for yrkesskade, jf. artikkel 55 nr. 1 bokstav c punkt i.

I Norge behandles søknad om slik forhåndsgodkjenning av HELFO.

5.2.3 Stønad til helsetjenester i utlandet etter folketrygdloven § 5-24

Etter særlige regler i folketrygdloven § 5-24 med tilhørende forskrifter gis det på visse vilkår stønad til

dekning av nødvendige utgifter til helsetjenester i utlandet. Det ytes stønad til helsetjenester som omhandlet i folketrygdloven kapittel 5, reise- og oppholdsutgifter ved undersøkelse og behandling, samt ambulansetransport og sykehusopphold.

Den som er medlem av folketrygden fordi vedkommende er bosatt i Norge (etter folketrygdloven § 2-1) har ikke rett til stønad etter § 5-24 under midlertidig utenlandsopphold. Ordningen kommer derfor særlig til anvendelse for medlemmer av folketrygden som er fast bosatt i andre land. Personer med vedvarende og regelmessig behov for oksygen- og dialysebehandling får likevel dekket nødvendige utgifter til slik behandling under midlertidige utenlandsopphold. Medlemmer i folketrygden som er bosatt i Norge kan også få dekket utgifter til helsehjelp ved fødsel hvis de reiser til utlandet for å føde.

De ordinære vilkårene for stønad etter folketrygdloven kapittel 5 må være oppfylt for å få rett til tilsvarende stønad etter § 5-24, med unntak av krav om offentlig tilknytning (driftsavtale mv.).

Nærmere bestemmelser om satser, dekningsnivå, egenandeler og egenandelstak mv. er fastsatt i forskrift.

Reglene i § 5-24 er av størst betydning utenfor EØS-området. I medhold av § 5-24 åttende ledd er det fastsatt forskrift 15. april 1997 nr. 316 om bortfall av rett til dekning av utgifter til helsetjenester mv på grunn av gjensidighetsavtale med annet land («avskjæringsforskriften»). På bakgrunn av trygdeforordning nr. 1408/71 (jf. punkt 5.2.2 ovenfor) bortfaller dermed rett til dekning i mange tilfelle i EØS-området. Unntak følger av forskrift 8. juni 2007 nr. 587 om unntak fra forskrift om bortfall av rett til dekning av utgifter til helsetjenester mv. på grunn av gjensidighetsavtale med annet land.

5.2.4 Behandlingsreiser til utlandet

Enkelte behandlingsreiser til utlandet finansieres gjennom en egen tilskuddsordning på statsbudsjettet. Dette er et supplement til behandlingstilbud i Norge for pasienter med revmatiske lidelser, psoriasis, senskader etter poliomyelitt og barn og ungdom med astma, lungesykdommer eller atopisk eksem (jf. St.prp. nr. 1 (2008-2009) kap. 729 post 70). Formålet er behandlingstiltak i varmt og solrikt klima. Staten dekker utgiftene til behandling og reise. Det betales en egenandel for voksne pasienter og ledsagere. Daglig administrasjon og faglig ansvar av ordningen tilligger Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet.

5.2.5 Bidrag etter folketrygdloven § 5-22

Etter retningslinjer gitt med hjemmel i folketrygdloven § 5-22 kan det ytes bidrag til en rekke ulikeartede tjenester og varer som ikke omfattes av folketrygdlovens stønadsordninger eller av annen lovgivning. Det er som hovedregel en forutsetning at tjenesten eller varen er mottatt i Norge, men visse bidragsformål gjelder tjenester mottatt i utlandet, blant annet kurs/samlinger knyttet til barn med sjeldne sykdommer og fysioterapi i utlandet.

Etter retningslinjene kan det gis bidrag til fysioterapi i utlandet til medlemmer i folketrygden som er på reise eller langtidsopphold. Formålet med denne ordningen har vært å sikre lettere tilgang til fysioterapi hos norskspråklig personell i utlandet, særlig for norske pensjonister som har behov for regelmessig behandling også når de oppholder seg deler av året i utlandet. Retningslinjene omfatter ikke personer som er bosatt i utlandet og som har rett til å få dekket utgifter til helsetjenester etter lovgivningen der.

Henvisning fra lege, manuellterapeut eller kiropraktor som dokumenterer behovet for fysioterapi, må foreligge før avreise. Det er også en forutsetning at HELFO før avreise har gitt tilsagn om bidrag.

Bidrag kan etter retningslinjene bare ytes dersom behandlingsinstitusjonen eller det fysikalske

instituttet eies og drives av norsk statsborger eller norsk organisasjon. Det er i tillegg et vilkår at behandlingen må gis av fysioterapeut med norsk autorisasjon. Det ytes bidrag bare dersom behandlingen mottas på et av de behandlingsstedene som står oppført på en liste inntatt i retningslinjene. Disse behandlingsstedene befinner seg i land både i og utenfor EØS-området (Spania, Italia, Israel, Montenegro, Thailand og Tyrkia).

Bidrag ytes med honorartakst uavhengig av pasientens diagnose. Reiseutgifter dekkes ikke. Det er en ordning med direkte oppgjør, slik at bidraget utbetales fra HELFO til behandlingsstedet, og ikke til det enkelte medlem (pasienten).

ESA har tatt opp med Helse- og omsorgsdepartementet om vilkårene for bidrag til fysioterapi i utlandet er i tråd med EØS-retten i lys av EF-domstolens praksis vedrørende reglene om fri bevegelighet av tjenester. ESA har pekt på kravet om forhåndstilsagn samt begrensningen til norskeide institutter og behandling gitt av fysioterapeut med norsk autorisasjon, og har i åpningsbrev 27. mars 2009 lagt til grunn at dette er i strid med EØS-avtalen artikkel 36. Departementet vil i budsjettssammenheng komme tilbake til hvordan ESAs synspunkter kan imøtekommes.

For omtale av ordningen med behandlingsreiser til utlandet, se punkt 5.2.4 ovenfor.

6 Etablering av en ny refusjonsordning forankret i folketrygdloven kapittel 5

Departementet la i høringsbrevet til grunn at Norge er EØS-rettslig forpliktet til å innføre en refusjonsordning for utgifter pasienter har hatt i andre EØS-land når det gjelder «ikke-sykehusbehandling».

EF-domstolen har brukt begrepene (1) *sykehusbehandling* og (2) *ikke-sykehusbehandling* for å skille mellom

1. tilfeller der hjemlandet kan kreve at pasienten søker om myndighetenes forhåndsgodkjenning av at refusjon skal gis, og godkjenning kan nektes blant annet hvis pasienten kan få behandlingen i hjemlandet innen den tid som anses medisinsk forsvarlig, og
2. tilfeller der pasienter i utgangspunktet vil ha rett til refusjon i den utstrekning det offentlige ville dekket utgiftene dersom den aktuelle behandlingen var mottatt i hjemlandet.

Det vises for øvrig til punkt 3 ovenfor om EF- og EFTA-domstolens rettspraksis og forholdet til EØS-avtalen.

Departementet viste i høringsbrevet også til at refusjonsordningen vil innebære økt valgfrihet for pasienter når det gjelder hvor de vil motta ikke-sykehusbehandling. I vår tid med økende mobilitet over landegrensene kan pasienter av ulike grunner ønske å søke helsehjelp i et annet land. Erfaring tilsier at de fleste ønsker å motta helsehjelp så nær bostedet som mulig, men i enkelte situasjoner kan det være fordelaktig å kunne velge å motta hjelpen i et annet EØS-land. Dette gjelder ikke bare behov som oppstår på reise. For personer som bor i grensestrøk, eller som deler av året oppholder seg i et annet land, vil det kunne være særlig aktuelt å søke helsehjelp utenfor Norge. Det samme kan i noen tilfelle gjelde personer som har personlig tilknytning til et annet land, for eksempel tidligere hjemland.

Ingen høringsinstanser har tatt til orde for at Norge ikke er forpliktet til å innføre en slik ordning. Det er heller ingen instanser som har hatt innvendinger mot hovedtrekkene i den refusjonsordningen departementet skisserte i høringsbrevet.

Enkelte instanser uttaler at det er positivt med økt valgfrihet for pasienter, herunder *Kreftforenin-*

gen, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke og Yrkesorganisasjonenes sentralforbund. Tannlegeforeningen påpeker at denne valgfriheten også innebærer en fare for negative erfaringer.

Departementet foreslo i høringsbrevet at refusjonsordningen forankres i folketrygdloven kapittel 5. Dette er naturlig både fordi mange av refusjonskravene vil gjelde helsehjelp som tilsvarende tjenester det ytes stønad til etter folketrygdloven kapittel 5, og fordi det synes hensiktsmessig at kravene behandles i samme system. Departementet foreslo følgende overordnede lovbestemmelse med hjemmel for å fastsette nærmere regler i forskrift:

§ 5-24 a Stønad til helsetjenester i annet land innenfor Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS)

Det ytes stønad til dekning av utgifter til helsetjenester som medlemmet har hatt i annet land innenfor Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS) etter regler fastsatt av Kongen i forskrift.

Forskriften kan ha nærmere bestemmelser om blant annet:

- a) hvilke typer helsetjenester det ytes stønad til
- b) hvem som har rett til stønad
- c) vilkår for stønad, herunder krav til tjenesteyteren
- d) beregning av stønad
- e) dekning av reise- og oppholdsutgifter
- f) krav til dokumentasjon og oversettelse av dokumenter, og
- g) forholdet til andre regler om stønad til helsehjelp mottatt i annet land

Ingen av høringsinstansene har hatt innvendinger mot at refusjonsordningen reguleres ved overordnede lovbestemmelser og nærmere regulering i forskrift, eller mot forankring i folketrygdloven. Det er heller ingen instanser som har kommentert utformingen av den foreslåtte nye bestemmelsen i folketrygdloven kapittel 5.

Departementet foreslår på denne bakgrunn en lov hjemmel i folketrygdloven kapittel 5 for å fastsette de nærmere regler om ordningen i forskrift, jf. forslag til ny § 5-24 a i folketrygdloven. Se punkt 8 og 9 nedenfor om administrering og finansiering av

Om lov om endringer i folketrygdloven m.m.
(etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land)

ordningen. Enkelte problemstillinger knyttet til avgrensning og utformingen av refusjonsordningen og vilkårene for refusjon er omtalt i punkt 7 og 12 nedenfor.

Enkelte høringsinstanser viser til at den nye refusjonsordningen må sees i sammenheng med Kommisjonens direktivforslag om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester (omtalt i punkt 3.5 ovenfor). Departementet legger til grunn at Norge er forpliktet til å innføre en refusjonsord-

ning som nevnt, uavhengig av om og i hvilken form et slikt direktiv blir vedtatt og innlemmet i EØS-avtalen. I forbindelse med utarbeidelsen av forskrift med nærmere regulering av refusjonsordningen vil departementet imidlertid se hen til utviklingen i arbeidet med direktivforslaget.

Det bemerkes at lovforslaget i proposisjonen her ikke berører de eksisterende ordninger for dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet som er omtalt i punkt 5.2 ovenfor.

7 Hvilke tjenester refusjonsordningen skal omfatte

7.1 Generelt om hva refusjonsordningen vil omfatte

I høringsbrevet la departementet til grunn at Norges EØS-rettslige forpliktelser innebærer at refusjonsordningen må gjelde det som i denne sammenheng må kategoriseres som ikke-sykehusbehandling, jf. punkt 3 og 6 ovenfor, og som ytes med hel eller delvis utgiftsdekning fra det offentlige dersom helsehjelpen mottas i Norge. Departementet uttalte at man ikke fant grunn til å foreslå at refusjonsordningen skal omfatte mer enn det som faller inn under begrepet ikke-sykehusbehandling. Det er det heller ingen høringsinstanser som har tatt til orde for, og departementet legger fortsatt denne tilnærmingen til grunn.

Departementets forslag i høringsbrevet kan i hovedsak sammenfattes slik at refusjonsordningen vil omfatte helsetjenester og varer som tilsvare:

- helsetjenester og varer som det ytes *stønad* til etter folketrygdloven kapittel 5 (med unntak av tjenester som anses som sykehusbehandling), og eventuelt enkelte varer/tjenester som det ytes *bidrag* til etter folketrygdloven § 5-22 (for omtale av hva det ytes stønad til i Norge etter folketrygdloven kapittel 5, se punkt 5.1.4 ovenfor)
- spesialisthelsetjenester i den grad de regnes som ikke-sykehusbehandling, og med unntak av LAR (legemiddelassistert rehabilitering),
- tannhelsetjenester som fylkeskommunen yter gratis eller mot delvis vederlag til prioriterte grupper

Departementet fant det ikke hensiktsmessig med en nærmere angivelse i loven av hva refusjonsordningen skal omfatte, men foreslo hjemmel for å kunne fastsette dette i forskrift i medhold av den foreslåtte nye § 5-24 a i folketrygdloven.

Relativt få av høringsinstansene har innvendinger mot de nevnte utgangspunktene.

Landsorganisasjonen i Norge støtter en restriktiv avgrensning.

Yrkesorganisasjonenes sentralforbund bemerker at det er viktig med en svært klar presisering av hva

som omfattes av refusjonsordningen. Mange andre instanser er også opptatt av at avgrensning og informasjon må være tilstrekkelig klar slik at pasientenes behov for forutberegnelighet ivaretas.

Departementet holder fast ved de hovedtrekk i avgrensningen som ble foreslått i høringsbrevet. I og med at avgrensning av ordningen foreslås regulert i forskrift, vil det ikke være nødvendig å ta stilling til alle spørsmål vedrørende avgrensningen i forbindelse med dette lovforslaget.

I punkt 7.2 nedenfor drøftes spørsmålet om tannhelsetjenester tilsvarende tjenester som i Norge ytes av Den offentlige tannhelsetjenesten, skal omfattes av refusjonsordningen. Dette spørsmålet er av betydning for om det skal tas inn en bestemmelse i tannhelsetjenesteloven om at fylkeskommunen skal dekke refusjonsutgifter. Som det fremgår i punkt 9 nedenfor foreslås finansieringsansvaret for refusjonsutbetalingene lagt til det forvaltningsnivå som har «sørge for»-ansvar for tilsvarende tjenester i Norge, jf. også forslaget til lovbestemmelser om dekning av refusjonsutbetalinger i kommunehelsetjenesteloven, tannhelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

For kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er det på det rene at i all fall deler av tjenestetilbudet vil omfattes av den nye refusjonsordningen. Den nærmere avgrensning med hensyn til tjenester på disse nivåene er derfor ikke av betydning for selve lovforslaget. I punkt 7.3 omtales likevel kort enkelte avgrensningsspørsmål knyttet til disse tjenestenivåene.

7.2 Tannhelsetjenester

7.2.1 Forslaget i høringsbrevet

I høringsnotatet foreslo departementet at refusjonsordningen skal omfatte tannhelsetjenester på lik linje med andre helsetjenester. Departementet viste blant annet til at en av EF-domstolens avgjørelser gjelder tannbehandling¹. På samme måte som for andre typer helsetjenester, vil refusjon bare være

¹ C-158/96, *Kohll*

aktuelt for tjenester som ytes med hel eller delvis offentlig finansiering i Norge. Departementet foreslo på denne bakgrunn at refusjonsordningen skulle omfatte både tannbehandling til prioriterte grupper som ville vært dekket av fylkeskommunen etter tannhelsetjenesteloven dersom behandlingen hadde blitt utført i Norge, jf. punkt 5.1.3 ovenfor, og tannbehandling som ville berettiget til stønad fra folketrygden, jf. punkt 5.1.4 ovenfor.

