

Folketrygdloven kapittel 5

Utgått og erstattet av nytt rundskriv 1. juli 2022

KAPITTEL

. Rundskriv til folketrygdloven § 5-24 a – Stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land

Sist faglig oppdatert: 09. desember 2020

1. Innledning

Revidert i sin helhet den 05.05.2020 av Helsedirektoratet.

Sist endret 09.12.2020.

EU-domstolen har slått fast at EU-traktatens prinsipp om fri bevegelighet av tjenester også omfatter helsetjenester. Prinsippet om fri bevegelighet av tjenester medfører dermed at pasienter har rettigheter som tjenestemottakere.

Pasientrettighetsdirektivet ble implementert i EU i oktober 2013, og er en kodifisering av EU-domstolens rettspraksis. Direktivet ble EU- rettslig bindende for Norge først den 1. august 2015, men ble likevel implementert nasjonalt og gitt virkning fra og med den 1. mars 2015. Direktivet er implementert i norsk rett gjennom [folketrygdloven § 5-24 a](#), samt tilpasninger i spesialisthelsetjenesteloven, helse- og

omsorgstjenesteloven, samt pasient- og brukerrettighetsloven. Refusjonsordningen som oppstilles i medhold av folketrygdloven § 5-24 a er nærmere beskrevet i [forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land](#). Forskriftens personkrets og virkeområde ble imidlertid endret den 28. november 2019, slik at tredjelandsborgere også kan oppstilles refusjonsrett etter folketrygdloven § 5-24 a, samt at enkelte persongrupper kan få refundert utgifter etter folketrygdloven § 5-24 a i forbindelse med behandling mottatt i Norge. Endringene er gitt tilbakevirkende kraft til 1. august 2015 (da direktivet ble EU- rettslig bindende for Norge), og er nærmere beskrevet i dette rundskrivet.

Denne refusjonsordningen begrenser seg til helsehjelp mottatt innenfor [EØS-området](#). Dette fremgår av forskriftens § 1. EØS-området består av EU-landene, samt EFTA-landene Island, Liechtenstein og Norge. Refusjonsordningen gjelder ikke i forbindelse med helsehjelp mottatt i Sveits. Behandling mottatt i Sveits vurderes etter [Europaparlamentets- og rådsforordning nr. 883/2004](#) (heretter kalt trygdeforordningen).

Ved telemedisin anses behandlingen utført i det landet hvor behandleren befinner seg. Det gis imidlertid ikke stønad til telemedisin etter folketrygdloven § 5-24 a med mindre dette omfattes av norske stønadsregler.

Refusjonsordningen innebærer ingen utvidelse av hvilke helsetjenester en pasient har rett til å motta og få dekket, men innebærer kun en økt valgfrihet med hensyn til hvor behandlingen kan mottas. Utgangspunktet er at pasientens rett til helsetjenester og dekning av utgifter til slike begrenser seg til helsetjenester som tilsvarer tjenestene vedkommende ville fått i bekostet av det offentlige i Norge. Hovedregelen er at de samme vilkårene som ligger til grunn for den mottatte tjenesten må være oppfylt ved refusjon av utgifter til helsehjelp innenfor EØS som om tjenesten var mottatt i Norge. Dette fremgår av forskriftens § 2. For å vurdere krav om refusjon av utgifter etter folketrygdloven § 5-24 a, ses det følgelig hen til de nasjonale vilkårene som gjelder for den aktuelle helsetjenesten (legemidler, tannhelse, legehjelp osv.). Hvilke typer helsehjelp som er omfattet av refusjonsordningen er nærmere omtalt i forskriftens § 3.

Det er fastsatt en rekke vilkår i forskrifter og i rundskriv vedrørende de ulike stønadsformer som omfattes av folketrygdloven kapittel 5, i tillegg til vilkår som følger av lovbestemmelsene. Det er også utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for ulike typer behandling.

I forskriften til folketrygdloven § 5-24 a er det gjort visse unntak fra det norske regelverket. For eksempel gir forskriftens §§ 5 og 6 enkelte særkrav til tjenesten (henvisninger, resepter og rekvisisjon) og til tjenesteyteren (autorisasjon med mer). Det er også gjort enkelte særtilpasninger i tilfeller der det norske regelverket har vilkår som ikke kan anvendes når helsehjelpen mottas i utlandet. Dersom det er åpenbart at et vilkår ikke kan gjøres gjeldende på samme måte som i Norge, og det ikke er gjort unntak eller uttrykkelige tilpasninger i forskriften, gjelder vilkåret så langt det passer. Sistnevnte er en svært snever unntaksregel.

Helsehjelp som ikke er godkjent i Norge vil ikke være stønadsberettiget etter folketrygdloven § 5-24 a. I dette ligger at helsehjelp som ikke dekkes i Norge fordi det er å anse som forskning, kosmetisk, alternativ eller eksperimentell behandling eller lignende, heller ikke vil dekkes etter folketrygdloven § 5-24 a.

Det vil heller ikke bli gitt refusjon for helsehjelp som i Norge 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.

Videre stiller folketrygdloven § 5-24 a heller ingen krav om at behandlingen som en pasient har mottatt i utlandet skal være gitt av tjenesteyter tilknyttet det offentlige helsevesenet i behandlingslandet (se forskriftens § 6), og en rettighetshaver kan derfor få refundert utgifter til behandling mottatt hos en privat helseaktør i utlandet.

