

Informasjon om refusjonsordning for helsetjenester mottatt i et annet EØS-land etter folketrygdloven § 5-24 a, med merknader til forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land

Fra 1. januar 2011 gjelder det en ny refusjonsordning for helsetjenester mottatt i andre EØS-land. Ordningen omfatter i hovedsak helsehjelp utenfor sykehus, men hva slags tjenester som omfattes, er nærmere regulert i forskrift.

Ordningen kommer i tillegg til den eksisterende ordningen med europeisk helsetrygdkort (EHIC). Dersom behov for helsehjelp oppstår under midlertidig opphold i et annet EØS-land, vil det ofte være mest hensiktsmessig å bruke europeisk helsetrygdkort. Pasienten får da helsehjelp på de vilkår som gjelder i behandlingslandet, og betaler vanligvis bare egenandel. Den nye ordningen vil derimot kunne brukes ved planlagt helsehjelp, men pasienten må selv betale full pris for helsehjelpen og søke refusjon etterpå.

Det gis refusjon bare dersom helsehjelpen ville blitt dekket av det offentlige i Norge, og i utgangspunktet på de samme vilkår. Refusjon kan derfor bli avslått dersom ikke de vilkårene som gjelder for å få dekket tilsvarende helsehjelp i Norge, er oppfylt. Pasienten skal selv dekke samme egenandel som i Norge. Refusjonen er for øvrig begrenset til det tilsvarende helsehjelp antas å ville belaste det offentlige med i Norge. I noen tilfeller vil derfor pasienten ikke få refundert hele den delen av utgiftene som overstiger egenandelen.

Krav om refusjon sendes Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) på fastsatt skjema. Ved fremsettelse av refusjonskrav må det vedlegges dokumentasjon for hva slags helsehjelp pasienten har fått og hva som er betalt.

Link til HELFOs nettsider hvor skjema og mer informasjon vil være å finne:

<http://www.helfo.no/privatperson/helserettigheter-ved-opphold-i-utlandet/ny-refusjonsordning-innenfor-eos/Sider/default.aspx>

Ordningen trådte i kraft 1. januar 2011. Frem til 1. juli 2011 vil det være mulig å fremme refusjonskrav for helsehjelp mottatt i andre EØS-land de siste tre årene før ikrafttredelsestidspunktet (2008, 2009 og 2010).

Ordningen med pasientskadeerstatning etter den norske pasientskadeloven gjelder ikke for helsehjelp i utlandet selv om utgiftene refunderes etter den nye refusjonsordningen.

Den nye refusjonsordningen er hjemlet i folketrygdloven § 5-24 a. Link til folketrygdloven på Lovdata:

<http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19970228-019.html&emne=folketrygd&&>

Nærmere regler om ordningen er fastsatt i forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land. Link til forskriften på Lovdata:

<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20101122-1466.html>

Nedenfor følger Helse- og omsorgsdepartementets merknader til de enkelte bestemmelsene i forskriften. Disse er av veiledende karakter, og bør leses i sammenheng med forskriften.

Merknader til de enkelte bestemmelsene i forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land (ved ikrafttredelsen):

Til § 1:

Refusjon etter folketrygdloven § 5-24 a benevnes ”stønad” uavhengig av om utgiftsdekningen i Norge kalles stønad, bidrag eller annet, eller helsehjelpen gis som naturalytelse.

Til § 2:

Et grunnleggende vilkår for stønad er at den aktuelle helsehjelpen er av en slik art at pasienten ville fått den på det offentliges bekostning i Norge. Alle de vilkår som gjelder for å få helsehjelpen på det offentliges bekostning i Norge gjelder tilsvarende med mindre det er gjort uttrykkelig unntak eller det av sammenhengen er åpenbart at et vilkår ikke kan gjøres gjeldende eller må tilpasses. Dersom det er åpenbart at et vilkår ikke kan gjøres gjeldende på samme måte som i Norge, men det ikke er gjort unntak eller uttrykkelige tilpasninger i forskriften, gjelder vilkåret så langt det passer.

Vilkår gjelder blant annet helsehjelpens art og omfang, pasientens behov for helsehjelpen, tjenesteyterens kvalifikasjoner og krav om henvisning der det gjelder slikt krav i Norge. Det er for eksempel fastsatt en rekke vilkår i forskrifter og i rundskriv vedrørende de ulike stønadsformer som omfattes av folketrygdloven kapittel 5 i tillegg til det som følger av lovbestemmelsene. Videre kan det nevnes at det for ulike typer behandling er utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer¹.

Det vil ikke bli gitt refusjon for behandling som er forbudt i Norge. Det vil heller ikke bli gitt refusjon for behandling som i Norge ikke er totalt forbudt, men som er begrenset til visse pasientgrupper, med mindre den som søker refusjon tilhører vedkommende pasientgruppe og den aktuelle behandlingen ville blitt gitt med offentlig finansiering i Norge.