7.2.2 Høringsinstansenes syn

Det er i første rekke fylkeskommuner som har kommentert spørsmålet om refusjonsordningen bør omfatte behandling innenfor Den offentlige tannhelsetjenesten. Fire av de fem fylkeskommunene som har uttalt seg, er negative til dette.

Østfold fylkeskommune uttaler:

«Det praktiseres ikke fritt tannlegevalg i Norge i dag for personer som tilhører de prioriterte gruppene. I og med at rettigheter etter Lov om tannhelsetjeneste er knyttet til opphold i et bestemt fylke, antas det at dekning av utgifter ved helsehjelp i andre EØS-land ikke kan være obligatorisk. Primært anbefales det derfor at behandlingsrettigheter i forhold til Lov om tannhelsetjenesten ikke skal omfattes av ordningen for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land.

Unntak kan gjøres ved behov for akutt behandling av prioritert klientell. [...]

Dersom det gjennom forskriften likevel åpnes for at prioritert klientell etter Lov om tannhelsetjenester kan få dekning for andre behandlingsutgifter i utlandet enn det som hører til nødvendig, akutt behandling, innebærer dette et nytt prinsipp og en utvidet rettighet i forhold til dagens praksis innenlands. Dette kan undergrave det systematiske arbeidet som utføres i Tannhelsetjenesten ved at innkallingsintervall tilsesettes og at tilbudets innhold endres. Utgiftene kan bli betydelige. Hvis fylkeskommunen skal dekke disse utgiftene kan dette gå ut over det folkehelseperspektivet som kjennetegner arbeidet i Den offentlige Tannhelsetjenesten i dag.»

Uttalelsene fra *Vestfold fylkeskommune* og *Troms fylkeskommune* går i samme retning. Sistnevnte uttaler:

«Etter Troms fylkeskommune sin oppfatning går det et skille mellom behandling som det gis stønad fra folketrygden til og behandling som er avhengig av hvor i landet du oppholder deg i.e. behandling i Den offentlige tannhelsetjenesten. Stønad fra folketrygden er universelle rettigheter som er knyttet til bestemte sykdommer

eller anomalier. Troms fylkeskommune er enig i at slike universelle rettigheter for alle typer helsehjelp som er inkludert i definisjonen av *ikke-sykehusbehandling* også skal være gjeldende om behandlingen mottas i et annet EØS-land. Behandling i Den offentlige tannhelsetjenesten har ingen stønad fra folketrygden og er ikke en universell rettighet. En pasient fra Troms kan for eksempel ikke kreve behandling i Den offentlige tannhelsetjenesten i Oslo, selv om vedkommende hører til en av gruppene som skal ha fri tannbehandling. [...]»

Også *Hordaland fylkeskommune* mener at refusjonsordningen ikke bør omfatte tannbehandling for de prioriterte gruppene etter tannhelsetjenesteloven § 1-3, og begrunner dette med følgende særtrekk ved tannhelsetilbudet i Norge:

«Det er inga generell trygdeordning for tannbehandling. Prioritert klientell har eit oppsøkjande tilbod. Det er lovfesta at førebyggjande behandling skal prioriterast før behandling. Fylkeskommunane definerer, innafor gitte rammer, innhaldet i tilbodet og intervalla mellom tannhelsekontrollane. Private tannlegar deltek berre unntaksvis i behandling av prioriterte grupper. Det er nødvendig med avtale som forpliktar private tannlegar å følgje fylkeskommunen sine prioriteringar. Tilbodet om vederlagsfri behandling til prioriterte grupper gjeld berre i det fylket personen bur eller oppheld seg i. Ein person som høyrer til det prioriterte klientellet i Noreg kan ikkje fritt velje tannlege eller tannpleiar, sjølv innafor det offentlege systemet. Tannhelsetilbodet til personar i dei prioriterte gruppene blir fastsett etter individuell vurdering. Pasientar med god tannhelse har eit intervall mellom tannhelsekontrollane på inntil 2 år, medan personar eller grupper som er meir utsett for tannsjukdomar får tettare oppfølging.»

Nord-Trøndelag fylkeskommune har derimot ingen prinsipielle motforestillinger mot at fylkeskommunen skal finansiere tannhelsetjenester i utlandet.

Norsk Pensjonistforbund slutter seg til departementets forslag om at refusjonsordningen bør omfatte tannbehandling som ville vært dekket av fylkeskommunen etter tannhelsetjenesteloven dersom behandlingen hadde vært utført i Norge.

Når det gjelder tannbehandling ved sykdom som det ytes stønad til etter folketrygdloven, er samtlige høringsinstanser som har uttalt seg om dette, positive til forslaget om at slik tannbehandling utført i andre EØS-land omfattes av refusjonsordningen.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og *Landsforeningen for hjerte- og lungesyke* støtter for-

slaget om at tannbehandling som er refusjonsberettiget via folketrygden, også skal dekkes når behandlingen utføres i andre EØS-land. FFO viser til at mange av dem som i dag opplever å måtte betale store mellomlegg mellom refusjonstakst og den reelle kostnaden for behandling i Norge, kan søke behandling i land der tannhelsetjenester er betydelig billigere enn i Norge. Det betyr at kostnaden for den enkelte pasient blir mindre, og pasienten får økte valgmuligheter og større fleksibilitet til å velge alternative løsninger.

Kreftforeningen påpeker at mange kreftpasienter har store utgifter knyttet til tannbehandling som følge av kreftbehandlingen, og anser det som viktig at refusjonsordningen omfatter tannbehandling.

Den norske tannlegeforening slutter seg i hovedsak i forslagene i høringsnotatet, men påpeker at de faglig begrunnede krav som stilles i Norge ved refusjonsberettiget tannbehandling ikke må reduseres ved refusjon for behandling i andre EØS-land.

Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund påpeker at dokumentasjonskravene for refusjon av utgifter til tannbehandling utført i Norge er strenge, og at det i forskrift bør klart defineres hva som er refunderbare og ikke-refunderbare tannbehandlinger.

7.2.3 Departementets vurdering

Departementet bemerker at det er uomstridt at refusjonsordningen bør omfatte tannbehandling ved visse sykdommer som det ytes stønad til etter folketrygdloven § 5-6.

Spørsmålet er om refusjonsordningen i tillegg bør omfatte tannbehandling som inngår i fylkeskommunens ansvar for Den offentlige tannhelsetjenesten etter tannhelsetjenesteloven.

Som redegjort for i punkt 3 ovenfor, har EF-domstolen slått fast at i den grad det offentlige helt eller delvis ville dekket utgiftene til den aktuelle helsehjelpen dersom den var utført i pasientens hjemland, så har pasienten som utgangspunkt rett til å få dekket utgifter til tilsvarende helsehjelp som mottas i andre EØS-land. Domstolen har videre slått fast at pasientens hjemland har plikt til å dekke disse utgiftene uavhengig av hvordan landets helsevesen er organisert eller finansiert. Det kan således ikke i seg selv ha betydning om tjenestene finansieres gjennom rammetilskudd til fylkeskommuner og utføres av ansatt tannhelsepersonell eller private tannleger etter avtale med fylkeskommunen, eller gjennom stykkprisfinansiering via folketrygden for behandling utført av private tannleger. Det kan etter departementets vurdering heller ikke være avgjørende at pasientene ikke kan velge tjenesteyter innen Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge.

Pasienter som tilhører de prioriterte gruppene som nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd, har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg, enten vederlagsfritt eller mot redusert egenbetaling. (Se punkt 5.1.3 ovenfor om hvilke persongrupper dette er.) Dersom disse pasientene ikke skal kunne velge å motta tilsvarende tannbehandling i andre EØS-land og få dekket kostnader ved dette, vil det trolig være en restriksjon i den frie bevegelighet av tjenester som er i strid med EØS-avtalen.

EF-domstolen har generelt vært negativ til å akseptere restriksjoner når det gjelder ikke-sykehusbehandling, jf. punkt 3.3 ovenfor. Når det gjelder sykehusbehandling, har domstolen godtatt restriksjoner ut fra den enkelte medlemsstats behov for å planlegge tjenestetilbudet i sykehus med det formål å sikre høy kvalitet på tjenestene, tilgjengelighet for hele befolkningen, kostnadskontroll samt forhindre sløsing med økonomiske, tekniske og personellmessige ressurser.

Departementet ser at det er visse trekk ved tilbudet til prioriterte grupper etter tannhelsetjenesteloven som skiller tjenestene fra mange andre typer helsetjenester. Det kan særlig pekes på det forhold at det drives oppsøkende virksomhet ved at prioriterte grupper innkalles til jevnlig tannhelsekontroll, at tjenestene gjennomgående er forbeholdt visse grupper, og at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling. Fylkeskommunene har naturligvis behov for å planlegge og dimensjonere tjenestetilbudet i forhold til innbyggertall mv. innenfor gitte økonomiske rammer, ikke minst når det gjelder organisering av forebyggende tiltak. Departementet har likevel kommet til at pasienter innenfor de lovpålagte prioriterte gruppene som nevnt i bokstav a til d bør omfattes av refusjonsordningen slik at det gis refusjon for behandling i andre EØS-land, i samme utstrekning som utgiftene ville ha blitt dekket av fylkeskommunen dersom behandlingen var utført i Norge. Departementets vurdering på dette punktet skyldes dels at en utelatelse av disse pasientgruppene fra refusjonsordningen ville ha reist spørsmål om forholdet til EØS-avtalen, og dels at det må antas at relativt få i disse pasientgruppene vil benytte ordningen, se like nedenfor.

Det kan innebære visse utfordringer for den instans som skal behandle refusjonskrav å avgjøre i hvilken utstrekning tilsvarende tannhelsetjenester ville blitt ytt av Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge, men det vil være mulighet for å forelegge krav for fylkeskommunen for vurdering.

Departementet antar at det vil være et beskjedent antall personer som bor i Norge og som hører

inn under de prioriterte gruppene med rett til gratis tannbehandling her, som vil velge å reise til utlandet for å få tannbehandling. For gruppe c («grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie») er vilkåret for rett til gratis tannhelsetjenester knyttet til at de mottar en kommunalt organisert pleie- og omsorgstjeneste i Norge.

Fylkeskommunene kan velge å prioritere andre pasientgrupper i tillegg til de lovpålagte gruppene i § 1-3 første ledd bokstav a til d, jf. bokstav e. Departementet antar at refusjonsordningen ikke bør omfatte andre pasientgrupper enn de lovpålagte. Det vil variere fra fylkeskommune til fylkeskommune i hvilken grad andre pasientgrupper enn de lovpålagte vil bli gitt et behandlingstilbud, og dette kan også variere over tid ut fra kapasitet mv. Det er i dag et fåtall pasienter utenfor de lovpålagte gruppene som mottar tannbehandling fra fylkeskommunen, og det antas at det i noen tilfeller i ettertid ville kunne være vanskelig å fastslå om den aktuelle pasient ville fått dekket behandlingen av fylkeskommunen dersom pasienten hadde valgt å motta behandlingen i Norge. Samtidig vil det for enkelte grupper som prioriteres etter § 1-3 første ledd bokstav e være lite aktuelt å søke behandling i utlandet. Dette gjelder særlig innsatte i fengsel.

Selv om avgrensningen av ordningen foreslås foretatt i forskrift, vil spørsmålet om Den offentlige tannhelsetjenesten i det hele tatt skal omfattes av refusjonsordningen (helt eller delvis) være av betydning for lovforslaget. Dette fordi det foreslås at den instans som har «sørge for»-ansvaret skal dekke refusjonsutgifter for tilsvarende tjenester i utlandet, jf. punkt 9 nedenfor, og dette foreslås nedfelt i den enkelte tjenestelov. Det foreslås en bestemmelse om finansieringsansvar i tannhelsetjenesteloven § 5-1 nytt fjerde ledd, jf. lovforslaget.

Pasienter som får behandlingstilbud fra fylkeskommunen uten å omfattes av de prioriterte gruppene, må dekke behandlingsutgiftene selv dersom de mottar tilbudet, og vil derfor heller ikke få dekket utgiftene om de mottar tilsvarende behandling i andre EØS-land. Slik behandling faller således utenfor den nye refusjonsordningen med mindre behandlingen er refusjonsberettiget etter folketrygdloven § 5-6.

7.3 Kort om andre avgrensningsspørsmål

7.3.1 Tjenester som i Norge hører under kommunehelsetjenesten

Det synes på det rene at noen av de tjenester som kommunene har ansvaret for etter kommunehelsetjenesteloven, må omfattes av refusjonsordningen. I høringsnotatet foreslo departementet at helsehjelp som ytes av allmennlege, fysioterapeut og jordmor, omfattes av refusjonsordningen, men at pleie- og omsorgstjenester holdes utenfor. Departementet viste til at pleie- og omsorgstjenestene skiller seg fra andre helsetjenester ved at de forutsetter tildelingsvedtak i forkant, at tjenestene strekker seg over lang tid og at selve helsehjelpementet varierer. Pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven ligger i grenselandet mot, og har store likheter med, sosiale tjenester som ytes etter sosialtjenesteloven (rett til praktisk bistand i hjemmet, boliger med heldøgns omsorgstjenester for funksjonshemmede mv.). Videre viste departementet i høringsnotatet til at EF-domstolens praksis gjelder medisinsk behandling/helsetjenester uten at dette er nærmere definert, og at det ikke er avklart hvilken betydning prinsippet om fri bevegelighet av tjenester har for sosiale tjenester og tjenester i grenselandet mellom helsetjenester og sosiale tjenester, herunder pleie- og omsorgstjenester i og utenfor institusjon.

Ingen høringsinstanser har hatt innvendinger mot at helsehjelp hos allmennlege, fysioterapeut og jordmor skal omfattes av refusjonsordningen.

Det er relativt få høringsinstanser som har kommentert spørsmålet om pleie- og omsorgstjenester som ytes under opphold i andre EØS-land, bør omfattes av refusjonsordningen. De som har uttalt seg, er delte i synet på dette.

Etter at departementets høringsbrev ble sendt ut, fremla EU-kommisjonen 2. juli 2008 et forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester. Begrepet helsetjenester er definert i artikkel 4 bokstav a, hvor det heter (dansk versjon):

«'sundhedsydelser': sundhedsvirksomhed, der udføres af eller under opsyn af en sundhedsprofessionel som led i udøvelsen af vedkommandes erhverv, uanset hvordan den tilrettelægges, udføres og finansieres, og om det sker i offentligt eller privat regi»

Bestemmelsen kaster ikke mye lys over forholdet til pleie- og omsorgstjenester. I direktivforslagets fortale punkt 9 heter det (dansk versjon):

«Dette direktiv om patientrettigheter i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser finder anvendelse på alle sundhedsydelser. Som bekræftet af EF-Domstolen bevirker deres særlige beskaffenhed eller den måde, hvorpå de er tilrettelagt eller finansieret, ikke, at de ikke er omfattet af det grundlæggende princip om fri bevægelighed. Med hensyn til langtidspleje gælder direktivets bestemmelser ikke bistand og støtte til familier eller enkeltpersoner, der i en længere periode er i særlig nød. Direktivet omfatter heller ikke plejehjem eller andre ældreinstitutioner, støtte til ældre eller børn, der ydes af socialarbejdere eller frivillige plejere eller fagfolk, som ikke er sundhedsprofessionelle.»