Forskriftens § 4 inneholder regler om hvem som omfattes av refusjonsordningen. Hvem som er omfattet av refusjonsordningen har sitt utgangspunkt i pasientrettighetsdirektivets artikkel 7. Artikkel 7 viser til at kostnader som søkes refundert etter pasientrettighetsdirektivet skal bæres av pasientens såkalte "tilknytningsstat". Tilknytningsstat viser i hovedsak til den staten som har ansvaret for å utstede forhåndsgodkjenning for personer som ønsker planlagt behandling utenfor bostedsstaten etter bestemmelsene i trygdeforordningene. Dette innebærer at personkretsen som gis rett etter folketrygdloven § 5-24 a delvis bygger på trygdeforordningens bestemmelser. Dette er operasjonalisert i § 4 i forskrift til folketrygdloven § 5-24 a, hvor det fremgår at retten til stønad gjelder medlem av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester, og andre som omfattes av Norges ansvar for å refundere utgifter etter Europaparlaments- og rådsdirektiv [2011/24/EU](#) artikkel 7. Personkretsen er nærmere beskrevet i dette rundskrivets pkt 3.

Refusjonsordningen kan også få anvendelse for enkelte personer i tilfeller der helsehjelpen er mottatt i Norge. Dette følger av forskriftens § 1 første ledd. For at folketrygdloven § 5-24a skal kunne anvendes i forbindelse med behandling mottatt i Norge, forutsettes det at pasienten enten er en utenlandsboende person med pensjon fra Norge (samt denne personens familiemedlemmer), eller en grensarbeideres utenlandsboende familiemedlemmer (se pkt 3.2). Det gis ikke stønad for helsehjelp som ikke gis på det offentlige bekostning (refusjonsordningen innebærer heller ikke med tanke på behandling i Norge en utvidelse av hvilke tjenester en person kan motta og få refundert) , og helsehjelpen som disse personene mottar i Norge kan ikke være gitt av en privat tjenesteleverandør uten tilknytning til den offentlige helsetjenesten (se pkt 5.5). Helsehjelpen kan heller ikke være underlagt en forhåndsgodkjenningsordning i bostedslandet (3.2.1). Videre må de samme vilkårene for helsehjelp som gjelder for det enkelte tjenestetilfellet også oppfylles for at utgifter kan refunderes. De nasjonale vilkårene for tjenesteytelsen legges med andre ord til grunn når de nevnte persongruppene mottar behandling i Norge. Dette rundskrivet beskriver ikke disse vilkårene.

Personer som er vurdert til å ha rett til «nødvendig helsehjelp» innenfor spesialisthelsetjenesten i Norge, kan søke Helfo om forhåndstilsagn. Dette følger av forskriftens § 9a.

Siden refusjonsordningen er forankret i folketrygdloven kapittel 5, vil de generelle saksbehandlingsreglene som gjelder for andre saker etter kapittel 5 komme til anvendelse, med mindre det er fastsatt særregler. Slike regler er gitt i forskriftens § 10.

Det stilles krav til at brukeren selv er ansvarlig for å fremskaffe tilstrekkelig dokumentasjon, og ved behov få denne oversatt når den er på andre språk. Dokumentasjonskravene er omtalt i forskriftens § 11.

Søknader om refusjon av utgifter til helsehjelp etter folketrygdloven § 5-24 a skal behandles av Helfo, som også utbetaler beløpet til brukeren. Finansieringsansvaret følger imidlertid «sørge for»-ansvaret, og er derfor fordelt mellom Helfo/folketrygden, kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene, se forskriftens § 12.

Krav om oppholds- og reiseutgifter skal enten behandles av Pasientreiser ANS eller fylkeskommunene, jf. forskriftens § 13. Krav om oppholds- og reiseutgifter skal likevel sendes til Helfo sammen med refusjonskravet for selve helsehjelpen.

Forholdet til andre regler om stønad til helsehjelp mottatt i utlandet omtales i forskriftens § 14. Et grunnleggende prinsipp er at det ikke ytes refusjon etter to ordninger for det samme kravet (dobbeltdekning). De mest aktuelle alternative ordningene for dekning av utgifter til helsehjelp i andre EØS-land følger av trygdeforordningen.

2. Hvilke typer helsehjelp det ytes stønad til

Det fremgår av [forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land § 3](#) at stønad ytes for helsehjelp som «tilsvarer» følgende helsetjenester:

- helsetjenester og varer som det ytes stønad til etter [folketrygdloven kapittel 5](#), med visse unntak
- tannhelsetjenester som fylkeskommunen yter gratis eller mot delvis vederlag til lovpålagte prioriterte grupper
- spesialisthelsetjenester som i Norge ytes etter spesialisthelsetjenesteloven

Hva som ligger i «tilsvarende helsehjelp» er et vurderingstema. Det er viktig å merke seg at ordet «tilsvarende» peker tilbake på både den type behandler som benyttes og type helsehjelp som velges for den enkelte pasient. Begrepet "tilsvarende helsehjelp" beskrives nærmere i dette rundskrivets pkt 2.3.

2.1 Tjenester og varer etter folketrygdloven kapittel 5

Det ytes kun stønad til «nødvendige utgifter» for helsehjelp som i Norge ytes stønad etter folketrygdloven kapittel 5. Dette er nærmere omtalt i folketrygdloven § 5-1. Nødvendighetskriteriet knytter seg til utgifter som påløper i forbindelse med helsehjelp, men forutsetter også at helsehjelpen som ytes er nødvendig med hensyn til sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel eller svangerskapsavbrudd. Helsehjelp som ikke er medisinsk nødvendig gir således ikke rett til stønad.

Når det gjelder bidrag etter § 5-22 omfattes kun legemidler ved infertilitetsbehandling og hormonelle prevensjonsmidler til kvinner mellom 16 og 20 år. De øvrige formålene i bidragsordningen omfattes ikke av refusjonsordningen i folketrygdloven § 5-24 a. Det ytes heller ikke stønad til fødsel utenfor institusjon, som i Norge ytes etter folketrygdloven § 5-13.