Alternativ behandling vil falle utenfor refusjonsordningen selv om behandlingen er gitt av helsepersonell som også kan gi helsehjelp som berettiger til refusjon. Dette følger av at alternativ behandling gjennomgående ikke gis på det offentliges bekostning i Norge, uavhengig av hvem som utfører behandlingen.

¹ En nasjonal faglig retningslinje er systematisk utviklede anbefalinger for å støtte bl.a. fagpersoners beslutninger om relevant behandling eller tiltak for en definert problemstilling. Nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men skal som faglig normerende langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Retningslinjene skal være utarbeidet med vekt på forskningsbasert kunnskap, tydelig og tilgjengelig dokumentasjon, brukermedvirkning og fokus på praksis, implementering og oppdatering. Helsedirektoratet er ansvarlig for retningslinjene.

Behandling som helt eller delvis er begrunnet i kosmetiske hensyn, omfattes ikke av refusjonsordningen med mindre behandlingen ville blitt gitt eller dekket av det offentlige i Norge.

Pasienten må være oppmerksom på at krav om stønad vil bli avslått dersom vilkårene for stønad ikke er oppfylt. Den som krever stønad må kunne dokumentere at vilkårene er oppfylt.

Til § 3:

Første ledd bokstav a:

Etter folketrygdloven § 5-14 gis det refusjon for legemidler med forhåndsgodkjent refusjon, jf. legemiddelforskriften kapittel 14 og blåreseptforskriften § 2, samt til legemidler ved behandling av allmennfarlige smittsomme sykdommer etter blåreseptforskriften § 4. Videre ytes det refusjon for utgifter til legemidler der HELFO har fattet vedtak om individuell refusjon etter blåreseptforskriften § 3. Etter § 5-14 ytes det dessuten refusjon for utgifter til medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler, jf. blåreseptforskriften §§ 5 og 6. Se også merknad til § 5 fjerde ledd.

Etter folketrygden § 5-25 kan personer med skade eller sykdom som regnes som yrkesskade etter folketrygdloven kapittel 13, ha rett til stønad til legemidler, spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell som ikke omfattes av folketrygdloven § 5-14.

Første ledd bokstav b:

Refusjon av utgifter til legemidler ved infertilitetsbehandling kan gis etter folketrygdloven § 5-24 a uavhengig av om selve behandlingen (den assisterte befruktningen) er stønadsberettiget etter forskriften her, jf. unntaket for behandling som nevnt i § 3 annet ledd.

Første ledd bokstav c:

Refusjonsordningen omfatter tannhelsehjelp til de lovpålagte prioriterte gruppene i § 1-3 første ledd bokstav a til d:

- barn og ungdom til og med det året de fyller 18 år
- psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
- grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
- ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret.

Ordningen omfatter ikke andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere, jf. § 1-3 bokstav e, eller selvbetalende pasienter. Dette er også presisert i forskriften § 4 siste ledd.

Den tannhelsehjelp det skal ytes stønad for, er bare slik tannhelsehjelp som ville blitt gitt i Den offentlige tannhelsetjenesten om hjelpen var mottatt i Norge. Tannhelsetjenesteloven § 2-1 bestemmer at ”Alle nevnt i § 1-3 har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg”. Det er ikke i lov eller forskrift presisert hva slags hjelp bestemmelsen konkret gir rett på, men loven blir tolket slik at den gir krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig vurdering av behov. I forarbeidene til tannhelsetjenesteloven, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982-83) Om lov om tannhelsetjenesten er det lagt til grunn at fylkeskommunens plikt må bedømmes konkret etter forholdene i den enkelte fylkeskommune, men at fylkeskommunen plikter å ha en tannhelsetjeneste av odontologisk forsvarlig standard. Bestemmelsen om ”nødvendig helsehjelp” er en rettslig standard, og det innebærer at

innholdet i bestemmelsen vil være dynamisk, innholdet vil endres med endrede forventninger ut fra faglig utvikling og endrede verdioppfatninger. I forbindelse med HELFOs saksbehandling av krav vil det kunne oppstå spørsmål om tannhelsehjelp som er mottatt i andre EØS-land, er å anse som nødvendig tannhelsehjelp i lovens forstand. I tvilstilfelle vil spørsmålet kunne forelegges den fylkeskommunen der pasienten er bosatt før HELFO fatter vedtak.

Første ledd bokstav d:

Helsehjelp i spesialisthelsetjenesten omfatter både undersøkelse og behandling i og utenfor institusjon som hører inn under helseforetakenes ”sørge-for”-ansvar som nevnt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, så lenge helsehjelpen ikke faller inn under den begrensning som fremgår av forskriften § 3 annet ledd.

Annet ledd:

Det er lagt til grunn at refusjonsordningen bare skal gjelde det EU-domstolen karakteriserer som ”ikke-sykehusbehandling”. I selve forskriften brukes ikke dette begrepet for å definere hva som omfattes av refusjonsordningen. Skillet er formulert på annen måte.