Med de endringer i direktivforslaget som følger av Europaparlamentets første lesning, endres artikkel 4 bokstav a og fortalen i forhold til Kommisjonens forslag samtidig som forslaget i artikkel 2 tilføyes et nytt annet ledd som lyder:

«This Directive shall not apply to health services whose main focus is in the field of long-term care, including services provided over an extended period of time whose purpose is to support people in need of assistance in carrying out routine, everyday tasks.»

EF-domstolen har til behandling en sak som blant annet gjelder anvendelsen av EF-traktatens regler om fri bevegelighet av tjenester på pleieytelser (i pleiehjem) som ytes på ubestemt tid under lengre opphold i et annet EØS-land enn det land (kompetent stat) hvor tjenestemottaker er omfattet av en nasjonal trygdeordning². Generaladvokatens innstilling i saken forelå 11. september 2008. Det vises der til tidligere rettspraksis fra EF-domstolen³, hvor det er lagt til grunn at reglene om fri bevegelighet av tjenester bare gjelder ved midlertidig opphold i et annet EØS-land, og ikke kommer til anvendelse når en person bosetter seg i et annet EØS-land og mottar tjenester der i et ubegrenset tidsrom. Det er ikke kjent når EF-domstolens avgjørelse i saken vil foreligge.

I påvente av at EU-kommisjonens forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester ferdigbehandles samt avgjørelse fra EF-domstolen i den nevnte prejudisielle saken, foreslår departementet at pleie- og omsorgstjenester holdes utenfor refusjonsordningen.

7.3.2 Spesialisthelsetjenester – særlig om skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling

Departementet la i høringsbrevet til grunn at den norske refusjonsordningen skal omfatte det EF-domstolen betegner som ikke-sykehusbehandling, og at det som kan kategoriseres som sykehusbehandling holdes utenfor. Med dette utgangspunkt la departementet til grunn at refusjonsordningen i noen grad må omfatte spesialisthelsetjenester, men at det må foretas en avgrensning ut fra EF-domstolens praksis.

EF-domstolen har i liten grad angitt grensene, men man må se på hva som karakteriserer de tjenestene EF-domstolen benevner som sykehustjenester. EF-domstolen viser til behovet for å planlegge sykehustjenester for å sikre en tilstrekkelig og varig adgang til et balansert tilbud av kvalitativt god sykehusbehandling, ha kontroll med kostnadene og forhindre sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser, jf. punkt 3.3 ovenfor.

Ettersom det er medlemslandenes ansvar å organisere sitt helsevesen, og planleggingsbehovet vil variere fra land til land, legges til grunn at begrepene sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling ikke er fellesskapsrettslige begreper med et entydig innhold i medlemslandene. Hvilket planleggingsbehov det enkelte land har, vil variere med for eksempel sosialt sikringssystem og geografi. Departementet la i høringsbrevet til grunn at landene derfor trolig vil ha en viss skjønnsmargin ved fastleggelsen av hva som er å betrakte som sykehustjenester og ikke-sykehustjenester.

I høringsbrevet ble det uttalt at et klart utgangspunkt må være at behandling som krever innleggelse i sykehus er sykehusbehandling og derfor ikke skal omfattes av refusjonsordningen. Innleggelse i andre institusjoner som yter helsetjenester til grupper omfattet av de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar, ble foreslått likestilt med sykehusbehandling. Dette gjelder blant annet behandling i det psykiske helsevernet, rusbehandling og rehabilitering som krever innleggelse i institusjon.

Departementet la videre til grunn at innleggelse ikke kunne være den eneste faktoren i vurderingen. Refusjon bør under visse forutsetninger kunne avvises også for behandling som ikke krever innleggelse, men som krever ressurser som normalt forbindes med sykehusbehandling, for eksempel høyspesialisert behandling. En slik avgrensning innebærer for eksempel at mindre kirurgiske inngrep som ikke krever tilgang til operasjonsstue eller anestesi faller inn under begrepet ikke-sykehusbehandling, og dermed kan gi rett til refusjon uav-

² C-208/07, *von Chamier-Gliscinski*

³ C-196/87, *Steyman* og C-70/95, *Sodemare SA*

hengig av om inngrepet rent faktisk finner sted utenfor sykehus eller skjer poliklinisk på et sykehus. Skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling kan være av betydning både ved utredning og behandling.

Departementet foreslo i høringsbrevet at grensen mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling ikke søkes presisert i loven. Departementet foreslo en lovhjemmel for i forskrift å fastsette hvilke typer tjenester som omfattes av refusjonsordningen. Departementet ba om høringsinstansenes syn på hvordan man på en hensiktsmessig måte kan avgrense refusjonsordningen mot det som i denne sammenhengen kan ansees som sykehusbehandling.

Mange høringsinstanser er opptatt av skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling. Et synspunkt som deles av mange er at det må være forutberegnelig for pasientene hvor grensen går, og at det derfor så langt som mulig må defineres hva slags helsehjelp som refunderes. Enkelte mener det er behov for klargjøring ikke bare av hvilke former for behandling som vil være refusjonsberettiget, men også hvor refusjonsnivået vil ligge. Et synspunkt er også at manglende klargjøring av vilkårene i seg selv vil være et brudd på EØS-avtalen.

Noen instanser mener en hensiktsmessig måte å trekke grensen på vil være en liste over høyspesialisert og kostnadsintensiv behandling som kan regnes som sykehusbehandling (uten innleggelse), slik som foreslått i Kommisjonens forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester.

Andre avgrenskingskriterier som foreslås av høringsinstanser, er type behandling, diagnose, legeerklæring, tidsbegrensning, behov for sykehusets infrastruktur, kostnadene ved en enkel sykehusbehandling/innleggelse samt om de fleste EØS-land krever sykehuskonsesjon for en behandlingsform.

Det er også fremkommet et synspunkt om at «sykehusbehandling» må tolkes vidt og ikke knyttes til overnatting i helseinstitusjon fordi det er viktig at ordningen skaper minst mulig innskrenkninger i helsemyndighetenes muligheter til å styre helseressursene inn mot prioriterte fagområder og pasientgrupper.

I Kommisjonens forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester opprettholdes skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling. For ikke-sykehusbehandling skal det ikke på noe vilkår kreves forhåndsgodkjenning. Sykehusbehandling foreslås definert slik (artikkel 8 nr. 1, dansk versjon):

- «a) sundhedsydelser, der kræver indlæggelse af den pågældende patient mindst en nat
- b) sundhedsydelser, der er opført på en særlig liste over sundhedsydelser, der ikke kræver indlæggelse af patienten mindst en nat. Listen begrænses til:
 - sundhedsydelser, der kræver brug af højt specialiseret og omkostningskrævende medicinsk infrastruktur eller medicinsk udstyr eller
 - sundhedsydelser, der indebærer behandlinger, der udgør en særlig risiko for patienten eller befolkningen.»

I direktivforslaget foreslås det at listen opprettes og kan oppdateres av Kommisjonen, bistått av et utvalg bestående av representanter fra medlemslandene.

Med de endringer i direktivforslaget som følger av Europaparlamentets første lesning, innebærer forslaget at det er landene selv som skal trekke skillet mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling, men at grensen skal trekkes ut fra lignende kriterier som i Kommisjonens opprinnelige forslag.

Som nevnt i punkt 7.1 ovenfor er departementet av den oppfatning at det ikke er grunn til å la refusjonsordningen omfatte mer enn det som følger av våre EØS-rettslige forpliktelser, og at det derfor må foretas en avgrensning mot det som i denne sammenheng kan regnes som sykehusbehandling. Hvor skillet mellom ikke-sykehusbehandling og sykehusbehandling trekkes vil være avgjørende for hvilke typer behandling det vil bli gitt refusjon for. Dette skillet innebærer en utfordring når det gjelder hvilke *spesialisthelsetjenester* som skal omfattes.

Departementet er fortsatt av den oppfatning at det må tas utgangspunkt i et skille mellom innleggelse i sykehus (og andre institusjoner) og helsehjelp uten innleggelse. En annen viktig faktor er etter departementets mening graden av behov for ressurser som vanligvis forbindes med sykehusbehandling, slik som høyspesialisert og kostnadsintensivt utstyr og infrastruktur.

Departementet har forståelse for at pasienter ønsker mest mulig forutberegnelighet med hensyn til om de vil få refusjon og at det derfor ville være ønskelig med en klar grense for hva som omfattes av refusjonsordningen.

Departementet vurderer det imidlertid dit hen at det vil være vanskelig å utarbeide en liste som på forhånd skal definere eksakt hva som anses som henholdsvis sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling. Departementet antar at det vil utpeke seg noen fagområder der det vil komme krav om refusjon, og at det derfor vil være lettere å trekke

opp grenser for ikke-sykehusbehandling og sykehusbehandling etter at ordningen har virket en periode. Etter departementets vurdering vil en derfor de første årene måtte praktisere en ordning der grensene trekkes ut fra de prinsippene som ble lagt til grunn i høringsbrevet.

Etter en samlet vurdering har departementet kommet til at en må vinne erfaring med bruk av ordningen og se hen til direktivprosessen før det eventuelt vurderes om det skal utarbeides en liste som angir avgrensningen. Det er i alle fall ikke hensiktsmessig å utarbeide en egen liste i Norge før det er avklart hvordan et eventuelt vedtatt direktiv blir på dette punkt. Også når det gjelder andre av høringsinstansenes forslag til avgrensning, for eksempel ved en beløpsgrense, mener departementet at det vil være hensiktsmessig å avvente direktivprosessen.

Departementet foreslår at grensen mellom sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling ikke søkes presisert i loven, men at det gis hjemmel til å gi forskrift som også kan regulere hvilke typer tjenester som omfattes av refusjonsordningen, jf. forslaget til ny § 5-24 a i folketrygdloven i lovforslaget. Departementet vil, eventuelt i samarbeid med Helsedirektoratet, vurdere om en i forskrifts form bør angi og presisere noen av de grenser som er nevnt her eller om dette bør vente til en har vunnet erfaring med bruken av ordningen og/eller til en ser hvordan et eventuelt vedtatt direktiv lyder på dette punkt. I forskriftsarbeidet vil departementet også se på hvilke begreper som skal brukes i angivelse av refusjonsordningens saklige virkeområde. Begrepet «ikke-sykehusbehandling» alene vil ikke gi den alminnelige leser tilstrekkelig veiledning.

Pasienter kan på forhånd konsultere helsepersonell eller myndigheter i Norge og be om veiledning med hensyn til om den aktuelle helsehjelpen vil omfattes av refusjonsordningen, men departementet vil ikke foreslå at det skal kunne gis bindende forhåndstilsagn, jf. punkt 12.4 nedenfor.

7.3.3 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

I høringsbrevet foreslo departementet at legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ikke skal omfattes av refusjonsordningen. Det ble vist til at behandlingsformen forutsetter betydelige kontrolltiltak med hensyn til utlevering og inntak av de aktuelle legemidlene, og at det stilles krav om samarbeid mellom det regionale LAR-senteret, sosialtjenesten i kommunen og fastlegen. Dette samarbeidskravet og behovet for kontroll innebærer at det ikke er ak-

tuelle at pasienter under midlertidig opphold i utlandet kan motta et tilsvarende behandlingsopplegg.

Kun noen få høringsinstanser har berørt temaet. Enkelte instanser mener at LAR bør holdes utenfor refusjonsordningen. Ingen instanser har tatt til orde for at LAR bør omfattes av refusjonsordningen, men en instans peker på at spørsmålet om å unnta LAR reiser en del vanskelige og prinsipielle spørsmål knyttet til avgrensning og likebehandling av kronikergrupper. Det vises blant annet til at et unntak vil begrense LAR-pasienters mulighet til å oppholde seg lengre perioder i utlandet.

Departementet bemerker at det er et hovedprinsipp at pasienter som behandles for rusmiddelavhengighet skal ha samme rettigheter som andre pasienter, men at lidelsens art eller behandlingsformen i visse sammenhenger kan tilsi unntak. Målsettingen med LAR er rehabilitering, og det legges til grunn at vellykket behandling forutsetter et opplegg som omfatter psykososiale tiltak samtidig med den medikamentelle behandlingen. Rehabiliteringsarbeidet i LAR inkluderer således deltakelse fra flere aktører på ulike forvaltningsnivåer, i særdeleshet fastlegen, sosialtjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen, i tillegg til spesialisthelsetjenesten.⁴ Legemidler som brukes i LAR har et stort skadepotensial dersom de ikke tas på foreskrevet måte. Dessuten er faren for lekkasje av legemidlene til det illegale markedet stor. Departementet ser at det kan virke urimelig for LAR-pasienter at de ikke skal kunne benytte refusjonsordningen, særlig dersom det ikke finnes andre muligheter for dekning av legemidlene under opphold i utlandet som lar seg forene med rehabiliteringsmålet. Departementet finner likevel ikke at dette kan være avgjørende.

Departementet mener at det ikke bør gis refusjon etter refusjonsordningen for utgifter til helsehjelp mottatt i andre EØS-land for den type legemidler som inngår i LAR eller annen substitusjonsbehandling for opioidavhengighet. Dette uansett om pasienten er i LAR i Norge eller ikke.

I refusjonsordningen for utgifter til helsehjelp i andre EØS-land vil det være et grunnleggende vilkår for å få refusjon at helsehjelpen tilsvarende helsehjelp som den aktuelle pasienten ville fått (på det offentliges bekostning) i Norge. I Norge er det et vilkår for rekvirering av denne type legemidler at pasienten er innvilget LAR i spesialisthelsetjenesten. Behandling kun med legemidler uten samtidige

⁴ Forslag til ny forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) sendes på høring våren 2009. Forskriften vil, sammen med den øvrige helse- og sosiallovgivningen og nye nasjonale faglige retningslinjer, utgjøre rammeverket for LAR.

Om lov om endringer i folketrygdloven m.m.
(etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land)

psykososiale tiltak vil derfor gjennomgående være en behandling som ikke gis i Norge, slik at det grunnleggende vilkåret for refusjon ikke vil være oppfylt.

I forbindelse med forskriftsarbeidet vil departe-

mentet se på om det er nødvendig med et uttrykkelig unntak for substitusjonsbehandling for opioidavhengighet for LAR-pasienter og andre, og i så fall hvordan unntaket bør utformes.

8 Administrering av refusjonsordningen

8.1 Forslaget i høringsbrevet

Departementet foreslo i høringsbrevet at Helsedirektoratet skal behandle alle krav om refusjon etter den nye refusjonsordningen. Det ble vist til at dette vil legge grunnlag for en enhetlig nasjonal praksis og sikre likebehandling. Det forventes et relativt lite antall refusjonskrav noe som gjør det uhensiktsmessig å bygge opp kompetanse mange steder. Det vil også være enklere for pasientene å ha én instans å forholde seg til.

I høringsbrevet ble det videre lagt vekt på at oppgaven bør ivaretas av den instans som behandler krav om andre stønader til helsetjenester mv., og at helserefusjonsfeltet skulle overføres fra Arbeids- og velferdsetaten til Helsedirektoratet fra 1. januar 2009.

I høringsnotatet ble det videre foreslått at Helsedirektoratet forestår utbetaling av refusjonsbeløpet til pasienten.

8.2 Høringsinstansenes syn

Ingen instanser har på generelt grunnlag hatt innvendinger mot at én instans behandler alle refusjonskravene. Flere instanser har imidlertid uttalt at behandling av refusjonskravene må sees i sammenheng med finansieringsansvaret.