2.2 Tannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven

Når det gjelder tannbehandling etter tannhelsetjenesteloven, omfatter refusjonsordningen kun de lovpålagt prioriterte gruppene i [tannhelsetjenesteloven § 1-3 punktene a til d](#):

- Barn og ungdom under 18 år
- Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
- 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 pasienter som er selvbetalende i Norge. Dette er også presisert i forskriftens § 4 siste ledd.

Den tannhelsehjelp det skal ytes stønad for, er bare slik tannhelsehjelp som ville blitt gitt i Den offentlige tannhelsetjenesten dersom 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 til, 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 (1982-1983) 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.

«Nødvendig helsehjelp» er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet i bestemmelsen vil være dynamisk, innholdet vil for eksempel kunne endres i tråd med faglig utvikling.

2.3 Helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven

Helsehjelp i spesialisthelsetjenesten omfatter både utredning og behandling i og utenfor institusjon som hører inn under helseforetakenes «sørge-for»-ansvar, jf. [spesialisthelsetjenesteloven %C2%A7 2-1 a](#).

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a at de regionale helseforetakene har plikt til å sørge for at egen regions pasienter tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon. Bestemmelsen nevner hovedgruppene av tjenester som dette ansvaret omfatter, men gir ingen detaljert liste over det nærmere innholdet i hva pasienter har krav på av helsehjelp. Det innebærer at formuleringen «helsehjelp som tilsvarende ... » gir større rom for skjønnsutøvelse enn det som er tilfelle der lovgivningen er mer detaljert. Det foreligger en rekke nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som angir nasjonale behandlingsnormer.

«Tilsvarende helsehjelp»

Flere hensyn er sentrale i vurderingen av hva som er «tilsvarende helsehjelp». Refusjonsordningen må sørge for at pasienter har en reell mulighet til å velge helsehjelp i andre EØS-land, selv om tilbudet i utlandet ikke er identisk med det norske helsetilbudet. Samtidig må det ikke åpnes for dekning av utgifter til helsetjenester i utlandet som medfører at det offentlige får finansielt ansvar for tjenester som ikke ville blitt gitt i Norge. Dette grenser til reglene i pasient- og brukerrettighetsloven om rett til behandling i utlandet ved manglende adekvat helsehjelp i Norge.

For å være stønadsberettiget etter [folketrygdloven %C2%A7 5-24 a](#), må helsehjelpen som en pasient har mottatt eller fått tilbud om i utlandet enten være lik eller sammenlignbar med den helsehjelpen pasienten ville fått bekostet i den offentlige helse- og omsorgstjenesten i Norge. For å avgjøre dette, ses det hen til nasjonale retningslinjer, veiledere mm. Der dette ikke finnes, benyttes følgende momenter for å vurdere hvorvidt helsehjelpen er sammenlignbar med helsehjelpen i Norge:

- Hva som er den forventede dokumenterte nytten av helsehjelpen i utlandet.
- Hvorvidt de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.
- Hva som er benyttet metode og utstyr.
- Hvorvidt det foreligger ulikheter i risiko for komplikasjoner ved helsehjelpen

De to første kulepunktene viser til de sentrale kriteriene i prioriteringsforskriften, og må være oppfylt for at en pasient skal bli vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Det er et absolutt krav at helsehjelpen i utlandet må være vitenskapelig dokumentert eller etter akseptert metode i henhold til internasjonal medisin.

Videre forutsettes det at det er medisinsk indikasjon for at helsehjelpen ville blitt gitt til den aktuelle pasienten i Norge. I dette ligger at vurderingene skal gjøres på individnivå, og bygge på en klinisk vurdering av den enkelte pasient.

Legemiddellassistert rehabilitering omfattes ikke av refusjonsordningen.

2.4 Legemidler som i Norge ytes etter spesialisthelsetjenesteloven

Refusjonsordningen gir rett til å få refundert utgifter til legemidler som inngår i et behandlingsopplegg i sykehus i et annet EØS-land.

Refusjon for legemidler ytes kun dersom pasienten ville fått behandling med legemidlet i Norge, jf. nasjonale retningslinjer / terapianbefalinger fastsatt for slik behandling. Det er en forutsetning at det foreligger indikasjon for bruk av legemiddelet på den aktuelle pasienten. Det kan refunderes for legemidler som ikke har markedsføringstillatelse i Norge, dersom det aktuelle legemidlet er generisk til legemidler som pasienten ville fått behandling med i Norge.

Nasjonale retningslinjer innenfor de ulike diagnoseområder gir viktige føringer for medikamentelle behandlingsopplegg i sykehus, spesielt ved behandling av ulike kreftformer.

H-reseptordningen omfatter en rekke kostbare legemidler forskrevet til pasienter med alvorlige kroniske lidelser som oppfølgende behandling. Legemidler til denne pasientgruppen omfattes også av [folketrygdløven § 5-24 a](#). For disse legemidlene er utgangspunktet at resept må være utstedt av helsepersonell som praktiserer i Norge. Se rundskrivets punkt 4.2.

3. Personkrets

[Endret 12/20]

§ 4 i forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS- land inneholder nærmere beskrivelser av hvilke persongrupper som gis rett til stønad etter folketrygdlovens § 5-24a. Det skilles mellom hvem som gis rett til stønad for helsehjelp mottatt i andre EØS- land enn Norge, og hvem som gis rett til stønad for helsehjelp mottatt i Norge.