Grensen for hva som omfattes av refusjonsordningen følger ikke skillelinjene i organiseringen av den norske helsetjenesten. Avgrensningen som følger av § 3 annet ledd gjelder både ved helsehjelp som rent faktisk ytes på sykehus og helsehjelp som mottas utenfor sykehus. Den gjelder både for undersøkelse og behandling.

Undersøkelse eller behandling som medfører innleggelse eller et opphold over natten i institusjonen, anses som sykehusbehandling, og faller utenfor refusjonsordningen.

Refusjonsordningen omfatter heller ikke undersøkelse og behandling som forutsetter ressurser, utstyr eller behov for spesialisert eller tverrfaglig kompetanse som normalt forbindes med sykehusbehandling. Herunder kan nevnes undersøkelse/diagnostisering og behandling som

- er knyttet til kostbare investeringer
- er knyttet til særlig personellkrevende behandlingsopplegg
- utføres under utøvelse av høyspesialisert medisin
- innebærer bruk av kostnadsintensiv infrastruktur eller utstyr
- innebærer en særlig risiko for pasienten, hvor blant annet nærhet til intensivberedskap er nødvendig.

Til § 4:

Bestemmelsen omhandler hvilken personkrets som kan benytte refusjonsordningen i medhold av folketrygdloven § 5-24 a.

De som er pliktige medlemmer av folketrygden og er statsborger i Norge eller et annet EØS-land vil være hovedgruppen av de som kan benytte ordningen. Visse former for annen tilknytning til Norge kan medføre rett til stønad etter § 5-24 a. Dette følger av henvisningen til trygdeforordningene.

Trygdeforordning nr. 1408/71², og dennes gjennomføringsforordning (rådsforordning (EØF) nr. 574/72) gjelder som forskrift i henhold til forskrift 30. juni 2006 nr. 731 om inkorporasjon av trygdeforordningene i EØS-avtalen, med de vedtatte endringer og tilpasninger. Trygdeforordning nr. 1408/71 avløses av ny trygdeforordning nr. 883/2004³ som kom til anvendelse mellom EU-landene fra 1. mai 2010. Den nye forordningen kommer til anvendelse noe senere i forhold til Norge og de andre EØS/EFTA-landene, muligens i løpet av 2011. Den nye forordningen viderefører langt på vei de ordninger som gjelder, men enkelte forhold endres. Dette gjelder blant annet hvem som er kompetent til å utstede europeisk helsetrygdkort og forhåndsgodkjenning for helsehjelp i andre land etter trygdeforordningens regler til visse persongrupper. De nye reglene varierer i noen grad med oppgjørsformen mellom landene (oppgjør basert på faktiske kostnader eller standardiserte rundsumoppgjør).

Rettighetene etter trygdeforordning nr. 1408/71 er i utgangspunktet hovedsakelig begrenset til statsborgere i EØS-land⁴. For eksempel utstedes som hovedregel ikke europeisk helsetrygdkort (EHIC) til personer som bor i Norge og er medlem av folketrygden, men ikke er statsborger i et EØS-land. Unntak gjelder statsløse⁵ og flyktninger⁶ som bor i EØS-land, samt familiemedlemmer til personer som omfattes. Rettigheter i trygdeforordningen tilkommer også disse gruppene dersom de øvrige vilkår er oppfylt. Samme begrensninger gjelder etter refusjonsordningen i medhold av folketrygdloven § 5-24 a. Hvem som er stønadsberettiget må derfor utledes av den til enhver tid gjeldende trygdeforordning.

Annet ledd:

Unntaket gjelder bare helsehjelp mottatt i bostedslandet hvor pasienten i medhold av trygdeforordningen har rett til helsetjenester etter det landets lovgivning, men på Norges bekostning. Helsehjelp som pasienten mottar i et annet EØS-land enn Norge og bostedslandet, kan gi grunnlag for stønad etter folketrygdloven § 5-24 a.

Tredje ledd:

Se merknadene til § 3 første ledd bokstav c.

Til § 5:

I tillegg til at det må foreligge henvisning, resept eller rekvisisjon, er det en forutsetning for stønad at pasienten oppfyller de vilkår som gjelder for å få dekket tilsvarende tjeneste eller vare i Norge, jf. forskriften § 2.

² Rådsforordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse av trygdeordninger på arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende og deres familiemedlemmer som flytter innenfor Fellesskapet.

³ Europaparlaments- og rådsforordning (EF) nr. 883/2004 av 29. april 2004 om koordinering av trygdeordninger, jf. også Europaparlaments- og rådsforordning (EF) nr. 987/2009 av 16. september 2009 om nærmere regler for gjennomføring av forordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering av offentlige trygdeordninger.

⁴ Og Sveits i henhold til avtale. Fra 1. juni 2003 gjelder forordning nr. 1408/71 også for statsborgere fra land utenfor fellesskapet på grunnlag av forordning nr. 859/2003, men bare mellom EU-landene. Tredjelandsborgere er ikke omfattet i forhold til EØS-landene. Fra 1. september 2004 har tredjelandsborgere med tilknytning til de nordiske landene rettigheter i Norden tilsvarende det som følger av forordning nr. 1408/71, i medhold av nordisk konvensjon om trygd.