Helse Sør-Øst RHF er enig i én instans antagelig bør behandle kravene og at Helsedirektoratet er mest aktuell, men mener det ikke er ønskelig å skille beslutninger og finansiering.

Troms fylkeskommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune og Hordaland fylkeskommune mener at fylkeskommunene bør behandle refusjonskrav som tilsvarende tannbehandling som i Norge ytes av Den offentlige tannhelsetjenesten, eller iallfall at fylkeskommunene bør vurdere hva som er nødvendig tannbehandling. Dette særlig dersom utgiftene skal belastes fylkeskommunene. De viser til at dersom vurderingen skal gjøres av en sentral instans, vil pasienter som får behandling i utlandet bli vurdert annerledes enn pasienter som behandles i hjemfylket med hensyn til hva som er nødvendig tannbehandling.

Tannlegeforeningen mener en sentral instans bør vurdere krav vedrørende fylkeskommunale tannhelsetjeneste for å sikre enhetlig refusjonspraksis.

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet synes å legge til grunn at oppgaven vil bli lagt til Helsedirektoratet, og påpeker behovet for kompetanseoppbygging, avklaring av kontrollansvar mv. De forutsetter at de nødvendige ressurser tilføres for å håndtere de nye oppgavene.

Enkelte andre støtter også en sentralisering av administreringen. Ingen høringsinstanser har foreslått en annen sentral instans enn Helsedirektoratet.

8.3 Departementets vurdering

Departementet ser at det i prinsippet kunne være ønskelig å legge oppgaven med å behandle refusjonskravene til samme instans som skal ha finansieringsansvaret for refusjonsutbetalingene. Departementet har imidlertid ikke funnet å ville la dette hensynet være avgjørende i valg av hvem som skal administrere refusjonsordningen og hvem som skal dekke utbetalingene. Som det fremgår i punkt 9 nedenfor foreslår departementet at finansieringsansvaret skal følge «sørge for»-ansvaret. Dersom de samme instansene skulle behandle kravene, ville saksbehandlingen bli fordelt på regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner over hele landet. I tillegg ville en rekke krav behandles av HELFO (Helseøkonomiforvaltningen, som er Helsedirektoratets ytre forvaltningsapparat) fordi det er noen tjenester og varer som ingen av de nevnte forvaltningsnivåer har «sørge for»-ansvar for. Departementet finner det lite hensiktsmessig med en slik spredning av oppgaven med å behandle kravene. Det vises særlig til at det er ønskelig med en ensartet praksis og at det forventede antall refusjonskrav er relativt beskjedent slik at det vil være vanskelig å bygge opp tilstrekkelig kompetanse dersom oppgaven er spredd på mange instanser. Det er også ønskelig at pasienten har en sentral instans å henvende seg til.

Med en forankring i folketrygdloven kapittel 5,

som foreslått i punkt 6 ovenfor og forslaget til ny § 5-24 a i folketrygdloven, er det også naturlig å følge den ordning som gjelder for andre saker etter kapittel 5. Med mindre annet bestemmes vil det følge av folketrygdloven § 21-11 a¹ at feltet forvaltes av Helsedirektoratet, og at direktoratet kan delegere kompetanse til å fatte vedtak om ytelser til underliggende organer.

Helsedirektoratet har fra 1. januar 2009 overtatt ansvaret for helserefusjonsfeltet fra NAV. Dette omfatter bl.a. krav fra pasienter, alle private tjenesteytere (herunder apotek) som har avtale om direkte oppgjør med trygden i saker etter folketrygdloven kapittel 5, krav om direkte oppgjør fra offentlige poliklinikker, refusjon for behandling i utlandet etter folketrygdloven § 5-24 og trygdeforordning nr. 1408/71.

Behandling av saker om ytelser etter folketrygdloven kapittel 5 er gjennomgående delegert til direktoratets ytre forvaltningsapparatet HELFO (Helseøkonomiforvaltningen). HELFO består av seks regionkontorer som behandler saker i første instans, og et hovedkontor som blant annet behandler klager. Pasientformidling ved fristbrudd, eventuelt til utlandet, ivaretas også av Helsedirektoratet (delegert til enheten HELFO Pasientformidling).

Saksbehandlingen knyttet til frikortordningen ligger inntil videre igjen i Arbeids- og velferdsetaten.

Helsedirektoratet har også ansvar for drift og utvikling av finansieringsordningen innsatsstyrt finansiering (ISF).

Etter en samlet vurdering foreslår derfor departementet at forvaltningen av den nye refusjonsordningen for helsehjelp mottatt i andre EØS-land legges til Helsedirektoratet, og at direktoratet kan delegere oppgaven, i tråd med folketrygdloven § 21-11 a.

Departementet antar at det er naturlig å delegere behandlingen også av slike krav til HELFO. For å sikre ensartet praksis og oppbygging av tilstrekkelig kompetanse vil det kunne være hensiktsmessig å legge førsteinstansbehandling av kravene til én enhet. Det kan for eksempel tenkes at alle kravene behandles av ett av HELFOs regionkontorer uavhengig av hvor pasienten er bosatt. Ved å la et regionkontor være førsteinstans, vil hovedkontoret kunne være klageinstans.

Departementets forslag innebærer at Helsedirektoratet (eller den direktoratet delegerer oppgaven til) også skal utbetale refusjon til pasienten. Plasseringen av kompetanse til å fatte vedtak og forestå utbetaling fastlåser ingen løsning med hensyn til hvem som endelig skal belastes utgiftene, jf. punkt 9 nedenfor. Departementets forslag til fordeling av refusjonsutgiftene i punkt 9.3 forutsetter et oppgjør mellom Helsedirektoratet (eller den direktoratet delegerer oppgaven til) og regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner.

Departementet legger til grunn at saksbehandlingsregler m.v. bør være de samme som for andre helserefusjonskrav, og dette vil følge av felles forankring i folketrygdloven kapittel 5. Det kan være aktuelt med enkelte særskilte regler vedrørende dokumentasjon, oversettelse m.m. Departementet foreslår hjemmel for å regulere dette i forskrift. Departementet vil i forbindelse med forskriftsarbeidet også se hen til mottatte høringsuttalelser som berører dette.

For øvrig bemerkes at krav vil kunne forelegges den instans som har «sørge for»- ansvar for den aktuelle type helsetjeneste dersom det organ som behandler kravene i tvilstilfelle finner grunn til det.

Det som er sagt ovenfor gjelder refusjon for utgifter til selve helsehjelpen. Departementet foreslo i høringsbrevet at krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter behandles av den instans som behandler slike krav når helsehjelpen er mottatt i Norge. I forbindelse med at de regionale helseforetakene overtar forvaltningen av enkeltoppgjør for syketransport fra Arbeids- og velferdsdirektoratet fra 1. januar 2010, etableres Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS (med de fire regionale helseforetakene som eiere). Dette selskapet og 12 lokale enheter for pasientreiser vil da behandle enkeltoppgjørene. Departementet mener at også krav om reise- og oppholdsutgifter knyttet til refusjonsberettiget helsehjelp i andre EØS-land, bør behandles i dette systemet. Det vil være en forutsetning for dekning av reiseutgifter at det er fattet vedtak om at selve helsehjelpen berettiger til refusjon. Departementet vil om nødvendig fastsette nærmere regler om fremsettelse og behandling av kravene. Se for øvrig punkt 12.1 med hensyn til hvilket prinsipp departementet i forskriftsarbeidet vil legge til grunn for dekning av reise- og oppholdsutgifter.

¹ Tilføyd ved lov 19. desember 2008 nr. 109 om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) mv.

9 Finansiering av refusjonsutbetalingene

9.1 Forslag i høringsbrevet

I høringsbrevet ble det drøftet hvem som skal belastes refusjonsutgiftene for behandling mottatt i andre EØS-land. Pasientenes refusjonskrav kan deles i behandlingsutgifter og reiseutgifter.

I høringsbrevet ble det foreslått at det gis refusjon tilsvarende pasientens reiseutgifter til nærmeste behandlingssted innenlands. Dekning av *reise- og oppholdsutgifter* forutsetter at behandlingen er refusjonsberettiget. Utgiftene ble foreslått dekket av regionale helseforetak, slik som refunderbare reise- og oppholdsutgifter ved helsehjelp i Norge.

Med hensyn til *behandlingsutgiftene* ble det også pekt på at et naturlig utgangspunkt vil være å se hen til hvilken instans som ville dekket kostnadene dersom pasienten hadde mottatt den aktuelle behandlingen i Norge.

Det ble foreslått at folketrygden skal dekke refusjon for helsetjenester og varer i utlandet der folketrygden er den eneste offentlige finansiøren i Norge. Det er ikke naturlig å legge utgiftsansvaret for disse tjenestene til noen av tjenestenivåene som har «sørge for»-ansvar for andre typer tjenester. Disse stønadsformene ble derfor holdt utenfor i den videre drøftelse av utgiftsfordelingen.

For de tjenestetypene som hører under «sørge for»-ansvaret drøftet departementet fire ulike alternative modeller for plassering av refusjonsutgiftene. De fire modellene dekket da følgende områder: kommunehelsetjenester (allmennlege, fysioterapeut og jordmor), fylkeskommunale tannhelsetjenester (Den offentlige tannhelsetjenesten) og spesialisthelsetjenester, i den utstrekning slike tjenester omfattes av refusjonsordningen. Departementet hadde ingen tilrådning i høringsnotat, men ba om høringsinstansenes syn på de ulike modellene. Modellene er kort beskrevet nedenfor.

Modell 1: Finansieringen følger «sørge for»-ansvaret

Finansieringsansvaret legges i sin helhet til det forvaltningsnivået som har «sørge for»-ansvaret for vedkommende tjenestetype. Finansieringsansvaret blir dermed lagt til de regionale helseforetakene,

fylkeskommunene og kommunene avhengig av hvem som har det nasjonale finansieringsansvaret for den aktuelle helsehjelpen. Det gis ikke aktivitetsbaserte inntekter for behandlingen, noe som innebærer at ISF-finansiering og trygdens tredjepartsfinansiering bortfaller. Det direkte finansieringsansvaret for regionale helseforetak og kommuner blir derfor større enn om den samme behandlingen mottas i Norge.

Modell 2: Staten (folketrygden) dekker utgiftene

Modellen innebærer at folketrygden belastes alle utgiftene. Finansieringsansvaret for regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner bortfaller ved en slik modell, og man etablerer en form for tredjepartsfinansiering.

Modell 3: Finansieringsansvar tilsvarende finansieringssystemet i Norge

Modellen er en videreføring av modell 1 i den forstand at finansieringsansvaret legges til det forvaltningsnivået som har «sørge for»-ansvaret for vedkommende tjenestetype, men med den forskjell at det ytes refusjon fra folketrygden eller gjennom ISF-systemet som om behandlingen hadde vært foretatt i Norge. For regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner vil derfor kostnadene ved utenlandsbehandlingen i prinsippet tilsvare utgiftene ved å tilby pasientene behandling i Norge.

Modell 4: Utgiftsdeling etter en pragmatisk løsning/største finansiør

Modellen innebærer at regionale helseforetak dekker utgiftene til spesialisthelsetjenester, fylkeskommunene dekker utgifter til tannhelsetjenester til prioriterte grupper, og staten (folketrygden) dekker utgifter til helsehjelp som tilsvarer kommunehelsetjenester. Dette er en kombinasjon av modell 1 og 2.

9.2 Høringsinstansenes syn

Ingen høringsinstanser har foreslått at refusjonsutgifter knyttet til reise- og oppholdsutgifter plasseres hos andre enn de regionale helseforetak.

Det er heller ingen instanser som har foreslått en annen plassering av finansieringsansvaret for tjenester og varer hvor folketrygden er den eneste offentlige finansiøren i Norge.

Blant de høringsinstanser som har uttalt seg om departementets fire modeller for hvem som skal belastes de øvrige behandlingsutgiftene, er det ikke et samstemt syn på hvilken modell som bør legges til grunn. Momenter som trekkes frem av høringsinstansene er enkel administrasjon, riktige insentiver for de instanser som har ansvar for å yte helsetjenester i Norge, ønsket om å unngå vridningseffekter samt at beslutningsmyndighet og finansieringsansvar bør følges ad. Avhengig av hvilke hensyn som oppfattes som viktigst, foretrekkes ulike modeller, men det er i første rekke modell 2 (folketrygden) og modell 4 (fordeling mellom regionale helseforetak, fylkeskommuner og folketrygden) som trekkes frem. Noen mener også at man bør starte med modell 2 og gå over til en annen modell etter noen års erfaring.

Blant de som i første rekke peker på modell 2 som den beste løsningen, i alle fall på kort sikt, er *Holmestrand kommune*, *Hordaland fylkeskommune*, *KS*, *Kreftforeningen*, *Landsorganisasjonen i Norge*, *NAV Helsetjenesteforvaltning*, *Norsk manuellterapeutforening*, *Sand kommune*, *St. Olavs hospital* og *Yrkesorganisasjonenes sentralforbund*. Flere av disse instansene mener det kan være grunn til å vurdere å gå over til en annen løsning når man har fått erfaring med bruken av ordningen.

Modell 4 trekkes særlig frem av *Arbeids- og velferdsdirektoratet*, *Den norske legeforening*, *Fjell kommune*, *Sorum kommune* og *Unio*. Arbeids- og velferdsdirektoratet mener likevel at modell 1 er å foretrekke dersom man kan finne en enkel administrasjonsløsning overfor kommunene.

Helsedirektoratet er positiv til modell 3 som er lik den vi har i Norge i dag, men foreslår at man i en overgangsfase bruker modell 4 og vurderer modell 3 etter hvert.

Helse Sør-Øst RHF og flere av de *fylkeskommunene* som har avgitt høringsuttalelse mener at det ikke er ønskelig å legge beslutningsmyndigheten til en annen instans enn den som skal ha finansieringsansvaret. Dersom Helsedirektoratet skal avgjøre refusjonskravene bør man velge finansieringsmodell 2. Fylkeskommunene mener at der-

som de skal belastes utgiftene må behandlingen av kravene også legges til fylkeskommunene.

9.3 Departementets vurdering

I valget av finansieringsmodell for helsehjelp mottatt i andre EØS-land finner departementet det naturlig å skille mellom tjenester og varer der folketrygden er den eneste offentlige finansiøren i Norge, og helsehjelp som et av tjenestenivåene i helse-tjenesten har «sørge for»-ansvar for.

Departementet foreslår at folketrygden skal dekke refusjonsutgifter knyttet til helsehjelp som tilsvarende helsehjelp som det i Norge ytes stønad til etter folketrygden kapittel 5 uten at tjenestetypen hører under «sørge for»-ansvaret til kommune, fylkeskommune eller regionale helseforetak. Forslaget innebærer at folketrygden belastes refusjonsutgifter vedrørende behandling hos privatpraktiserende tannlege for sykdom samt behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog. Videre vil folketrygden belastes stønad til legemidler og medisinsk forbruksmaterieell (blåreseptordningen) også når varen er kjøpt i andre EØS-land. På samme måte vil folketrygden belastes refusjonsutgifter som gjelder formål som det ytes bidrag til etter folketrygdloven § 5-22 når tjenesten/varen er mottatt i Norge, i den utstrekning slike bidrag vil omfattes av refusjonsordningen for helsehjelp mottatt i andre EØS-land. Hva som skal omfattes av refusjonsordningen, foreslås nærmere regulert i forskrift, jf. punkt 7 ovenfor.