3.1 Personer med rett til helsehjelp i andre EØS- land enn Norge

[Folketrygdlovens § 5-24 a](#) gjelder for de personer som omfattes av Norges ansvar for å refundere utgifter slik det fremgår av direktivets artikkel 7. Artikkel 7 viser til de persongruppene som Norge er å anse som såkalt "tilknytningsstat" for. I henhold til direktivets artikkel 3 bokstav c) betyr tilknytningsstat den staten som har ansvar for å utstede forhåndstillatelse til en person som søker planlagt behandling utenfor bostedsstaten i henhold til trygdeforordningen. Vi viser her til [rundskriv til EU-forordningene 883/2004 og 987/2009](#) for en nærmere beskrivelse av reglene som bestemmer hvilken stat som er ansvarlig for å utstede forhåndstillatelse i forbindelse med planlagt behandling utenfor bopelsstaten.

Pasientrettighetsdirektivets artikkel 7 vil i de fleste tilfeller innebære at medlemmer av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester kan anvende folketrygdlovens § 5-24a utenfor Norge.

Folketrygdmedlemmer som ikke har Norge som sin tilknytningsstat, vil ikke kunne benytte seg av refusjonsordningen i andre EØS-land. For folketrygdmedlemmer som omfattes av ordningen, stilles ingen vilkår knyttet til medlemmets statsborgerskap. Dette innebærer at også tredjelandsborgere som er medlemmer av folketrygden kan ha rett til stønad etter folketrygdloven § 5-24a for helsetjenester mottatt i andre EØS-land. Fravikelsen av kravet til statsborgerskap følger av forskriftsendringen av 28. november 2019, og er gitt tilbakevirkende kraft til 1. august 2015.

Medlemskap i folketrygden reguleres i [folketrygdloven kapittel 2](#). Det er NAV som har forvaltningsansvaret for folketrygdlovens medlemskapsbestemmelser, og dette rundskrivet gir følgelig ingen nærmere beskrivelser av medlemsskapsreglene.

Personer som er bosatt i et annet EØS-land og som både har rett til helsehjelp der på Norges bekostning etter trygdeforordningene og samtidig er omfattet av personkretsen i folketrygdloven § 5-24 a, har ikke rett til dekning etter § 5-24 a for helsehjelp mottatt i bostedslandet. Derimot kan de ha rett til stønad etter § 5-24 a hvis de mottar helsehjelpen i et annet EØS-land enn bostedslandet.

For personer som er bosatt i et land som krever rundsum og vedkommende er omfattet av rundsummen, så legger forordningen til grunn at staten som er ansvarlig for utstedelse av forhåndsgodkjenning er bostedsstaten (dette følger av artikkel 20(4) og 37 (5) av forordning 883/2004, samt 26(1) av forordning 987/2009). Dette innebærer at bostedsstaten, som er ansvarlig for å utstede forhåndsgodkjenning etter forordningen, er å anse som tilknytningsstat etter direktivet. Dette betyr at de angjeldende personene (dvs de som er omfattet av et lands rundsum) følgelig må fremme eventuelle krav om dekning av utgifter til planlagt behandling i tredjeland henhold til pasientrettighetsdirektivets bestemmelser for bostedslandets myndigheter. Dette innebærer også at i tilfeller disse personene innehar et medlemskap i folketrygden, så vil ikke medlemskapet i seg selv medføre en rett til å kunne fremme krav om refusjon for utgifter til helsetjenester påløpt i et tredjeland etter folketrygdloven § 5-24 a; Norge oppstiller følgelig ikke stønadsrett etter folketrygdloven § 5-24 a for personer som har et annet EØS-land som sitt tilknytningsland.

Eksempler:

- En norsk arbeidstaker i Belgia som har mottatt blankett S1 (tidligere E 106) fra Norge ønsker å utføre behandling i Tyskland. Siden Norge er ansvarlig for å utstede forhåndsgodkjenning til vedkommende i henhold til forordningen, er Norge å anse som vedkommendes tilknytningsland. Vedkommende kan da søke refusjon etter folketrygdloven [§ 5-24 a](#) i forbindelse med behandling i Tyskland. Det samme vil gjelde vedkommendes familiemedlemmer som bor sammen med ham i Belgia.
- En spansk arbeidstaker som jobber i Norge og som regnes som bosatt her, oppfylder vilkårene for rett til stønad etter folketrygdloven § 5-24 a og kan benytte seg av refusjonsordningen i andre EØS-land enn Norge (også i Spania). Hans forsørgede familiemedlemmer som bor i Spania omfattes imidlertid ikke av refusjonsordningen, ettersom Norge betaler rundsum til Spania for disse (de har S1 / tidligere E 109 fra Norge). Spania har ansvaret for å utstede forhåndsgodkjenning til disse familiemedlemmene etter forordningen, og regnes da som familiemedlemmenes tilknytningsstat. Familiemedlemmene må derfor søke spanske myndigheter om refusjon etter pasientrettighetsdirektivet.
- Polsk arbeidstaker som jobber for norsk arbeidsgiver i Norge, men som regnes som bosatt i Polen (med S1 / tidligere E 106 fra Norge) vil ha Norge som tilknytningsstat, ettersom Norge etter trygdeforordningen har ansvaret for å utstede forhåndsgodkjenning for vedkommende. Arbeidstakeren og eventuelle familiemedlemmer som også er bosatt i Polen omfattes av refusjonsordningen, og kan kreve refusjon av utgifter etter folketrygdloven § 5-24 a. De kan

imidlertid ikke kreve refusjon etter folketrygdloven § 5-24 a for behandling mottatt i bostedslandet Polen.