⁵ Som definert i konvensjon om statsløse personers status av 28. september 1954 artikkel 1.

⁶ Som definert i konvensjon om flyktningers stilling av 28. juli 1951 artikkel 1.

Annet ledd:

I tilfeller der behandlingslandet ikke har henvisningsordning for den aktuelle helsehjelpen, kan det ved legeerklæring dokumenteres at det ikke eksisterer slikt system og at allmennlegen har vurdert det dit hen at pasienten har behov for den helsehjelpen som det i Norge kreves henvisning for å få dekket.

Når behov for helsehjelp oppstår under midlertidig opphold i utlandet, vil det i mange tilfeller være aktuelt og mest naturlig å motta helsehjelp etter trygdeforordningens regler, jf. ordningen med europeisk helsetrygdkort (EHIC). Det er da behandlingslandets regler som gjelder, og pasienten betaler bare egenandel etter behandlingslandets system, slik at det ikke er aktuelt å kreve refusjon etter folketrygdloven § 5-24 a.

Tredje ledd:

Det bør bare helt unntaksvis være aktuelt å frafalle krav om henvisning etter tredje ledd, jf. annet ledd og ordningen med europeisk helsetrygdkort.

Fjerde ledd:

Utover at det må foreligge resept, må pasienten oppfylle de vilkår som gjelder for å få dekket legemidlet i Norge. Det vises til de generelle vilkår som gjelder i blåreseptordningen (refusjonsberettiget legemiddel, behov for langvarig bruk mv.) og eventuelle vilkår som er satt for refusjon av det enkelte legemiddel, jf. folketrygdloven § 5-14 og blåreseptforskriften. Dette gjelder for eksempel vilkår om bruk av "foretrukket legemiddel".

I Norge benyttes normalt en særskilt blankett ("blåresept") som sikrer at legen avgir erklæring med hensyn til behov for langvarig bruk m.v. Leger i andre EØS-land vil ikke bruke denne blanketten. Pasienten vil selv måtte bære risikoen for at stønad avslås dersom vilkårene ikke er oppfylt.

Pasienten må også kunne dokumentere at legemidlet er utlevert fra et apotek som har tillatelse i et EØS-land til salg av legemidler, og at legemidlet er utlevert til søkers personlige bruk. Disse dokumentasjonskravene vil gjennomgående kunne oppfylles ved resept og detaljert kvittering fra apoteket. Kjøp av legemidler ved forsendelse fra annet EØS-land (nettapotek eller lignende) omfattes ikke av refusjonsordningen. Helsetjenesten skal være mottatt i et annet EØS-land, jf. forskriften § 1.

Det kan ytes stønad for legemidler som ikke har markedsføringstillatelse i Norge, dersom det aktuelle legemidlet er generisk til legemidler med markedsføringstillatelse i Norge. I slike tilfeller kreves det ikke særskilt begrunnelse for hvorfor markedsført preparat ikke kan benyttes.

Legemidler som finansieres av de regionale helseforetakene er i hovedsak legemidler hvor finansieringsansvaret er overført fra blåreseptordningen. Det ytes bare stønad etter § 5-24 a, jf. forskriften § 3 første ledd bokstav d, dersom pasienten ville fått behandling med legemidlet i Norge, jf. nasjonale retningslinjer fastsatt for slik behandling.

Det gjelder krav om resept også for refusjon av utgifter til medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler. Refusjon for slike varer er basert på et omfattende pris- og produktlistesystem. For å kunne vurdere hvorvidt et aktuelt produkt er omfattet av pris- og produktlistene må det stilles krav til dokumentasjonen som pasienten legger ved refusjonskravet. Alle de opplysninger som er nødvendige for at HELFO skal kunne avgjøre kravet, må fremgå av

dokumentasjonen. Her vil særlig pakningsstørrelsen og leverandør- /artikkelnummer som fremkommer av pris- og produktlistene være sentrale.

Leverandør-/artikkelnummer er det katalognummeret produsent/importør opererer med i sine produktkataloger, og nummeret vil i all hovedsak være likt innen EØS-området. Størrelsen på pakningen vil også ha betydning for beregning av refusjonen, og må derfor også fremgå av den innsendte dokumentasjonen. I Norge utleveres medisinsk forbruksmaterieell vanligvis i apotek eller hos bandasjist, men dette er ikke et vilkår for stønad. Det stilles ikke særskilte krav om utleveringssted når forbruksmateriellet/næringsmidlet er kjøpt i et annet EØS-land.