I det videre omtales valg av finansieringsordning for helsehjelp som tilsvarende de tjenestetypene som i Norge omfattes av de ulike forvaltningsnivåenes «sørge for»-ansvar. Det vil si kommunehelsetjenester (allmennlegehjelp, fysioterapi og jordmortjenester), og Den offentlige tannhelsetjenesten som fylkeskommunene har ansvaret for, og spesialisthelsetjenester i den utstrekning slike tjenester vil omfattes av refusjonsordningen, jf. punkt 7 ovenfor. I høringsbrevet skisserte departementet fire modeller for plassering av disse refusjonsutgiftene. Modellene er beskrevet i punkt 9.1 ovenfor.

Departementet mener at en ved valg av modell bør legges vekt på følgende:

- *Ansvarsprinsippet*. Dette innebærer at finansieringen bør legges til den som har «sørge for»-ansvaret. Dette gir insentiv til å ha god kvalitet på tjenester i Norge. Dette taler for modell 1 og 3.
- *Enkel administrasjon*. Dette taler for modell 2 som går ut på at alle krav dekkes av én part (staten/folketrygden). Modell 3 vil være den mest

kompliserte å administrere fordi den vil innebære at det enkelte refusjonsbeløp som gjelder kommunehelsetjenester eller spesialisthelsetjenester må splittes opp og belastes flere instanser.

- *Kostnadskontroll.* Modell 2 innebærer at alle kostnader veltes over på staten (folketrygden) og innebærer derfor i mindre grad god kostnadskontroll.

Etter departementets vurdering går det et hovedskille mellom modell 2 og de tre andre modellene. Modell 2 innebærer at alle kostnader ved ordningen dekkes av staten, mens finansieringsansvar for tilsvarende helsehjelp i Norge (også) ligger på regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner. Et argument for modell 2 er at ordningen i de første årene trolig vil få et begrenset omfang og at det vil være mest effektivt at kostnadene belastes ett sted. Modell 2 gir på den annen side ikke samme insentiv til å utvikle god kvalitet på egne tjenester.

Arbeids- og velferdsdirektoratet viser i sin uttalelse til radiologiske tjenester som et område der uheldige vridningseffekter kan oppstå dersom kostnaden i sin helhet belastes folketrygden ved behandling i utlandet. Dette er ofte kostbare undersøkelser som krever dyrt utstyr, og der regionale helseforetak bærer en del av finansieringen.

For enkelte utkantkommuner med ustabil legedekning som grenser til Sverige og Finland, vil en ren folketrygdfinansiering kunne svekke kommunenes insentiv til å sørge for et stabilt legetilbud fordi kommunene ikke ville ha utgifter i det hele tatt når pasienter søker allmennlegehjelp i nabolandet.

Departementet vil etter en samlet vurdering ikke anbefale modell 2. Modell 4 er etter departementets oppfatning også mindre aktuell basert på tilsvarende argumentasjon fordi kommunene ikke vil bli belastet utgifter for helsehjelp som tilsvarer tjenester de har «sørge for»-ansvar for.

Det gjenstår da et valg mellom modell 1 og 3. Etter departementets vurdering er modell 3 den prinsipielt beste, men lite hensiktsmessig administrativt. Ulike finansieringsordninger for tjenestetypene (etter de ordinære systemene for helsetjenester som ytes i Norge) innebærer at etteroppgjøret ville bli komplisert og arbeidskrevende. For eksempel vil det kunne være vanskelig å vite om tilsvarende spesialisthjelp ville bli gitt av poliklinikk eller avtalespesialist i Norge.

Etter en samlet vurdering mener departementet at modell 1 er den beste. Dette innebærer at finansieringsansvaret i sin helhet legges til det forvaltningsnivået som har «sørge for»-ansvaret for vedkommende tjenestetype. Modellen innebærer at det ikke blir gitt aktivitetsbaserte inntekter for behandlingen. ISF-finansiering og trygdens tredjepartsfinansiering bortfaller. Finansieringsansvaret blir dermed delt mellom de regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene, avhengig av hvilket forvaltningsnivå som i Norge har «sørge for»-ansvaret for den type helsehjelp refusjonskravet gjelder. Modellen vil gi insentiv til å legge til rette for best mulig tilgang til og kvalitet på tjenester i Norge, fordi refusjonsutgifter ved helsehjelp i utlandet fullt ut vil bli belastet tjenestenivået.

Den instans som behandler refusjonskravene, jf. punkt 8.3 ovenfor, vil i tvilstilfelle kunne forelegge refusjonskrav for den instans som har «sørge for»-ansvar for uttalelse om for eksempel den behandling som er mottatt i utlandet ville blitt gitt på det offentliges bekostning i Norge ved den indikasjon pasienten hadde.

Når det gjelder refusjon av reiseutgifter (tilsvarende pasientens reiseutgifter til nærmeste behandlingssted innenlands) mener departementet disse bør dekkes av de regionale helseforetak, på samme måte som når helsehjelpen mottas i Norge. Dekning av reise- og oppholdsutgifter forutsetter at helsehjelpen er refusjonsberettiget.

10 Overgangsordning

10.1 Forslaget i høringsbrevet

Fra høringsbrevet av 16. juni 2008 hitsettes:

«Folketrygdloven har regler om frister for fremsettelse av krav. Departementet legger til grunn at disse bør gis anvendelse. Etter folketrygdloven § 22-13 må krav «settes fram innen seks måneder etter at kravet tidligst kunne vært satt fram». Dette er greit med hensyn til krav relatert til helsehjelp som er mottatt etter at bestemmelsene om rett til refusjon er satt i kraft. Dermed som det ikke fastsettes overgangsregler antar departementet at det vil være et tolkningsspørsmål om helsehjelp mottatt i andre EØS-land før ikraftsettelsen vil kunne gi grunnlag for refusjon. Det kan argumenteres med at krav tidligst kunne settes fram da refusjonsordning ble opprettet. For å unngå usikkerheten med hensyn til hvordan eldre krav vil bli behandlet, foreslår departementet at det gis overgangsregler.

En enkel løsning ville være å fastsette at det kun er krav som gjelder helsehjelp mottatt etter ikrafttreddelsen som kan kreves refundert. Andre hensyn kan tale for at det skal kunne gis refusjon også for krav relatert til helsehjelp mottatt før dette tidspunkt. Prinsippet om fri bevegelighet av tjenester er nedfelt i EØS-avtalen som trådte i kraft i 1. januar 1994. At dette prinsippet innebærer en forpliktelse for landene til å gi pasienter rett til refusjon av utgifter ved helsehjelp i andre EØS-land, ble imidlertid ikke klargjort før gjennom EF-domstolens rettspraksis vedrørende pasientmobilitet det siste tiåret. Spørsmålet om forhåndsgodkjenning kan forsvares for ikke-sykehusbehandling, tok EF-domstolen stilling til i 2003. Det kan drøftes om forpliktelsen i prinsippet strekker seg helt tilbake til 1994, eller først oppsto da EF-domstolen klargjorde hva reglene om fri bevegelse for tjenester innebærer på dette punkt. Når refusjonsordningen trer i kraft har Norge uansett i prinsippet hatt en EØS-rettslig forpliktelse til å gi refusjon. Det vil da kunne virke urimelig å avskjære refusjon for all helsehjelp mottatt før ikrafttreddelsestidspunktet. I lys av at den alminnelige foreldelsesfrist i Norge er tre år, foreslår departementet derfor at utgifter til helsehjelp som er mottatt de siste tre år før refusjonsordningen trer i kraft, skal kunne refunderes. Forutsetningen vil na-

turligvis være at de alminnelige vilkår for refusjon er oppfylt, herunder også dokumentasjonskrav. I tråd med bestemmelsen i folketrygdloven § 22-13 om at krav må «settes fram innen seks måneder etter at kravet tidligst kunne vært satt fram», foreslår departementet at krav som gjelder helsehjelp mottatt før ikrafttreddelsen, må settes frem de første seks månedene etter ikrafttreddelsen.»

10.2 Høringsinstansenes syn

Arbeids- og velferdsdirektoratet uttaler at de er enig i den foreslåtte overgangsordningen hvorefter det kan kreves refusjon for behandling de siste tre år før ikrafttreddelse, og mener dette er mest i samsvar med folketrygdloven § 22-13 sjette ledd. De bemerker imidlertid at en slik overgangsordning reiser spesielle problemstillinger med hensyn til krav til dokumentasjon.

Sorum kommune støtter også departementets forslag om at det skal kunne gis refusjon for behandling mottatt de siste tre år før ikrafttreddelsen.

Yrkesorganisasjonenes sentralforbund mener derimot at det ikke bør gis tilbakevirkende kraft fordi arbeidet med dokumentasjon av utgifter og saksbehandling ville bli omfattende, og kontrollmulighetene små.

Troms fylkeskommune og *Østfold fylkeskommune* ser ikke behov for tilbakevirkning. *Østfold fylkeskommune* uttaler at «for tannhelsetjenester til prioritert klientell er det vanskelig å se behovet for at forskriften gis tilbakevirkende kraft».

10.3 Departementets vurdering

Departementet ser at den foreslåtte overgangsordningen vil innebære utfordringer med hensyn til dokumentasjon mv., men kan ikke se at dette er så tungtveiende at man bør velge en annen løsning. Under henvisning til de argumenter som er trukket frem i høringsbrevet, jf. punkt 10.1 ovenfor, fastholder departementet forslaget om at det skal kunne gis refusjon for utgifter til helsehjelp mottatt i løpet

Om lov om endringer i folketrygdloven m.m.
(etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land)

av de siste tre år før ikrafttredelsen dersom de alminnelige vilkårene for refusjon er oppfylt. Selv om det kan tenkes at det i praksis er lite aktuelt med

eldre refusjonskrav for tannhelsetjenester til prioritert klientell, finner ikke departementet grunn til å sonde mellom ulike typer behandling.

11 Forholdet til pasientskadeloven

11.1 Gjeldende rett

Lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) § 19 om lovens virkeområde lyder:

«Loven gjelder skade som voldes i riket med Svalbard. Loven gjelder også skade voldt ved helsetjenester i utlandet (herunder behandlingsreiser til utlandet) som det offentlige helt eller delvis bekoster. Kongen kan bestemme at loven ikke skal gjelde når det ytes helsehjelp her i riket med særskilt liten norsk tilknytning.»

I høringsbrevet av 16. juni 2008 heter det om forståelsen av bestemmelsen:

«Det synes på det rene at annet punktum er ment å omfatte helsehjelp i utlandet som skjer i regi av den norske helsetjenesten. Dette gjelder blant annet når den norske helsetjenesten kjøper tjenester i utlandet til sine pasienter, for eksempel til pasienter som har sjeldne lidelser eller fordi behandlingskapasiteten i en periode er for liten. Dessuten antas det å gjelde der pasienter sendes til utlandet i medhold av pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde ledd om fristbrudd eller femte ledd om tilfeller der det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud i Norge. Det synes også klart at loven gjelder ved behandlingsreiser i regi av Rikshospitalet som omtalt [...] ovenfor. Når pasienter mottar helsehjelp i utlandet i regi av norske myndigheter fordi helsehjelpen ikke kan gis i Norge, eller ikke kan gis innen fastsatt frist, er det rimelig at pasientene nyter godt av den gunstige pasientskadeerstatningsordning vi har i Norge. I slike tilfelle vil norsk helsepersonell og norske myndigheter dessuten ofte være involvert i forbindelse med valg av behandlingssted. Det er naturlig at loven gjelder der den norske helsetjenesten benytter utenlandske aktører for å ivareta sitt «sørge for»-ansvar.

Norsk Pasientskadeerstatning har i en avgjørelse lagt til grunn at pasientskadeloven ikke gjelder i tilfelle der norske pasienter får behandling i utlandet etter vedkommende lands regler i medhold av trygdeforordning nr. 1408/71 fordi behovet oppstår under utenlandsoppholdet.»

11.2 Forslaget i høringsbrevet

I høringsbrevet foreslo departementet en omformulering av pasientskadeloven § 19 annet punktum som presiserer at loven gjelder tilfeller der helsehjelpen i utlandet skjer i regi av norske myndigheter.

Fra høringsbrevet av 16. juni 2008 hitsettes:

«Departementet finner det ikke naturlig at pasientskadeloven skal gjelde når en pasient etter eget valg søker behandling i utlandet, selv om det er behandling som ville blitt dekket av det offentlige i Norge og som pasienten derfor vil få refusjon for etter den refusjonsordningen som foreslås i dette høringsnotatet. Pasienten velger selv å søke behandling i utlandet og velger selv tjenesteyter. Departementet mener det ikke er urimelig at pasienten da også er henvist til å forholde seg til de erstatningsregler og -systemer som gjelder i behandlingslandet. Det varierer om landene har særskilte pasientskadeerstatningsordninger slik Norge og de andre nordiske land har.

Departementet vil derfor ikke foreslå at behandling mottatt i andre EØS-land skal omfattes av den norske pasientskadeerstatningsordningen, selv om behandlingen omfattes av refusjonsordningen som foreslås i dette høringsnotatet. For å unngå tvil om spørsmålet bør det presiseres i pasientskadeloven § 19 at loven ikke gjelder behandling med refusjon etter den nye ordningen.

Samtidig bør det etter departementets oppfatning, for å klargjøre rettstilstanden, presiseres at loven heller ikke gjelder behandling som dekkes etter trygdeforordning nr. 1408/71. Det kunne være naturlig å gjøre unntak for tilfeller der pasienter søker og får forhåndsgodkjenning av dekning av behandlingsutgifter i utlandet (blankett E112) fordi de ikke får behandling i Norge innen den tid som anses medisinsk forsvarlig. Ved fristbrudd benyttes imidlertid i all hovedsak den ordningen som følger av pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde ledd og som administreres av NAV Pasientformidling. Denne ordningen vil ofte være gunstigere for pasienten. Trygdeforordningens regler om forhåndsgodkjenning (blankett E112) benyttes i praksis lite,

og da som oftest til andre formål enn fristbrudd. Departementet finner derfor ikke grunn til å gjøre unntak for denne ordningen.»

11.3 Høringsinstansenes syn

Relativt få høringsinstanser har kommentert forholdet til pasientskadeloven. *Norsk pasientskadeerstatning*, *Tannlegeforeningen* og *Landsorganisasjonen i Norge* uttaler at de er enige i at pasientskadeloven ikke skal gjelde for helsehjelp som er refusjonsberettiget etter den nye ordningen for refusjon av utgifter til helsehjelp mottatt i andre EØS-land. Norsk pasientskadeerstatning og Landsorganisasjonen i Norge påpeker at det er viktig med informasjon om dette til pasientene. Informasjonshensyn må antas å ligge til grunn også for kommentar fra *Yrkesorganisasjonenes sentralforbund* om at det bør presiseres i forskrift at pasientskadeloven ikke gjelder.

Justisdepartementet bemerker:

«Forslaget lyder slik at loven gjelder ved helse tjenester som "mottas i utlandet i regi norske myndigheter". Vi oppfatter Helse- og omsorgsdepartementets redegjørelse i høringsnotatets punkt 11 slik at bestemmelsen er ment å dekke behandlinger i utlandet som pasienten mottar på norske helsemyndigheters initiativ, selv om behandlingen rent faktisk ikke utføres av en norsk behandlingsinstitusjon beliggende i utlandet. Det vil si at norske myndigheter i en slik sammenheng bare har en bestillerfunksjon. Samtidig er bestemmelsen ment å skulle avgrense ordningen mot de tilfeller behandlingen finner sted på pasientens initiativ uten annen medvirkning fra Norge enn at behandlingen vil bli refundert etter den foreslåtte refusjonsordningen. Denne forståelsen av lovbestemmelsen bør reflekteres bedre i ordlyden. Eksempelvis kan bestemmelsen omformuleres slik: "[M]ottas i utlandet etter oppdrag fra norske myndigheter".»