- Norsk pensjonist bosatt i Spania med dokument S1 (tidligere E 121) fra Norge kan ikke benytte seg av folketrygdloven § 5-24 a for å få dekket utgifter til helsetjenester i andre EØS- land, ettersom Norge betaler rundsum til Spania. Gjennom rundsummen blir Spania å anse som vedkommendes tilknytningsland, ettersom Spania er ansvarlig for å utstede forhåndsgodkjenning etter forordningen. Spania er derfor ansvarlig for deres helseutgifter.
- Norsk pensjonist bosatt i Tyskland med dokument S1 (tidligere E 121) fra Norge, er derimot omfattet av refusjonsordningen, og kan kreve refusjon etter folketrygdloven § 5-24 a. Dette følger av at Norge dekker helsehjelp etter faktiske utgifter for denne pensjonisten (Tyskland krever ikke rundsum), og Norge er således den staten som er ansvarlig for å utstede forhåndsgodkjenning til denne personen etter forordningen (Norge er tilknytningsstat).
- Nederlandsk pensjonist bosatt i Norge med dokument S1 (tidligere E121) fra Nederland har Norge som tilknytningsland. Dette fordi Norge krever rundsum og følgelig har ansvaret for utstedelse av forhåndsgodkjenning etter forordningen. Pensjonisten kan da kreve refusjon etter folketrygdloven § 5-24 a for behandling i andre EØS- land (med unntak av i Nederland som pensjonsutbetalende land).

3.2 Personer med rett til dekning av utgifter etter folketrygdloven § 5-24 a for helsehjelp i Norge

Refusjonsordningen kan også få anvendelse i enkelte tilfeller der helsehjelpen er mottatt i Norge. Dette følger av pasientrettighetsdirektivets artikkel 7.2.b, og ble implementert med forskriftsendringen av 28. november 2019, og er gitt tilbakevirkende kraft til 1. august 2015. Denne retten gjelder utelukkende for personer med pensjon fra Norge som er bosatt i et annet EØS- land, og som grunnet Norges fraværende oppføring i vedlegg IV til trygdeforordning 883/2004 har begrenset rett til å motta helsehjelp i Norge etter forordningen. Ordningen omfatter også deres familiemedlemmer. I tillegg omfattes grensearbeideres familiemedlemmer, som på grunn av Norges oppføring i Vedlegg III til forordning 883/2004 har begrenset rett til naturalytelser i Norge etter forordningen. Definisjonen av grensearbeider fremgår av trygdeforordningen (forordning 883/2004) artikkel 1 f).

Når det i forordningen vises til at disse persongruppene har begrensede rettigheter til naturalytelser i Norge, menes det at de *etter forordningen* ikke har rett til å kunne motta planlagt behandling i Norge. Disse persongruppene har etter forordningen rett til å motta helsehjelp som har blitt nødvendig gjort under et midlertidig opphold her, men de har etter forordningen ingen umiddelbar rett til å motta og få dekket utgifter til planlagt behandling her. Direktivet oppstiller derimot denne retten for disse personene gjennom artikkel 7.2.b.

Dette innebærer at norske pensjonister og deres familiemedlemmer som er bosatt i andre EØS- land vil ha rett til å motta planlagt behandling i Norge og til å søke Helfo om utgiftsrefusjon etter folketrygdloven § 5-24 a. Det samme gjelder for grensearbeideres utenlandsbosattes familiemedlemmer.

3.2.1 Vilkår: Tjenesten kan ikke være omfattet av forhåndsgodkjenning i bostedsland

Det er et vilkår for at nevnte persongrupper kan anvende refusjonsordningen ved behandling i Norge at mottatt behandling ikke er omfattet av noen forhåndsgodkjenningsordning i bostedslandet. Dersom mottatt behandling i Norge er omfattet av en forhåndsgodkjenningsordning i bostedslandet, vil vedkommende ikke kunne få refundert utgifter påløpt i Norge etter folketrygdlovens § 5-24 a.

Eksempel:

- En norsk pensjonist er bosatt i Danmark, og ønsker å motta *sykehusbehandling* i Norge. Danmark har etablert en forhåndsgodkjenningsordning i henhold til pasientrettighetsdirektivet, og

behandlingen den norske pensjonisten ønsker å motta er omfattet av denne forhåndsgodkjenningsordningen. Den norske pensjonisten har da ikke anledning til å få refundert utgifter fra Helfo etter folketrygdloven § 5-24 a for denne behandlingen i Norge.

4. Henvisning, resept og rekvisisjon

I [forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land § 5](#) er de gjeldende tilpasninger og unntak når det gjelder henvisning, resept og rekvisisjon regulert.

4.1 Henvisning

Som hovedregel skal det foreligge henvisning i de tilfeller hvor det er et krav om henvisning for tilsvarende behandling i Norge. I Norge er det et krav om henvisning for å få stønad til dekning av utgifter til helsehjelp innenfor spesialisthelsetjenesten, behandling hos, ortoptist, logoped og audiopedagog, samt kjeveortoped. Det er videre krav om resept og rekvisisjon for stønad til dekning av utgifter til legemidler og medisinsk utstyr, samt laboratorieprøver og radiologiske undersøkelser/behandling.

Nærmere regler om krav om henvisning, eventuelle takster som kan benyttes uten henvisning, samt hvem som kan henvise til aktuell behandling, fremgår av de enkelte bestemmelser i folketrygdloven, tannhelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Utgangspunktet er at henvisningen skal være gitt av helsepersonell som praktiserer i Norge. Det gjelder visse unntak fra kravet om henvisning fra norsk helsepersonell. Dette gjelder for det første «der behovet for helsehjelpen oppsto etter avreise fra Norge». I slike tilfeller kan vilkåret om henvisning oppfylles ved henvisning fra tilsvarende helsepersonell i annet EØS-land. «Tilsvarende helsepersonell» viser til at henvisningen må være utformet av helsepersonell som er sammenlignbare med en av de behandlergruppene som har henvisningsrett etter norske regler.