Til § 6:

Det kreves ikke at helsepersonellet som utfører helsehjelpen i et annet EØS-land har norsk autorisasjon m.v. Det avgjørende vil være om helsepersonellet har autorisasjon for utøvelse av det aktuelle yrket i et EØS-land, eventuelt i henhold til reglene i Europaparlaments- og rådsdirektiv nr. 2005/36/EF om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner (kvalifikasjonsdirektivet). Vedkommende må lovlig kunne drive virksomhet som sådan i behandlingslandet. Helsepersonell som midlertidig yter tjenester i et annet land enn etableringslandet etter kvalifikasjonsdirektivets regler, kan praktisere under etableringslandets (og i noen tilfeller vertslandets) lovregulerte yrkestittel. I tillegg til tjenesteytere som er etablert i behandlingslandet, kan det derfor være aktuelt med refusjon av utgifter til helsehjelp ytt av helsepersonell som midlertidig yter tjenester i behandlingslandet. Forutsetningen er at tjenesteyteren har lovlig adgang til å drive slik midlertidig tjenesteyting, jf. kvalifikasjonsdirektivet, og at de øvrige vilkår er oppfylt, også når det gjelder kompetansekrav som stilles til tjenesteyteren.

Tjenesteyterens kompetanse kan gjennomgående dokumenteres ved utskrift fra behandlingslandets helsepersonellregister eller lignende eller kopi av kompetansedokument (autorisasjon/spesialistgodkjenning/diplom etc.).

Annet ledd:

I regelverket for stønad ved tannbehandling etter folketrygdloven § 5-6 er det for implantatbasert protetik og implantatkirurgi satt særskilte kompetansekrav til tannlegen som utfører behandlingen. For å kunne få stønad til implantatbasert protetik i Norge i medhold av folketrygdloven, må både tannlegen som setter inn implantatene (kirurgen), og tannlegen som utfører det protetiske arbeidet, ha nærmere angitt spesialistgodkjenning. Det er uttrykkelig fastslått at det gjelder et "både og"-krav for å få stønad, jf. forskrift 13. desember 2007 nr. 1412 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom § 3.

Når tannhelsehjelpen er mottatt i et annet EØS-land, kreves dokumentasjon for at tannlegen som har foretatt den kirurgiske innsettingen av implantater, innehar en av de aktuelle spesialitetene. Av disse er kjeve-/oralkirurger omtalt i kvalifikasjonsdirektivet. Spesialitet i oral protetik er derimot ikke omtalt i kvalifikasjonsdirektivet, og det er ikke alle EØS-land som har en slik spesialistgodkjenning. Når det gjelder den protetiske delen av behandlingen kan det derfor gis refusjon for behandling i land hvor spesialitet i oral protetik ikke eksisterer, dersom det etter en konkret vurdering av tjenesteyterens kompetanse kan anses tilstrekkelig sannsynliggjort at tjenesteyteren innehar samme realkompetanse som tjenesteytere som oppfyller de kompetansekravene som gjelder i Norge. Dette vil enten være tilsvarende kompetanse som spesialist i oralprotetik eller tilsvarende kompetanse som tannleger som har gjennomført kurs i implantatprotetik ved Universitetet i Bergen. Det er

ikke aktuelt å foreta konkret vurdering av kompetansen til utenlandske tannleger basert på vurdering av deres tidligere arbeider.

Når det gjelder stønad til manuellterapi, psykomotorisk fysioterapi (jf. folketrygdloven § 5-8 med forskrifter) og psykologhjelp (jf. folketrygdloven § 5-7) kan det gis refusjon dersom det etter en konkret vurdering av tjenesteyterens kompetanse kan anses tilstrekkelig sannsynliggjort at tjenesteyteren innehar samme realkompetanse som tjenesteytere som oppfyller de kompetansekravene som gjelder i Norge. Pasienten må da fremlegge dokumentasjon som bidrar til å sannsynliggjøre tjenesteyterens kompetanse. For stønad til manuellterapi mottatt i utlandet må derfor pasienten kunne dokumentere at behandlende fysioterapeut har en kompetanse tilsvarende mastergradutdanningen ved Universitetet i Bergen. På lignende vis må pasienter som krever refusjon av utgifter til psykomotorisk fysioterapi mottatt i utlandet kunne dokumentere at behandlende fysioterapeut har en kompetanse som tilsvarer den videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi som gis ved Høgskolen i Oslo. Godkjenning som spesialist i klinisk psykologi er en bransjeintern godkjenningsordning som følger retningslinjer gitt av Norsk psykologforening. For stønad til psykologhjelp mottatt i et annet EØS-land må pasienten kunne dokumentere at behandlende psykolog har en kompetanse tilsvarende de kravene som følger av retningslinjene. Dette omfatter også krav om klinisk praksis av et visst omfang.

Til § 7:

Bakgrunnen for de ulike måtene å beregne refusjonen på, er de norske systemene for offentlig finansiering av de forskjellige typene helsetjenester og varer.