11.4 Departementets vurdering

Ingen høringsinstanser har tatt til orde for en annen løsning enn den som ble foreslått i høringsbrevet, og som innebærer at pasientskadeloven ikke omfatter skade som oppstår ved helsehjelp i andre land selv om pasienten får refusjon for utgiftene til

helsehjelpen etter den nye refusjonsordningen som proposisjonen her omhandler.

Kommisjonens forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester tilsier heller ingen annen løsning. Forslaget innebærer at det er behandlingslandets myndigheter som skal sørge for at pasienter har mulighet for å få erstatning ved pasientskader, og at det finnes systemer for ansvarsforsikring, garantier eller lignende ordning for mulig erstatningsansvar for helsehjelp som ytes i landet. Dette er ikke til hinder for at land utvider sin pasientskadeordning til å gjelde også behandling i andre land, men direktivforslaget innebærer ingen plikt til å gjøre det.

Departementet fastholder den løsning som ble foreslått i høringsbrevet, og som innebærer at pasientskadeloven ikke vil komme til anvendelse ved skader knyttet til helsehjelp som det ytes refusjon for etter den nye refusjonsordningen for helsehjelp mottatt i andre EØS-land.

Lovforslaget innebærer også en presisering av at det samme gjelder helsehjelp som mottas etter reglene i trygdeforordning nr. 1408/71 (se punkt 5.2.2 ovenfor) eller gjensidige avtaler med andre land som omfatter helsehjelp. Det samme må gjelde helsehjelp i utlandet som det ytes stønad til etter folketrygdloven § 5-24 eller bidrag til etter § 5-22.

Departementet er enig i at Justisdepartementets forslag til formulering i pasientskadeloven § 19 annet punktum bedre reflekterer meningen. Departementet finner også grunn til å foreslå en utforming av bestemmelsen som klargjør at pasientskadeloven omfatter helsehjelp som mottas i utlandet i medhold av pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde ledd om fristbrudd og femte ledd om mangel på adekvat medisinsk tilbud i Norge. Dette for ikke å utelukke pasientskadelovens anvendelse dersom skadelidte unntaksvis har søkt helsehjelp i utlandet uten medvirkning fra norske myndigheter, men etterpå har fått innvilget refusjon i medhold av pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd.

12 Enkelte andre spørsmål

12.1 Forhold som foreslås regulert i forskrift

I høringsbrevet foreslo departementet følgende nye lovbestemmelse i folketrygdloven:

§ 5-24 a Stønad til helsetjenester i annet land innenfor Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS)

Det ytes stønad til dekning av utgifter til helsetjenester som medlemmet har hatt i annet land innenfor Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS) etter regler fastsatt av Kongen i forskrift.

Forskriften kan ha nærmere bestemmelser om blant annet:

- a) hvilke typer helsetjenester det ytes stønad til
- b) hvem som har rett til stønad
- c) vilkår for stønad, herunder krav til tjenesteyteren
- d) beregning av stønad
- e) dekning av reise- og oppholdsutgifter
- f) krav til dokumentasjon og oversettelse av dokumenter, og
- g) forholdet til andre regler om stønad til helsehjelp mottatt i annet land

En del av de forholdene som etter forslaget vil bli regulert i forskrift, ble omtalt i høringsnotatet. Enkelte av disse spørsmålene er kort omtalt nedenfor til tross for at de ikke er avgjørende for utformingen av selve lovforslaget, fordi de er sentrale når det skal gis et bilde av hva ordningen vil omfatte og hvordan den vil fungere. Andre spørsmål som vil bli regulert i forskrift, som nærmere avgrensning av personkrets, beregning av refusjonsbeløp, krav til dokumentasjon mv. omtales ikke i proposisjonen her. Mottatte høringsuttalelser som kommenterer slike forhold vil bli vurdert i forbindelse med forskriftsarbeidet.

Stikkordsmessig nevnes følgende utgangspunkter som departementet vil legge til grunn i forskriftsarbeidet:

- Refusjonsordningen skal gjelde det som må betraktes som ikke-sykehusbehandling, jf. punkt 7 ovenfor.
- Det gis ikke refusjon for helsehjelp som ikke

ville blitt dekket (helt eller delvis) av det offentlige om hjelpen var mottatt i Norge.

- De begrensninger og vilkår som gjelder for helsehjelp med offentlig dekning i Norge skal som hovedregel gjelde, men det kan være nødvendig med enkelte unntak og/eller tilpasninger, jf. punkt 12.2 og 12.3 nedenfor.
- Det ytes aldri refusjon utover det helsehjelpen rent faktisk kostet.
- Refusjonen begrenses i prinsippet til det tilsvarende helsehjelp ville belastet det offentlige med om hjelpen var mottatt i Norge.
- Pasienten belastes egenandel som om hjelpen var mottatt i Norge.
- Reise- og oppholdsutgifter dekkes ikke utover det som ville blitt dekket etter de ordinære reglene i Norge dersom pasienten reiste til nærmeste sted der behandlingen kunne mottas, eller steder som likestilles med nærmeste sted.
- Pasienten betaler selv for helsehjelpen og krever refusjon etterpå, jf. punkt 12.4 nedenfor.

12.2 Spørsmålet om offentlig tilknytning som vilkår for refusjon

I Norge er det i mange tilfeller et vilkår for å få helsehjelp på det offentlige bekostning at hjelpen mottas i den offentlige helsetjenesten. I tillegg til virksomhet som eies og drives av det offentlige, omfatter dette private tjenesteytere som har avtale med det offentlige. Kravet om offentlig tilknytning gjelder som hovedregel både spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester samt tannhelsetjenester til prioriterte grupper som i Norge ytes av den offentlige (fylkeskommunale) tannhelsetjenesten. Private aktører uten offentlig avtale kan også tilby helsetjenester til befolkningen, men den enkelte pasient må da selv dekke kostnadene fullt ut. For legebehandling gjelder unntak for øyeblikkelig hjelp.

Formålet med kravet er å sikre at helsetjenester som utføres av private og som finansieres av det offentlige, ikke unndras offentlige prioriteringer. Kra-

vet er også av betydning for å få en god geografisk fordeling av personellressurser.

Kravet om offentlig tilknytning gjelder imidlertid ikke behandling hos kiropraktor, logoped, audiopedagog og ortoptist. For disse gruppene er det ikke driftsavtaleordninger. For slik behandling ytes det stønad fra folketrygden når behandlingen motas hos private tjenesteytere. Det samme gjelder den tannbehandling som det ytes stønad til etter folketrygdloven. For behandling hos logoped, audiopedagog og ortoptist er det en forutsetning av at det foreligger henvisning fra lege.

I høringsbrevet ble det vist til at man i en refusjonsordning for utgifter til helsehjelp mottatt i andre EØS-land, som utgangspunkt kan opprettholde de vilkår som gjelder for å få helsehjelp på det offentliges bekostning i hjemlandet. Det må imidlertid gjøres unntak dersom vilkårene reelt vil virke diskriminerende eller hindre fri bevegelighet av tjenester uten at dette kan begrunnes i lovlige hensyn.

På denne bakgrunn foreslo departementet at kravet om offentlig tilknytning – i tilpasset form – også skulle gjelde for refusjon av behandlingsutgifter i andre EØS-land. Det ble foreslått at kravet skulle tilpasses organiseringen av helsevesenet i behandlingslandet slik at tjenesteyteren måtte ha tilknytning til offentlig helsevesen, trygdeordning e.l. i det landet der behandlingen finner sted, og bare hvis behandlingslandet også har en slik forutsetning for å dekke utgifter til helsehjelp.

Departementet foreslo en forskriftshjemmel for å fastsette nærmere vilkår for refusjon, herunder krav til tjenesteyteren, hvor også kravet til offentlig tilknytning kunne reguleres. Departementet uttalte at det ville bli foretatt en fornyet vurdering av de EØS-rettslige sider ved et krav om offentlig tilknytning før refusjonsvilkårene fastsettes.

En rekke høringsinstanser har uttalt seg til spørsmålet om det skal kreves offentlig tilknytning som vilkår for refusjon. Enkelte instanser støtter kravet, særlig under henvisning til ønsket om offentlig styring av helseressursene mot prioriterte områder. Andre mener kravet ikke bør gjøres gjeldende. Flere instanser peker på at det vil kunne innebære praktiske utfordringer for pasienter og den myndighet som skal vurdere refusjonskrav fordi ordningene varierer mellom landene. Det uttales også at det vil kunne resultere i forskjellsbehandling dersom krav om offentlig tilknytning ikke kan opprettholdes for behandling i land som ikke har et slikt krav. Noen instanser mener det er tvilsomt om et krav til offentlig tilknytning vil være holdbart EØS-rettslig, og stiller seg tvilende både til argumentasjonen om at kravet ikke er en hindring for fri bevegelighet, og til den subsidiære anførselen i

høringsbrevet om at en eventuell hindring kan forsvares ut fra helsepolitiske hensyn. Det pekes blant annet på at kravet om offentlig tilknytning i behandlingslandet ville være et indirekte virkemiddel i og med at de helsepolitiske målsetningene ikke nødvendigvis er de samme eller praktiseres på samme måte i de ulike EØS-landene. Det kan dermed stilles spørsmål ved om restriksjonen er egnet og nødvendig for å ivareta de helsepolitiske hensyn som søkes fremmet.

I kontakt med ESA har det fremkommet synspunkter om at et krav om offentlig tilknytning neppe vil være forenlig med EØS-retten.

Departementet har foretatt en ny vurdering av spørsmålet om det skal stilles krav om offentlig tilknytning i lys av de uttalelser som er mottatt.

Departementet vurderer at betydningen av det foreslåtte kravet ville være nokså avledet for prioriteringer mellom norske pasientgrupper. Selv om det antagelig er slik at mange andre land i hovedtrekk har tilsvarende prioriteringer mellom pasientgrupper som i Norge, vil det være en del forskjeller i hva som prioriteres, hvor lang ventetiden faktisk er, og hvilken rolle avtaleordninger og andre utslag av offentlig tilknytning spiller. Det vil være svært vanskelig å finne ut hvordan et krav om offentlig tilknytning reelt sett vil virke i de ulike EØS-landene blant annet fordi landene har organisert sine helsevesen og trygdeordninger på ulike måter, og fordi kapasitet og andre forhold varierer.

Når det gjelder helsepolitiske hensyn bemerkes at prioriteringshensyn og planleggingsbehov står særlig sterkt når det gjelder spesialisthelsetjenester, mens slike hensyn ikke er like fremtredende for andre tjenestetyper hvor det gjelder krav om offentlig tilknytning.

Departementet har ikke funnet noen egnet måte å avdempe de praktiske vanskelighetene som pasienter i alle fall i noen land må ventes å møte dersom det oppstilles et krav om offentlig tilknytning i behandlingslandet.

Departementet har på denne bakgrunn kommet til at et krav om offentlig tilknytning i forbindelse med refusjon av utgifter til helsehjelp i andre EØS-land, antagelig vil være i strid med EØS-retten, også i tilpasset form som antydnet i høringsbrevet, og at et slikt krav derfor ikke bør gjøres gjeldende.

Dette har ingen direkte innvirkning på kravet om offentlig tilknytning slik det gjelder ved behandling i Norge eller på det norske avtalesystemet.

Uten krav om offentlig tilknytning ved refusjon for behandling i annet EØS-land vil pasientene få større valgfrihet med hensyn til tjenesteytere. Faren for at pasienten ikke får refusjon fordi tjenesteyteren ikke har den rette tilknytningen, vil bortfalle,

og pasienten vil i en del tilfeller kunne komme raskere til behandling enn i Norge. Dette vil kunne være en fordel for den enkelte pasient. Dersom dette får et stort omfang vil det på den andre siden kunne øke det offentliges utgifter til lavere prioritert behandling på bekostning av behandling med høyere prioritet. Det er vanskelig å anslå omfanget på forhånd, men departementet antar at omfanget ikke vil bli så stort at det vil gi vesentlige utslag. Erfaringer med ordningen for fritt sykehusvalg viser at de fleste pasienter ønsker behandling nær hjemstedet selv om de kunne få behandling noe raskere ved å reise til et annet sted i Norge. Det vises også til erfaringer i Sverige hvor det gis refusjon for behandling hos private tjenesteytere i andre EØS-land, og hvor refusjonssøknader og -utgifter ligger på et beskjedent nivå.

12.3 Spørsmålet om henvisning som vilkår for refusjon

Spesialisthelsetjenester på det offentliges bekostning i Norge krever som hovedregel henvisning fra allmennlege (eller legespesialist). Dette gjelder behandling både på sykehus, ved poliklinikk og hos legespesialist og psykolog utenfor sykehus. Formålet med henvisningskravet er at pasienten først skal være vurdert av behandler i primærhelsetjenesten, som forutsettes å vurdere hvorvidt behandlingsbehovet kan ivaretas på primærnivå (laveste effektive omsorgsnivå).

Henvisning er som hovedregel et vilkår også for stønad fra folketrygden til hjelp hos fysioterapeut, logoped, audiopedagog og ortoptist. Rekvisisjon er et vilkår for stønad fra folketrygden til laboratorieprøver og radiologisk undersøkelse/behandling samt til legemidler og medisinsk utstyr og forbruksmateriell. I noen tilfelle godtas henvisning/rekvisisjon fra annet helsepersonell enn lege. Kiropraktor og manuellterapeut kan henvise til legespesialist og fysioterapeut, og optiker kan henvise til øyelegespesialist. For behandling hos kiropraktor og manuellterapeut gjelder det ikke krav om henvisning fra lege.

I høringsbrevet ble det vist til at EF-domstolen synes å godta at det kan stilles krav om henvisning før behandling utføres dersom et slikt krav gjelder i pasientens hjemland. Departementet foreslo at henvisningskravet som hovedregel skal gjelde også når behandling er mottatt i andre EØS-land.

Det ble i høringsbrevet reist spørsmål om det bør kreves henvisning fra lege eller annet helsepersonell som praktiserer i Norge, eller om det er tilstrekkelig med henvisning fra lege/helsepersonell

i annet EØS-land. EF-domstolen har ikke tatt stilling til spørsmålet. Departementet la til grunn at utenlandsk henvisning bør godtas, i alle fall der det ville være urimelig å kreve henvisning fra helsepersonell i Norge. Videre uttalte departementet at dersom et land ikke har henvisningssystem, bør man i stedet kunne godta annen dokumentasjon på at pasienten hadde konsultert allmennlege om den aktuelle tilstanden først, eller eventuelt kunne frafalle kravet om henvisning etter en konkret vurdering.

Flere høringsinstanser har kommentert spørsmålet om henvisning. De fleste er enige i at det skal kreves når dette er et vilkår i Norge, men synet på om/når utenlandsk henvisning bør aksepteres, varierer. Enkelte viser til at det vil kunne være vanskelig å tilfredsstille henvisningskravet i mange situasjoner fordi landene har ulike systemer.

Etter kontakt med ESA forstår departementet det slik at ESA er av den oppfatning at krav om henvisning kan opprettholdes der henvisning er et vilkår for å få dekket tilsvarende helsehjelp i Norge. I spørsmålet om det er forenlig med EU/EØS-retten å kreve henvisning fra helsepersonell som praktiserer i pasientens hjemland, viser ESA til at EF-domstolen ikke har tatt stilling til dette.