Ikke alle land har henvisningsordning for spesialisert helsehjelp. Dersom det ikke er mulig å dokumentere gjennom henvisning at allmennlege eller annet helsepersonell som har henvisningsrett innenfor primærhelsetjenesten er oppsøkt på forhånd, kan annen dokumentasjon godtas. Annen dokumentasjon skal foreligge fra relevant behandler for aktuell helsehjelp. Det er presisert i forskriften at dokumentasjonen må vise/bekreftes at behandler med henvisningsrett har funnet behov for mer spesialisert helsehjelp.

Videre kan vilkåret om henvisning i «særskilte tilfelle» frafalles helt. Det er kun i tilfeller hvor behovet for helsehjelpen oppsto under opphold i utlandet at det er tale om å frafalle vilkåret om henvisning. I tillegg må det etter omstendighetene fremstå som urimelig å kreve at vilkårene i annet ledd er oppfylt. Dette er en snever unntaksmulighet. «Særskilte tilfelle» er et strengt vilkår. Det gis her uttrykk for at det er en terskel som skal passeres for at man skal kunne si at det foreligger et særskilt tilfelle. Et sentralt moment vil være om det fremstår urimelig at helsehjelpen ikke dekkes på grunn av manglende henvisning eller dokumentasjon på at allmennlege eller annet helsepersonell med henvisningsrett er konsultert på forhånd.

4.2 Resept og rekvisisjon

I de tilfeller hvor det stilles krav til resept eller rekvisisjon utstedt av lege eller tilsvarende helsepersonell for å motta den aktuelle helsehjelpen i Norge, vil et tilsvarende krav gjelde dersom helsehjelpen er mottatt i et annet EØS-land. I Norge er resept et vilkår for stønad til legemidler utenfor institusjon.

Rekvisisjon er et vilkår for stønad til laboratorieprøver, radiologisk undersøkelse/behandling og for stønad til spesielt medisinsk utstyr utenfor institusjon.

Krav om resept og rekvisisjon må være oppfylt for å få dekning av utgifter til disse formålene etter folketrygdloven § 5-24 a. Kravet kan imidlertid oppfylles ved at resepten eller rekvisisjonen utstedes av tilsvarende helsepersonell som praktiserer i annet EØS-land. Med tilsvarende helsepersonell menes tilsvarende type/sammenlignbart helsepersonell som kan skrive ut resept eller rekvisisjon til dette i Norge. Ved vurderingen av begrepet «tilsvarende helsepersonell» kan kvalifikasjonsdirektivet gi veiledning.

For rekvisisjoner og resepter er det i utgangspunktet ikke et krav at disse skal være utstedt av helsepersonell som praktiserer i Norge før avreise. Rekvisisjon til prøver og undersøkelser ved medisinske laboratorier og radiologiske undersøkelser og behandling skal likevel være utstedt av helsepersonell som praktiserer i Norge, med mindre prøven, undersøkelsen eller behandlingen er nødvendig i forbindelse med annen helsehjelp som mottas i annet EØS-land. I slike tilfeller godtas rekvisisjon fra annet EØS-land.

Når det gjelder legemidler, må pasienten 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 pasientens personlige bruk. Kjøp av legemidler ved forsendelse fra et annet EØS-land (nettapotek eller lignende) omfattes ikke av refusjonsordningen.

Ved stønad til legemidler som dekkes i Norge etter folketrygdloven § 5-14 og § 5-22, kan det ytes refusjon også 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.

For legemidler som finansieres av regionalt helseforetak i Norge etter spesialisthelsetjenesteloven, er utgangspunktet at resept skal være gitt av helsepersonell som praktiserer i Norge. I tilfeller hvor behov for legemidlet oppsto etter avreise fra Norge, kan resept likevel utstedes av tilsvarende helsepersonell i annet EØS-land.

5. Autorisasjon og andre krav til tjenesteyteren

For at helsehjelpen skal være refusjonsberettiget, må tjenesteyteren som hovedregel ha autorisasjon og eventuelt spesialistgodkjenning m.v. på tilsvarende måte som om behandlingen hadde vært utført i Norge, jf. [forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land](#).

5.1 Krav til offentlig autorisasjon

En autorisasjon er en bekreftelse på at noen oppfyller de formelle og faglige krav til gjeldende yrkestittel.

Det fremgår av forskriftens § 6 første ledd at helsehjelpen må være gitt av helsepersonell med offentlig autorisasjon. Autorisasjonen må være gyldig i det landet der helsehjelpen er mottatt. Det kreves ikke norsk autorisasjon.

5.2 Spesialistgodkjenning og andre særlige kompetansekrav

Der spesialistgodkjenning er et krav for å få stønad til helsehjelp i Norge, må behandlingen i utlandet være utført av helsepersonell med tilsvarende spesialistgodkjenning. Spesialistgodkjenningen må være gyldig i det landet helsehjelpen er mottatt. Det kreves ikke norsk spesialistgodkjenning.

For legespesialister er godkjente spesialiteter i stor grad harmonisert gjennom [forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits](#). Kravet til legespesialitet vil dermed i utgangspunktet være oppfylt i de fleste tilfeller. For nærmere angivelse av kvalifikasjonskrav, se Vedlegg V – godkjenning ved harmoniserte utdanninger.

Når det stilles særskilte kompetansekrav til tjenesteyteren for rett til stønad etter norske regler, gjelder disse tilsvarende. Eksempel på dette er krav om tilleggskurs/utdanning for visse takster for legehjelp, manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi, samt psykologhjelp.