Annet ledd:

For helsetjenester som i Norge finansieres gjennom flere kilder, for eksempel driftstilskudd og stønad fra folketrygden, bør refusjon for tilsvarende helsehjelp mottatt i andre EØS-land ikke være begrenset til satsen for stønad fra folketrygden. Det bør i noen grad også tas hensyn til annen offentlig finansiering i og med at dette utgjør en ikke ubetydelig del av finansieringen. Over tid vil det trolig utvikle seg en praksis for hvilket nivå refusjonen for ulike former for behandling ikke skal overstige. Det kan også være aktuelt å fastsette retningslinjer for hvordan HELFO skal praktisere refusjonsberegningen for enkelttjenester eller mer generelt.

Fjerde ledd:

For bidrag til legemidler etter folketrygdloven § 5-22 er det særskilte regler for egenbetaling og bidrag, som skiller seg fra reglene for stønad til legemidler etter folketrygdloven § 5-14.

Til § 8:

Første ledd:

De ordinære regler om fritak for betaling av egenandel kommer til anvendelse. Det skal altså ikke trekkes egenandel i de tilfellene hvor det ikke betales egenandel i Norge. Fritak for betaling av egenandel gjelder blant annet for barn (ulik aldersgrense avhengig av tjenestetype), for den som har frikort og for visse typer behandling. Videre er den som har fått godkjent en skade eller sykdom som en yrkesskade/yrkessykdom etter folketrygdloven kapittel 13, fritatt fra å betale offentlig fastsatt egenandel for helsehjelp knyttet til yrkesskaden/-sykdommen, jf. folketrygdloven § 5-25.

For helsehjelp som i Norge utføres poliklinisk ved helseinstitusjon, avhenger betaling av egenandel i noen grad av hva slags helsepersonell som har gitt helsehjelpen. Når det fremsettes krav av dekning av tilsvarende helsehjelp mottatt i et annet EØS-land, må det klart fremgå hva slags helsepersonell som har ytt helsehjelpen.

Annet ledd:

Egenandelen for legemidler m.v. som omfattes av annet ledd, beregnes i utgangspunktet i prosent av den faktiske prisen pasienten har betalt. Dersom prisen overstiger fastsatt trinnpris, refusjonspris, maksimalpris eller maksimumsbeløp i Norge, beregnes den prosentvise egenandelen i stedet ut fra denne begrensningen. Pasienten betaler det overskytende fullt ut, men dette inngår ikke i grunnlag for utstedelse av frikort, jf. femte ledd.

Tredje ledd:

Ungdom på 19 og 20 år betaler egenandel med 25 prosent for tannhelsehjelp i medhold av tannhelsetjenesteloven § 1-3 bokstav d. Egenandelen beregnes av faktisk utgift dersom denne er lavere enn de fastsatte takster.

Fjerde ledd:

Egenandeler som er gått til fradrag i refusjonsbeløpet, og som gjelder de typer helsetjenester som omfattes av egenandelstak 1 eller egenandelstak 2, jf. folketrygdloven § 5-3, skal inngå i grunnlaget for utstedelse av frikort på linje med egenandeler for helsehjelp mottatt i Norge. Dette gjelder ikke eventuelt overskytende beløp som pasienten ikke får dekket fordi kostnaden ved helsehjelpen i utlandet overstiger det som blir ansett refusjonsberettiget ut fra kostnaden ved tilsvarende behandling i Norge. Og på samme måte som ved helsehjelp i Norge, inngår ikke egenbetaling utover de offentlig fastsatte egenandelene (for de tjenestetyper der det er fri prisfastsettelse) i grunnlaget for utstedelse av frikort. Det beløp som kan inngå i beregningsgrunnlaget vil med andre ord være samme beløp som den offentlig fastsatte egenandelen ved helsehjelp mottatt i Norge. Ved prosentvis egenandel for legemidler m.v. vil beløpet kunne være noe lavere fordi egenandelen i utgangspunktet beregnes av den faktiske prisen, jf. annet ledd.

Egenandeler betalt for tannhelsehjelp i medhold av tannhelsetjenesteloven § 1-3 bokstav d inngår ikke noen av egenandelstakene.

Til § 9:

Det er en forutsetning for dekning av reise- og oppholdsutgifter at selve helsehjelpen (undersøkelsen/behandlingen) er stønadsberettiget. Refusjon av reiseutgifter vil måtte skje i etterkant av reisen når HELFO har fattet vedtak om hvorvidt selve helsehjelpen er stønadsberettiget (helt eller delvis). Reise kan derfor ikke bestilles gjennom helseforetakenes pasientreisekontor.

Bestemmelsen i § 9 omhandler retten til dekning av reise- og oppholdsutgifter og hvilket regelverk det skal vurderes etter. Hvem som skal behandle krav om dekning av reiseutgifter og dekke utgiftene er fastsatt i § 13.

Krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter fremsettes sammen med krav om stønad for helsehjelp mottatt i annet EØS-land, jf. § 13. HELFO videresender kravet om dekning av reise- og oppholdsutgifter til rett instans dersom det innvilges stønad for helsehjelpen.