Det er et sentralt utgangspunkt både i EF- og EFTA-domstolens praksis og i Kommisjonens direktivforslag at man kan stille samme vilkår som gjelder for å få tilsvarende helsehjelp i hjemlandet. Dette må også gjelde krav til henvisninger.

Departementet holder fast ved at det som hovedregel skal kreves henvisning der henvisning et vilkår for helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge. Dette er et naturlig utgangspunkt selv om henvisningsregler og -rutiner kan være annerledes i andre EØS-land enn i Norge.

Henvisningskravet vil bli regulert i forskrift, jf. forslaget til folketrygdloven § 5-24 a annet ledd bokstav c.

For at innholdet i henvisningen ikke skal virke diskriminerende overfor tjenesteytere i andre EØS-land, må henvisningen kunne gjøres «åpen» slik at pasienten ikke blir henvist til en særskilt tjenesteyter (i Norge), men for eksempel til øyelegespesialist, spesialist i klinisk psykologi eller fysioterapeut i sin alminnelighet.

Departementet mener at det så langt det er forenlig med EØS-retten bør stilles krav om at henvisningen gis av helsepersonell som praktiserer i Norge. Nøyaktig hvilke krav som skal stilles og eventuelle unntak fra henvisningskravet vil bli nærmere vurdert av departementet i forbindelse med forskriftsarbeidet.

12.4 Spørsmålet om forhåndsvurdering og forskuttering

I høringsnotatet ble det foreslått at refusjonsordningen skal være slik at pasienten mottar helsehjelp i et annet EØS-land, dekker utgiftene fullt ut selv og krever refusjon i Norge etterpå. Det ble vist til at en slik ordning synes forutsatt i de saker som har vært prøvet av EF-domstolen selv om domstolen ikke har tatt særskilt stilling til akkurat dette.

Departementet pekte på at det av hensyn til målet om å jevne ut sosiale forskjeller i tilgang til helsehjelp kan være uheldig dersom muligheten til å benytte den valgfriheten ordningen gir pasienter, avhenger av personlig økonomi. Departementet drøftet derfor om det skulle innføres ordninger for forskuttering av utgifter eller andre mekanismer for å unngå at pasienten må legge ut hele behandlingsutgiften. Departementet tok også opp spørsmålet om det skal være mulig for pasienten å få et bindende forhåndstilsagn om at den aktuelle helsehjelpen vil bli refundert. Departementet foreslo imidlertid ikke en ordning med mulighet for bindende forhåndstilsagn, betalingsgaranti, forskuttering eller lignende.

Mange av høringsinstansene har vært opptatt av at det må gis klar og lett tilgjengelig informasjon til pasienter om hvilke tjenester som omfattes av refusjonsordningen og hvilke andre vilkår som gjelder for å få refusjon. Flere understreker at det også må komme klart frem at refusjon kan bli avslått hvis ikke alle vilkårene er oppfylt.

Mange av høringsinstansene peker på faren for økt sosial ulikhet ved den foreslåtte ordningen. Noen instanser mener pasienten bør kunne få en ikke-bindende forhåndsvurdering av om den aktuelle behandling vil være refusjonsberettiget i og med at det ikke vil være enkelt for pasienten å vite om vilkårene for refusjon vil være oppfylt. Flere instanser mener at det bør legges til rette for at pasientene skal kunne få et bindende forhåndstilsagn hvis de ønsker det. Noen viser til at mange ikke vil benytte ordningen hvis de ikke er sikre på å få refusjon, og til de uheldige konsekvensene for pasienter som har reist ut i den tro at behandlingen vil bli dekket, men så får avslag. Enkelte trekker også frem refusjonsnivå som noe pasienten bør få klarhet i. Svært få har uttalt at det bør innføres ordninger som gjør at pasienten slipper å forskuttere utgiftene.

Enkelte instanser er enige i at det ikke skal kunne kreves forhåndstilsagn, og viser til forvaltningens veiledningsplikt, som må balanseres mot at brukeren har en selvstendig undersøkelsesplikt og må bære risiko for sine valg.

Kommisjonens direktivforslag om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester, som ble fremlagt 2. juli 2008, bygger også på at pasienten betaler selv og får refusjon i ettertid. Spørsmålet om sosial ulikhet og muligheten for kompenserte tiltak er imidlertid et tema også i forbindelse med EU-organenes behandling av direktivforslaget.

Departementet mener det er naturlig å avvente direktivprosessen i tilfelle et endelig direktiv inneholder bestemmelser om dette, og mener at det i alle fall foreløpig ikke bør legges opp til en ordning med bindende forhåndstilsagn, betalingsgaranti eller forskuttering i forbindelse med den foreslåtte refusjonsordningen. Siden det foreslås korte, overordnede lovbestemmelser med hjemmel for å regulere refusjonsordningen nærmere i forskrift, er spørsmålet om forhåndstilsagn og forskuttering av utgifter ikke av betydning for utformingen av selve lovforslaget.

Departementet ser at det ikke er en ideell ordning at pasientene må legge ut for behandlingsutgiftene for så å søke refusjon etterpå. Å hindre økt sosial ulikhet, også i tilgangen til helsetjenester, er et viktig overordnet mål. Dersom direktivet ikke gir en løsning, kan det være aktuelt å vurdere behovet for kompenserende tiltak når refusjonsordningen har virket i noen år.

Det må uansett gis god generell informasjon om hva ordningen omfatter og innebærer, herunder den risikoen pasienten tar for ikke å få refusjon. Videre vil forvaltningen ha veiledningsplikt, og det vil være mulig å konsultere helsepersonell for en ikke-bindende vurdering. Krav om henvisning (der henvisning er et krav for behandling på det offentlige bekostning i Norge) vil i noen grad kunne bidra til at pasienter ikke søker behandling i utlandet som ikke vil være refusjonsberettiget. Dette vil særlig gjelde henvisning fra helsepersonell som praktiserer i Norge. Se punkt 12.3 ovenfor. Henvisning vil imidlertid ikke være en garanti for refusjon.

Departementet vil for øvrig peke på at refusjonsordningen er et tilbud som gir pasienten økt valgfrihet siden den gjelder planlagt behandling der pasienten også kan benytte seg av det ordinære tilbudet i Norge. I noen situasjoner hvor det er aktuelt å søke helsehjelp i utlandet vil behovet for å slippe å legge ut kostnadene være større, og i slike tilfeller foreligger allerede ordninger som innebærer at pasienten ikke trenger å legge ut for helsehjelpen. Dette gjelder både når behov for helsehjelp oppstår under opphold i utlandet, og når helsehjelp gis i utlandet i medhold av pasientrettighetsloven § 2-1 som følge av fristbrudd eller manglende kompetanse i Norge (forutsatt at tilbudet or-

ganiseres via norsk helsevesen). I andre tilfeller er det etter departementets vurdering generelt sett mindre grunn til å forskuttere utgiftene til helsehjelp i utlandet. Dette skyldes blant annet at det i disse tilfellene vil foreligge et alternativ i Norge som pasienten kan benytte seg av dersom vedkommende ikke finner å kunne legge ut utgiftene til helsehjelpen. Det er, som nevnt blant annet i punkt

12.1 ovenfor, en forutsetning at refusjon bare skal gis for behandling vedkommende ville fått dekket i Norge. Refusjonsordningen kan riktignok innebære en fordel ved at man i noen tilfeller vil kunne få behandling raskere ved å reise til utlandet, og ved at man kan oppnå en besparelse ved enkelte typer behandling, for eksempel omfattende tannbehandling.

13 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget vil gi den enkelte pasient en utvidet rett til å velge i hvilket land ikke-sykehusbehandling skal mottas med utgiftsdekning fra det offentlige. Forslaget gir derimot ikke pasientene større rett til selv å velge *hva slags* behandling som skal mottas med utgiftsdekning. Helsehjelp som ikke dekkes i Norge, omfattes heller ikke av refusjonsordningen som foreslås etablert for helsehjelp mottatt i andre EØS-land.

Departementet legger til grunn at de vilkår som gjelder for å få helsehjelp i Norge, så langt som mulig også skal gjelde som vilkår for å få refusjon for tilsvarende helsehjelp i andre EØS-land, jf. punkt 12.1 ovenfor. Det kan være nødvendig med visse unntak og tilpasninger.

Dekning av reise- og oppholdsutgifter foreslås regulert i forskrift. Som i høringsbrevet er departementet innstilt på at slike utgifter ikke skal dekkes utover det som ville blitt dekket etter de ordinære reglene dersom pasienten reiste til nærmeste sted der behandlingen kunne mottas, eller steder som tilknyttes med nærmeste sted.

Hvor mange som vil benytte ordningen, er vanskelig å forutse. Det er nærliggende å tro at den samlede bruken av helsetjenester (i Norge og andre EØS-land) ikke vil øke vesentlig som følge av lovforslaget, men at noen pasienter vil velge å motta behandling i utlandet istedenfor i Norge.

Det knytter seg noe usikkerhet til konsekvensene av at det ikke settes vilkår om at tjenesteyteren har tilknytning til det offentlige helsevesen eller trygdesystem i behandlingslandet, jf. punkt 12.2 ovenfor. Rent private aktører kan i større grad enn tjenesteytere med offentlig tilknytning gi et tilbud som ikke er høyt prioritert, og eventuelt med kortere ventetid. Dette vil i noen grad kunne øke etterspørselen etter helsetjenester som i Norge har relativt lav prioritet og derfor lang ventetid i den offentlige helsetjenesten. Dette vil kunne medføre noe økning i total aktivitet. Det er vanskelig å si noe om omfanget av dette før ordningen har virket i en tid.

Departementet legger til grunn at refusjon aldri skal gis med mer enn den faktiske utgift, og at det som hovedregel skal gjøres fradrag for den egenandel pasienten ville betalt i Norge for tilsvarende helsehjelp. For mange tjenestetyper vil det derfor ikke

innebære noen besparelse for pasientene å søke helsehjelp i andre EØS-land. Som nevnt i punkt 12.1 ovenfor legger departementet også til grunn at refusjonsbeløpet i prinsippet ikke skal overstige hva tilsvarende helsehjelp ville belastet det offentlig med om helsehjelpen var mottatt i Norge. Dette kan for noen typer helsehjelp være vanskelig å beregne eksakt, men prinsippet innebærer at det i all fall ikke vil bli noen nevneverdig merutgift for det offentlige ved den enkelte behandling. I noen tilfeller kan refusjonsbeløpet bli mindre enn kostnaden for det offentlige ville vært i Norge, fordi behandlingen er mottatt i et land med lavere prisnivå.

Behandling i lavkostland kan innebære en reduksjon i pasientens egenbetaling i de tilfeller hvor det er fri prisfastsettelse i Norge. Dette gjelder blant annet tannbehandling som det ytes stønad til fra folketrygden. Fri prisfastsettelse innebærer at tjenesteyteren kan kreve honorar av pasienten utover satsen for trygdestønad og eventuelle offentlig fastsatte egenandeler. Trolig vil det i første rekke være behandlingsformer med høy egenbetaling i Norge som vil bli etterspurt i utlandet, for eksempel rehabilitering av tannsett ved tanntap som skyldes periodontitt. Dersom total etterspørsel holdes konstant, vil det ikke medføre økte utgifter for det offentlige om behandlingen finner sted i utlandet i stedet for i Norge. Men dersom det som følge av lavere egenbetaling ved å motta tjenesten i utlandet blir en økt etterspørsel totalt sett fordi flere da ser seg råd til å gjennomføre nødvendig behandling, vil det medføre økte kostnader for det offentlige.

Nordmenn som har flyttet til utlandet og som ikke er medlem av folketrygden, vil ikke ha rett til refusjon. Nordmenn som oppholder seg midlertidig i et annet EØS-land mindre enn seks måneder i året, vil kunne benytte ordningen, og for disse vil det kunne være mer aktuelt enn for andre. Refusjonsordningen vil dekke utgifter til planlagt ikke-sykehusbehandling under utenlandsoppholdet. I dag må pasienten vanligvis dekke dette selv, med unntak av behandling som det oppstår behov for under oppholdet og som ikke kan vente til pasienten er vendt tilbake til Norge. Pasientene vil ikke få rett til annen behandling enn de ville hatt krav på med offentlig dekning i Norge, men pasientene kan

velge å motta behandling under oppholdet i utlandet i stedet for å vente og motta den samme behandlingen mens de oppholder seg i Norge. Dette vil kunne medføre en noe annen utgiftsfordeling enn om behandlingen var mottatt i Norge, i og med at det foreslås at refusjonsutgiftene etter den nye ordningen fullt ut dekkes av det tjenestenivå som har «sørge for»-ansvaret, jf. punkt 9.3 ovenfor.

Det er usikkert i hvilket omfang refusjonsordningen vil bli benyttet. Tall fra Sverige viser at det i årene 2007 og 2008 ble innvilget om lag 1200 søknader per år. Antall søknader er noe høyere, med en innvilgelsesandel på om lag 77 prosent. Det ble utbetalt henholdsvis 11,2 og 12,3 millioner svenske kroner i 2007 og 2008. Sammenlignet med totale helseutgifter, er dette relativt lavt. At den svenske ordningen ikke er lovfestet kan ha begrenset omfanget. På den annen side er sykehusbehandling inkludert i den svenske ordningen, mens det foreslås holdt utenfor den norske ordningen. Basert på erfaringstall fra Sverige anslås det på usikkert grunnlag at det vil bli under 1000 refusjonskrav i Norge per år. Det er da ikke sett hen til at den eksisterende ordningen med bidrag til fysioterapi i utlandet etter folketrygdloven § 5-22, må vurderes, jf. punkt 5.2.5 ovenfor, og at dette vil kunne påvirke bruken av den nye refusjonsordningen. Bidrag til fysioterapi i utlandet ble i 2008 utbetalt for 7348 pasienter med til sammen 28,7 millioner kroner.

Departementet foreslår i proposisjonen her at de regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene dekker refusjonsutgiftene for de tjenestetypene de har «sørge for»-ansvaret for, innenfor basisbevilgningen, respektive de frie inntektene. Det foreslås at det ikke gis aktivitetsbasert delfinansiering fra staten (blant annet ISF-refusjon og stønad fra folketrygden) for behandling i andre EØS-land, jf. punkt 9 ovenfor. Hvis omfanget av behandling i andre EØS-land viser seg å bli vesentlig annerledes enn lagt til grunn, vil andre finansieringsløsninger eventuelt bli vurdert.

De økonomiske virkningene for folketrygden er foreløpig usikre. Dette er knyttet til at det er vanskelig å anslå om den samlede etterspørselen etter de aktuelle helsetjenester blir større enn før, eller om behandling i utlandet kun kommer istedenfor behandling som uansett ville blitt gitt i Norge. For folketrygden kan forslaget i denne proposisjonen medføre både mindre- og merkostnader: innsparinger er knyttet til forslaget om at det ikke skal utbetales trygderefusjon til de forvaltningsenheter som har «sørge for»-ansvar og som etter forslaget skal dekke de relevante kostnadene ved behandling i utlandet. Merkostnader kan oppstå dersom muligheten til å søke helsehjelp i andre EØS-land på det offentliges bekostning medfører at flere totalt sett mottar helsetjenester som skal belastes folketrygden. Dette antas i første rekke å være aktuelt når det gjelder tannbehandling for sykdom til den delen av befolkningen som ikke tilhører de prioriterte gruppene etter tannhelsetjenesteloven (som fylkeskommunene gjennomgående skal dekke refusjon for). Hvordan dette slår samlet ut for folketrygden over tid, er usikkert, men departementet vil omtale dette nærmere i budsjettssammenheng.