Forskriften åpner for å gjøre unntak fra vilkåret om tilsvarende spesialistgodkjenning eller særskilt kompetanse. Det er to vilkår som må være oppfylt for å gjøre unntak. For det første må den aktuelle spesialiteten eller tilsvarende formalkompetanse ikke eksistere i landet der helsehjelpen er mottatt. Videre må det dokumenteres at tjenesteyteren i stedet faktisk har tilsvarende realkompetanse eller annen legespesialisering som det er nærliggende å sammenligne med den spesialiteten som kreves i Norge.

Det kan ikke gjøres unntak dersom den aktuelle spesialiseringen eksisterer i landet der helsehjelpen er mottatt.

Særlig om spesialistgodkjenning ved implantatbasert protetik

I regelverket for stønad ved tannbehandling etter folketrygdloven § 5-6 er det for refusjon ved implantatbasert protetik og implantatkirurgi satt særskilte kompetansekrav til tannlegen som utfører behandlingen. For å kunne få stønad til implantatbasert protetik i Norge, må både tannlegen som setter inn implantatene (kirurgen) og tannlegen som utfører det protetiske arbeidet ha en nærmere angitt spesialistgodkjenning.

Kjeve-/oralkirurgi er omtalt i kvalifikasjonsdirektivet vedlegg V. Det kan dermed kreves dokumentasjon for at tannlegen som har foretatt den kirurgiske innsettingen av implantater i et annet EØS-land, innehar en av de aktuelle spesialitetene. Spesialitet i oral protetik er derimot ikke omtalt i kvalifikasjonsdirektivet, og det er ikke alle EØS-land som har en slik spesialistgodkjenning. Det åpnes likevel for refusjon for den protetiske delen av behandlingen i land hvor spesialitet i oral protetik ikke eksisterer. I slike tilfeller må en foreta en konkret vurdering av om tjenesteyterens kompetanse kan anses å være til nærmet lik den spesialkompetansen som kreves i Norge.

Vedlegg 2 til forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land kan gi noe veiledning ved vurdering av bekreftelse på autorisasjon og lignende fra andre EØS-land. I vedlegget listes opp navn på vitnemål, utdanningsnivå mv. for ulike grupper av helsepersonell.

Særlig om krav til tjenesteyters autorisasjon og spesialistgodkjenning ved sykehusbehandling

Hvis helsehjelpen er mottatt i forbindelse med et sykehusopphold i et annet EØS-land, legges det til grunn at helsepersonellet som har deltatt i helsehjelpen innehar nødvendig autorisasjon og oppfyller eventuelle spesialistkrav for den aktuelle helsehjelpen. Helfo vil kunne etterspørre dokumentasjon på autorisasjon og spesialistgodkjenning i særlige tilfeller.

5.3 Adgang til å praktisere lovlig

Helsepersonellet må ha adgang til å praktisere lovlig i det landet der helsehjelpen er mottatt. I dette ligger noe mer enn at helsepersonellet har gyldig autorisasjon, jf. første ledd. Vedkommende må lovlig kunne drive virksomhet som helsepersonell i landet der helsehjelpen er mottatt.

I forarbeidene er særskilt nevnt de tilfeller hvor helsehjelpen ytes av helsepersonell som midlertidig yter tjenester i behandlingslandet. Det er da et krav at tjenesteyteren har lovlig adgang til å drive slik midlertidig tjenesteyting, jf. kvalifikasjonsdirektivet.

5.4 Behandlerens tilknytning til den offentlige helsetjenesten ved helsehjelp i andre EØS- land enn Norge

Det er ikke et krav for stønad etter folketrygdlovens § 5-24 a at behandling en pasient har mottatt i et annet EØS- land enn Norge er utført av helsepersonell som er tilknyttet den offentlige helsetjenesten i behandlingslandet. Private tjenesteleverandører kan derfor benyttes i forbindelse med helsehjelp i utlandet.

5.5. Behandlerens tilknytning til den offentlige helsetjenesten ved helsehjelp i Norge

For de to persongruppene som etter bestemmelsene i pasientrettighetsdirektivets artikkel 7.2.b kan benytte folketrygdloven § 5-24a for å få refundert utgifter til behandling i Norge (utenlandsbosatte pensjonister og deres familiemedlemmer, samt grensearbeideres familiemedlemmer), stilles det derimot krav til at tjenesteleverandøren har en tilknytning til det offentlige. Artikkel 7.2.b oppstiller i utgangspunktet kun regler for hvilken stat som er ansvarlig for utgiftsdekning når behandling er mottatt, og oppstiller således ingen nye rettigheter for de angjeldende personene med tanke på tilgangen til helsetjenester. Retten til å få dekket utgifter i Norge vil med dette begrense seg til hva innenlandsboende rettighetshavere har rett til.

6. Beregning av stønad og egenandel

Beregning av stønaden reguleres i [forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land §§ 7 og 8](#).

Utgangspunktet for beregning av refusjon er at pasienten aldri skal få dekket mer enn hans eller hennes faktiske utgift til den mottatte helsehjelpen. Refusjonen begrenses også oppad til det beløpet som ville blitt refundert dersom tilsvarende helsehjelp var utført i Norge.

Hvor stor andel av en helsetjeneste det offentlige finansierer varierer. Finansieringen skjer etter ulike og til dels komplekse modeller, og det er i noen tilfeller vanskelig å fastslå hva helsehjelpen ville belastet det offentlige med i Norge. Derfor skilles det mellom ulike tjenestetyper ved beregning av refusjon etter denne paragrafen. På denne måten tar man høyde for at enkelte stønadsområder har flere finansieringskilder. For eksempel finansieres noe spesialisthelsetjeneste av både aktivitetsbaserte tilskudd (innsatsstyrt finansiering, polikliniske refusjoner og folketrygdakster) og basisbevilgningene til de regionale helseforetakene, mens noe bare finansieres gjennom basisbevilgningene til de regionale helseforetakene.