Første og annet ledd:

Etter pasientrettighetsloven § 2-6 ytes som hovedregel bare dekning av reise- og oppholdsutgifter til det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis. Ved beregningen av refusjonen skal taksten for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel som hovedregel legges til grunn. Forskrift 4. juli 2008 nr. 788 om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling (syketransportforskriften) gir nærmere bestemmelser om dekningen. Dersom pasienten reiser lenger enn nødvendig (uten at tjenesteyteren er blant de som likestilles med den nærmeste etter forskriftens regler) dekkes reiseutgifter som om pasienten hadde reist til det nærmeste stedet der helsehjelpen kunne gis.

Når helsehjelpen er mottatt i et annet EØS-land, kan det gis dekning av reiseutgifter til det faktiske behandlingsstedet dersom dette er nærmere eller like nært som det nærmeste stedet i Norge der den aktuelle helsetjenesten kunne gis. Dette vil i hovedsak kunne være tilfelle i grensestrøk. Dersom avstanden til det faktiske behandlingsstedet er lenger, dekkes reiseutgifter som om pasienten hadde reist til det nærmeste stedet i Norge der helsehjelpen kunne gis.

For at Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (Pasientreiser ANS) skal kunne vurdere hva som er det nærmeste stedet i Norge der den aktuelle helsetjenesten kunne gis, må kravet om dekning av reiseutgifter inneholde opplysninger om helsehjelpens art som er tilstrekkelige til å sammenholde den med tjenestetilbudet i Norge, jf. § 13 annet ledd.

Fjerde ledd:

Regler for dekning av reiseutgifter i forbindelse med tannhelsehjelp i Den offentlige tannhelsetjenesten fastsettes av den enkelte fylkeskommunen, jf. tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd. Slike reiser omfattes ikke av pasientrettighetsloven § 2-6. Tilsvarende gjelder når tannhelsehjelpen er mottatt i et annet EØS-land. Pasienter må derfor henvende seg til Den offentlige tannhelsetjenesten i bostedsfylket for å få nærmere kunnskap om dekning av reiseutgifter. Fylkeskommunene også skal være ansvarlig for saksbehandlingen av fremsatte krav, jf. forskriften § 13 siste ledd.

Til § 10:

Pasienten må selv betale for helsehjelpen i utlandet og fremsette krav om stønad etterpå.

Folketrygdlovens saksbehandlingsregler kommer til anvendelse med tillegg av de særskilte reglene som er fastsatt i forskriften. I henhold til folketrygdloven § 21-1 gjelder forvaltningsloven med de særlige bestemmelser som er gitt i folketrygdloven kapittel 21.

Fristen for å fremsette krav er i utgangspunktet seks måneder etter at kravet tidligst kunne ha vært satt frem, jf. folketrygdloven § 22-13.

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har utarbeidet rutiner for samhandling i og med at det er NAV som behandler spørsmål om medlemskap i folketrygden, mens medlemskap gjennomgående er en forutsetning for stønad i saker som HELFO behandler etter folketrygdloven kapittel 5. Departementet legger til grunn at pasienten selv må kontakte NAV med krav om å få avgjort spørsmålet om medlemskap i folketrygden dersom pasienten er uenig i HELFOs vurdering av medlemskapet ved avslag på refusjon. Det samme gjelder dersom HELFO ikke kan ta stilling til refusjonssaken fordi det er tvil om pasientens medlemskap i folketrygden. Klage over avgjørelse av medlemskapsspørsmålet behandles i NAV-systemet.

Behandling av krav på dekning av reise- og oppholdsutgifter reguleres i § 13. Slike krav behandles av andre instanser og tas ikke til behandling med mindre HELFO har fattet vedtak om at selve helsehjelpen er stønadsberettiget.

Til § 11:

Skjema for fremsettelse av krav vil være tilgjengelig på HELFOs nettsider. Det er et særskilt skjema for tannbehandling.

Til § 12:

Første ledd:

Det svares vanligvis ikke renter av stønad etter folketrygdloven for perioden frem til utbetaling, men se folketrygdloven § 22-17 hvoretter det svares renter i særskilte tilfeller, jf. § 22-17.

Annet ledd:

Bestemmelsen har sammenheng med at HELFO skal behandle refusjonskravene, men at refusjonsutgiftene ikke skal belastes folketrygden i alle tilfeller, jf. tredje til sjette ledd.

Tredje til sjette ledd:

Det vises også til kommunehelsetjenesteloven § 5-1 sjette ledd, tannhelsetjenesteloven § 5-1 fjerde ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 fjerde ledd.

Kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak skal fullt ut dekke refusjonsutgiftene for behandling som i Norge omfattes av deres "sørge for"-ansvar. Utgiftene skal dekkes innenfor basisbevilgningen, respektive de frie inntektene. Det gis ikke aktivitetsbasert delfinansiering fra staten (for eksempel ISF-refusjon og stønad fra folketrygden). Dette gjelder også den andel av refusjonsbeløpet som utbetales fordi pasienten er fritatt for å betale egenandel, for eksempel fordi vedkommende har frikort.