Departementet foreslår at det skal kunne gis refusjon for utgifter til helsehjelp mottatt de siste tre år før ikrafttredelsen forutsatt at de vanlige vilkår er oppfylt og det foreligger tilstrekkelig dokumentasjon, jf. punkt 10 ovenfor. Det er vanskelig å anslå hvor mange slike refusjonskrav som vil bli fremsatt og hvilke beløp som vil bli utbetalt, men departementet antar at det ikke vil være et vesentlig omfang.

Departementet foreslår i punkt 8 ovenfor at administrasjonen av ordningen legges til Helsedirektoratet. Det vil påløpe noen administrasjonskostnader i Helsedirektoratet (eller den direktoratet delegerer oppgaven til) for å håndtere krav, utbetaling av refusjon, henvendelser, informasjon osv. Departementet vil komme tilbake til dette i statsbudsjettet.

14 Merknader til de enkelte bestemmelsene

14.1 Merknader til endringene i folketrygdloven

Til ny § 5-24 a

Refusjonsordningen foreslås forankret i folketrygdloven kapittel 5 ved en ny bestemmelse § 5-24 a, og folketrygdlovens saksbehandlingsregler mv. vil komme anvendelse. Forvaltningen av folketrygdloven kapittel 5 (helserefusjoner) ble fra 1. januar 2009 overført fra Arbeids- og velferdsetaten til Helsedirektoratet, og det ble i den anledning gjort endringer i folketrygdloven for å videreføre relevante rettigheter og plikter.

Første ledd etablerer retten til stønad under forutsetning av at de fastsatte vilkår er oppfylt.

Annet ledd gir hjemmel for å fastsette nærmere regler om refusjonsordningen i forskrift. Det er behov for regulering av en rekke forhold.

Ett av forholdene vil være avgrensning av ordningen, jf. *annet ledd bokstav a*. Mye av den helsehjelpen som vil omfattes av refusjonsordningen tilsvarende helsetjenester som det ytes stønad til etter folketrygdloven kapittel 5 når tjenesten mottas i Norge. Refusjonsordningen vil imidlertid også omfatte annen type helsehjelp, herunder tannlegehjelp som i Norge ytes av Den offentlige tannhelsetjenesten og i noen grad spesialisthelsetjenester som finansieres på annen måte enn gjennom folketrygdloven kapittel 5. Det vises til punkt 7 ovenfor om hvilke tjenester som vil omfattes.

Hvem som har rett til ytelser etter folketrygdloven kapittel 5 er regulert § 5-2. Det kan være behov for enkelte presiseringer eller unntak i forbindelse med den nye refusjonsordningen, jf. *annet ledd bokstav b*. Det kan for eksempel være aktuelt med unntak for asylsøkere.

Et generelt utgangspunkt vil være at de samme vilkår vil gjelde for stønad etter § 5-24 a som for tilsvarende helsehjelp mottatt i Norge. Det vil være behov for presiseringer av hva dette innebærer når helsehjelpen mottas i andre land, jf. *annet ledd bokstav c*. Dette kan for eksempel gjelde krav til tjenesteyterens kvalifikasjoner i form av spesialistgodkjenning. Se også punkt 12 ovenfor.

Når det gjelder beregning av stønadsbeløp, jf.

annet ledd bokstav d, er utgangspunktet at stønaden ikke skal overstige det beløp tilsvarende helsehjelp ville belastet det offentlige med om hjelpen var mottatt i Norge. Det vil være behov for nærmere regler for hvordan man beregne stønaden i tråd med dette prinsippet i og med at det ikke alltid er lett å fastsette hvor stort dette beløpet er. Det skal aldri ytes mer i stønad enn den faktiske utgift. Det er også behov for nærmere regler om beregning av egenandel.

Departementet mener reise- og oppholdsutgifter bør dekkes med et beløp inntil det det ville kostet pasienten å reise til nærmeste sted i Norge hvor den aktuelle helsehjelpen kunne vært mottatt, eller steder som likestilles med dette, etter reglene for syketransport i Norge. Det vil være behov for regler om dette, jf. *annet ledd bokstav e*.

Dokumentasjonskrav er også blant de forhold som må reguleres i forskrift i og med at de norske regler og rutiner ikke kan anvendes uten tilpasning, jf. *annet ledd bokstav f*. Det kan også være behov for regulering av ansvaret for å sørge for oversettelse av dokumentasjonen.

Når det gjelder forholdet til andre regler om stønad mottatt i annet land, jf. *annet ledd bokstav g*, vil det i første rekke være behov for regulering av forholdet til trygdforordning nr. 1408/71, som er omtalt i punkt 5.2.2 ovenfor.

14.2 Merknader til endringene i kommunehelsetjenesteloven

Til § 5-1 nytt sjette ledd

Visse kommunehelsetjenester vil omfattes av refusjonsordningen, jf. punkt 7.1 og punkt 7.3.1 ovenfor. Den nærmere avgrensning foreslås regulert i forskrift, men departementet mener at helsehjelp hos allmennlege, fysioterapeut og jordmor skal omfattes, mens pleie- og omsorgstjenester foreslås holdt utenfor. Vilkårene for stønad ved tilsvarende tjenester i Norge fremgår av folketrygdloven §§ 5-4, 5-8 og 5-12 med forskriftsverk. Disse vil i hovedsak gjelde også når hjelpen mottas i annet EØS-land. Nærmere regulering av hvilke vilkår som skal gjel-

de og eventuelle tilpasninger vil bli fastsatt i forskrift.

Refusjonsordningen foreslås forankret i folketrygdloven kapittel 5, og de nærmere vilkårene for å få refusjon vil fremgå av forskrift gitt i medhold av § 5-24 a.

Bakgrunnen for at det også foreslås en bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven er at kommunene etter forslaget skal ha finansieringsansvar, jf. punkt 9 ovenfor. Bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 5-1 *nytt sjette ledd første punktum* gir således ikke særskilt hjemmel for å kreve dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet.

Finansieringsansvaret for kommunene vil gjelde tjenester som tilsvarer tjenester som hører under kommunehelsetjenesten i Norge. Kommunen skal dekke refusjonsutgiftene for disse tjenestene fullt ut. Det blir ikke en deling av utgiftene mellom kommunen og staten (folketrygden) slik som når tilsvarende tjenester ytes i Norge. Helsedirektoratet (eller den direktoratet delegerer oppgaven til) vil behandle refusjonskrav og utbetale refusjonen til pasienten. I *sjette ledd annet punktum* foreslås en forskriftshjemmel med tanke på regulering av oppgjøret mellom Helsedirektoratet (eller den direktoratet delegerer oppgaven til) og kommunene.

Kommunens ansvar vil i hovedsak gjelde personer som er bosatt i kommunen. Departementet vil i forskrift foreta en nærmere avgrensning av hvilke personer som omfattes av refusjonsordningen, jf. folketrygdloven § 5-24 a annet ledd bokstav b.

14.3 Merknader til endringene i tannhelsetjenesteloven

Til § 5-1 nytt fjerde ledd

Etter forslaget vil refusjonsordningen omfatte tannhelsetjenester som ytes av Den offentlige tannhelsetjenesten som fylkeskommunene har ansvaret for, jf. punkt 7.2 ovenfor. Den nærmere avgrensning foreslås regulert i forskrift, jf. folketrygdloven § 5-24 a annet ledd bokstav a, men departementet antar at refusjonsordningen bør omfatte tjenester som i Norge ytes vederlagsfritt eller mot delvis vederlag til prioriterte grupper etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a-d.

Refusjonsordningen foreslås forankret i folketrygdloven kapittel 5, og de nærmere vilkårene for å få refusjon vil fremgå av forskrift gitt i medhold av § 5-24 a. Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 5-1 *fjerde ledd første punktum* gir ikke særskilt hjemmel for å kreve dekning av utgifter til helsehjelp i utlandet.

Bakgrunnen for at det også foreslås en bestemmelse også i tannhelsetjenesteloven er at fylkeskommunene skal ha finansieringsansvar. Fylkeskommunene skal dekke refusjonsutgifter knyttet til behandling i andre EØS-land som tilsvarer behandling som i Norge ville blitt gitt gratis eller mot delvis vederlag i regi av fylkeskommunen. Se punkt 9 ovenfor.

Helsedirektoratet (eller den direktoratet delegerer oppgaven til) vil behandle refusjonskrav og utbetale refusjonen til pasienten, jf. punkt 8.3 ovenfor. Den instans som behandler refusjonskrav vil kunne forelegge et krav for fylkeskommunen ved tvil om den aktuelle helsehjelpen ville blitt dekket av Den offentlige tannhelsetjenesten.

I *fjerde ledd annet punktum* foreslås en forskriftshjemmel med tanke på regulering av oppgjøret mellom Helsedirektoratet (eller den direktoratet delegerer oppgaven til) og fylkeskommunene.

Bestemmelsen innebærer ikke at fylkeskommunene får finansieringsansvar for refusjonsutgifter knyttet til behandlingsformer (tannlegehjelp ved sykdom) som det i Norge ytes stønad til etter folketrygdloven § 5-6. Departementet foreslår at folketrygden dekker disse utgiftene, jf. punkt 9 ovenfor.

14.4 Merknader til endringene i spesialisthelsetjenesteloven

Til § 5-2 nytt fjerde ledd

Refusjonsordningen skal gjelde ikke-sykehusbehandling, og dette vil omfatte noen typer tjenester som hører under spesialisthelsetjenesten, jf. punkt 7.1 og 7.3.2 ovenfor.

For det første omfattes hjelp fra legespesialist som det i Norge ville ytes stønad til etter folketrygdloven § 5-4. Det samme gjelder psykologhjelp som det i Norge ytes stønad til etter § 5-7, og utgifter til prøver og undersøkelser ved medisinske laboratorier samt radiologisk undersøkelse og behandling, jf. § 5-5. For det andre omfattes i noen grad helsehjelp som ytes poliklinisk på sykehus. Helsehjelpen omfattes i den grad den er å anse som ikke-sykehusbehandling, jf. punkt 3 og 7.3.2 ovenfor. Avgrensning av ordningen vil bli regulert i forskrift.

Refusjonsordningen foreslås forankret i folketrygdloven kapittel 5, og de nærmere vilkårene for å få refusjon vil fremgå av forskrift gitt i medhold av § 5-24 a. Bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 *nytt fjerde ledd første punktum* gir ikke særskilt hjemmel for å kreve dekning av utgifter til

Om lov om endringer i folketrygdloven m.m.
(etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land)

helsehjelp i utlandet. Bakgrunnen for at det også foreslås en bestemmelse også i spesialisthelsetjenesteloven er at det foreslås at de regionale helseforetakene skal ha finansieringsansvar. Departementets forslag innebærer at de regionale helseforetakene fullt ut dekker refusjonsutgifter knyttet til spesialisthelsetjenester, jf. punkt 9 ovenfor. Det foretas ikke en deling av utgiftene mellom de regionale helseforetakene og staten, tilsvarende finansieringsordningen for tjenester som ytes i Norge.

Helsedirektoratet (eller den direktoratet delegerer oppgaven til) vil behandle refusjonskrav og utbetale refusjonen til pasienten, jf. punkt 8.3 ovenfor. Den instans som behandler refusjonskrav vil kunne velge å forelegge et krav for helsetjenesten ved tvil om den aktuelle helsehjelpen ville blitt dekket av det offentlige i Norge.

I *fjerde ledd annet punktum* foreslås en forskriftshjemmel med tanke på regulering av oppgjøret mellom Helsedirektoratet (eller den direktoratet delegerer oppgaven til) og de regionale helseforetakene.

14.5 Merknader til endringene i pasientskadeloven

Til § 19 annet punktum

Forslaget til endringer i *annet punktum* innebærer en presisering av vilkårene for at pasientskadelo-

ven skal komme til anvendelse ved skader knyttet til helsehjelp mottatt i utlandet. Pasientskadeloven vil ikke komme til anvendelse når behandling er mottatt i utlandet selv om pasienten får refundert utgiftene etter den nye refusjonsordningen. Det samme gjelder når pasienten får helsehjelp i utlandet etter trygdeforordning nr. 1408/71 eller gjensidige avtaler med andre stater. Det vises til punkt 11 ovenfor.

Behandlingsreiser som omtalt i punkt 5.2.4 ovenfor omfattes av pasientskadeloven. Dette fremgår uttrykkelig av gjeldende ordlyd i § 19 annet punktum, og den særskilte henvisningen til behandlingsreiser videreføres.

Helse- og omsorgsdepartementet

tilrår:

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om endringer i folketrygdloven m.m. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land).

Vi HARALD, Norges Konge,

stadfester:

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i folketrygdloven m.m. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i folketrygdloven m.m. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land)

I

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) skal ny § 5-24 a lyde:

§ 5-24 a Stønad til helsetjenester i et annet EØS-land

Det ytes stønad til dekning av utgifter til helsetjenester som medlemmet har hatt i et annet EØS-land etter regler fastsatt av departementet i forskrift.

Forskriften kan ha nærmere bestemmelser om blant annet:

- a) hvilke helsetjenester og varer det ytes stønad til*
- b) hvem som har rett til stønad*
- c) vilkår for stønad, herunder krav til tjenesteyteren*
- d) beregning av stønaden*
- e) dekning av reise- og oppholdsutgifter*
- f) krav til dokumentasjon og oversettelse av dokumenter*
- g) forholdet til andre regler om stønad til helsehjelp mottatt i annet land.*

II

I lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene skal § 5-1 nytt sjette ledd lyde:

I den utstrekning helsetjenester som omhandlet i § 1-3 gir rett til stønad etter regler fastsatt i forskrift i medhold av folketrygdloven § 5-24 a, skal kommunen dekke utgifter til helsetjenester som personer bosatt i kommunen har mottatt i et annet EØS-land. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen.

III

I lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten skal § 5-1 nytt fjerde ledd lyde:

I den utstrekning tannhelsetjenester som omhandlet i § 1-3 gir rett til stønad etter regler fastsatt i forskrift i medhold av folketrygdloven § 5-24 a, skal fylkeskommunen dekke utgifter til tannhelsetjenester

som bosatte i fylkeskommunen har mottatt i et annet EØS-land. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen.

IV

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

§ 5-2 nytt fjerde ledd skal lyde:

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal dekke utgifter til spesialisthelsetjenester mottatt i et annet EØS-land i den utstrekning helsehjelpen gir rett til stønad etter regler fastsatt i forskrift i medhold av folketrygdloven § 5-24 a. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen.

§ 5-2 nåværende fjerde og femte ledd blir nytt femte og sjette ledd.

V

I lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) skal § 19 annet punktum lyde:

Loven gjelder også skade ved helsetjenester som motas i utlandet i medhold av pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde eller femte ledd eller etter annet oppdrag fra norske myndigheter, og som det offentlige helt eller delvis bekoster, herunder behandlingsreiser.

VI

1. Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette de enkelte bestemmelsene i kraft til ulik tid.
2. Refusjon kan gis for helsehjelp mottatt inntil tre år før ikrafttredelsestidspunktet. Krav som gjelder helsehjelp mottatt før ikrafttredelsen, må være fremsatt innen seks måneder etter ikrafttredelsestidspunktet.