Fordelingen av utgiftene innen det enkelte forvaltningsnivå vil gjennomgående være basert på hvor pasienten var registrert bosatt på behandlingstidspunktet.

Til § 13:

Bestemmelsen fastsetter hvem som skal behandle krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter og dekke utgiftene. Bestemmelsen i § 9 fastsetter retten til dekning av reise- og oppholdsutgifter og hvilket regelverk det skal vurderes etter.

På samme måte som i Norge er det de regionale helseforetakene som har ansvar for å behandle krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter knyttet til helsehjelp etter folketrygdloven kapittel 5 også når det gjelder helsehjelp som omfattes av kommunenes "sørge for"-ansvar. Dette gjelder helsehjelp hos allmennlege, jordmor og fysioterapeut. Reise- og oppholdsutgiftene dekkes også av de regionale helseforetakene.

Det er en forutsetning for dekning av reise- og oppholdsutgifter at selve helsehjelpen (undersøkelse/behandling) er stønadsberettiget. Refusjon av reiseutgifter vil måtte skje i etterkant av reisen når HELFO har fattet vedtak om hvorvidt selve helsehjelpen er stønadsberettiget. Reise kan derfor ikke bestilles gjennom helseforetakenes pasientreisekontor.

I og med at kravet om dekning av reiseutgifter skal fremsettes for HELFO sammen med krav om stønad for selve helsehjelpen, er fristen den samme. Fristen for å fremsette krav om dekning av reiseutgifter avbrytes når kravet er fremsatt for HELFO. Det vil ikke være avgjørende når HELFO videresender kravet til Pasientreiser ANS eller fylkeskommunen.

Til § 14:

Bestemmelsen skal sikre at en pasient ikke får dekket de samme utgiftene etter flere ordninger.

Pasienter som har fått behandling i utlandet på det offentliges bekostning, for eksempel etter reglene i pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde eller femte ledd, vil naturligvis ikke ha krav på stønad etter folketrygdloven § 5-24 a. Dette gjelder også behandlingsreiser til utlandet som finansieres gjennom en egen tilskuddsordning på statsbudsjettet. Bidragsordningen for fysioterapi i utlandet etter folketrygdloven § 5-22 avvikles parallelt med innføringen av den nye refusjonsordningen, jf. forskriften § 17.

Når en pasient har fått helsehjelp i et annet EØS-land med europeisk helsetrygdkort etter reglene i den til enhver tid gjeldende trygdeforordning er det heller ikke aktuelt med stønad etter § 5-24 a. Pasienten har da gjennomgående bare betalt egenandel etter behandlingslandets regler.

Hvis vilkårene for stønad er oppfylt både etter folketrygdloven § 5-24 og § 5-24 a, kan pasientene velge hvilken ordning de vil fremsette krav etter. Dekningen etter de to ordningene vil kunne være ulik i og med at stønaden beregnes på forskjellig måte. Det gis kun stønad etter én av ordningene, selv om utgiftene eventuelt ikke dekkes fullt ut etter den valgte ordningen.

Skatteloven § 6-83 har regler om særfradrag for skattytere som har usedvanlig store sykdomskostnader. Dersom pasienten ved slikt fradrag har fått (eller vil få) dekket deler av utgiftene til helsehjelp som er stønadsberettiget etter forskriften her, må pasienten gjøre oppmerksom på det i forbindelse med stønadskravet. Det bør da tas hensyn til effekten av særfradraget ved beregningen av stønadsbeløp. Alternativt må pasienten ta opp saken med ligningsmyndighetene, slik at det ikke gis fradrag for utgifter pasienten har fått refundert.

Til § 15:

Reglene om eldre krav er fastsatt i lov 19. juni 2009 nr. 72 om endringer i folketrygdloven m.m. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land) punkt VI nr. 2.

På samme måte som for krav vedrørende helsehjelp mottatt etter ikrafttredelsen, vil det være avgjørende om de vilkårene som gjaldt på behandlingstidspunktet er oppfylt.

Til § 16:

Se § 15 om krav om stønad for helsehjelp mottatt de siste tre årene før ikrafttredelsen.

Til § 17:

Ordningen med bidrag til fysioterapi i utlandet på visse vilkår etter folketrygdloven § 5-22 opphører fra samme tidspunkt som refusjonsordningen etter § 5-24 a trer i kraft.

Annet ledd:

For å dekkes i medhold av overgangsordningen må behandlingen være påbegynt innen 6 måneder etter at henvisende behandler utstedte henvisningen.

Til § 18:

Nr. 1:

Endringen har sammenheng med endringer i pasientskadeloven § 19 annet punktum.

Nr. 2 og 3:

Endringene er nødvendige for at egenandeler som er kommet til fradrag i beregningen av stønad etter § 5-24 a, skal tas med i beregningsgrunnlaget for frikort etter egenandelstak 1 og 2.