Pasienten må selv dekke samme egenandel som han eller hun ville betalt for tilsvarende helsehjelp i Norge. De ordinære regler om fritak for betaling av egenandel kommer til anvendelse.

6.1 Behandling hos kiropraktor, logoped, audiopedagog, ortoptist og tannbehandling etter folketrygdloven

I disse tilfellene skal det ytes refusjon med samme beløpet som refusjonen for tilsvarende behandling i Norge. Dette er behandling hvor refusjon ytes kun etter takster. Dersom behandlingen i utlandet er dyrere enn hva refusjonen er for tilsvarende behandling i Norge, vil pasienten måtte dekke det overskytende selv. Dersom pasienten har betalt mindre enn refusjonsbeløpet for tilsvarende behandling i Norge, refunderes utgifter med fratrukk for eventuelle egenandeler.

For behandling hos kiropraktor (folketrygdloven § 5-9), logoped og audiopedagog (folketrygdloven § 5-10) og ortoptist (folketrygdloven § 5-10 a) eksisterer det ikke offentlig fastsatte egenandeler. I de tilfellene hvor kostnadene overstiger refusjonsbeløpet, må imidlertid brukeren betale dette selv.

For stønadsberettiget behandling hos tannlege/tannpleier etter folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6a, gjøres det fradrag for egenandel dersom pasientens faktiske utgifter er lavere enn summen av stønad og offentlig fastsatt egenandel.

Når rettighetshavere benytter seg av folketrygdloven § 5-24 a i forbindelse med behandling hos nevnte tjenesteytere i Norge, så skal tjenesteyteren fakturere vedkommende fullt ut. Helfo skal refundere utgifter etter gjeldende regler, og gjøre fratrukk av eventuelle egenandeler og eventuell egenbetaling.

6.2 Legehjelp, private laboratorier og røntgeninstitutter, psykologhjelp, fysioterapi og jordmorhjelp

Dette er behandlingstilbud hvor det også eksisterer offentlig finansiering utover folketrygden, gjennom driftstilskudd. Pasienten vil kunne få refundert utgifter opp til det som det offentlige ville blitt belastet med dersom helsehjelpen var mottatt i Norge. Dersom behandlingen i utlandet er dyrere enn de beregnede kostnadene for tilsvarende behandling i Norge, vil pasienten måtte dekke det overskytende selv. Dersom pasienten har betalt mindre enn kostnadene for tilsvarende behandling i Norge, refunderes utgifter med fratrukk for eventuelle egenandeler.

For å beregne hva pasienten ville belastet det offentlige med i Norge, tas det utgangspunkt i de fastsatte takstene og den offentlige finansieringen utover folketrygden (for eksempel hva en fastlege godtgjøres med for å ha en pasient på sin liste, evt. driftstilskudd).

Egenandeler for disse helsetjenestene er fastsatt som kronebeløp. Samme beløp legges til grunn ved beregning av egenandel for helsehjelp innenfor EØS, jf. § 8 første ledd.

Dersom rettighetshavere benytter seg av folketrygdloven § 5-24 a i forbindelse med behandling hos nevnte tjenesteytere i Norge, så skal tjenesteyter fakturere vedkommende fullt ut. Dette innebærer at Helfo skal refundere utgifter med fratrukk av eventuelle egenandeler og eventuell egenbetaling.

6.3 Spesialisthelsetjenester

Innenfor spesialisthelsetjenesten gis det helsehjelp som nasjonalt kan ha ulike finansieringskilder. For den spesialisthelsehjelpen som ikke hel- eller delfinansieres via takstsystemet, benyttes DRG-systemet for å fastsette beløpet som det offentlige ville blitt belastet med dersom helsehjelpen var mottatt i Norge. Dette gjelder både ved angivelsen av maksimalt refusjonsbeløp ved søknader om forhåndstilsagn, og ved behandling av refusjonskrav.

DRG er en forkortelse for diagnoserelaterte grupper, og DRG-systemet er en måte å kategorisere pasientgrupper for å fastsette pris. Det tas utgangspunkt i medisinsk tilstand hos pasienten, og hvor store ressurser disse legger beslag på i helseforetaket. Fastsettelse av DRG skjer ved hjelp av et dataprogram etter ulike variabler.

De sentrale variablene for DRG- klassifisering er:

- Diagnoser
- Prosedyrer (operasjoner m.m.)
- Kjønn
- Alder
- Utskrivingsstatus

For å foreta DRG-basert prisberegning, kreves det relevante opplysninger om individuelle medisinske forhold for den enkelte pasient. Det stilles derfor høye krav til dokumentasjonen og innholdet i denne som forelegges Helfo både ved søknad forhåndstilsagn og ved søknad om refusjon.

Egenandeler i spesialisthelsetjenesten er fastsatt som kronebeløp. Samme beløp legges til grunn ved beregning av egenandel for helsehjelp innenfor EØS-området, jf. § 8 første ledd.

Reduksjon i beregnet DRG-pris

En DRG er en gjennomsnittskostnad som ikke bare omfatter behandlingskostnadene, men omfatter også sykehusets øvrige kostnader (herunder service, administrasjon, akuttberedskap, utdanning etc). For at refusjonsbeløpet som beregnes etter [folketrygdloven 5-24 a](#) i størst mulig grad kun skal gjenspeile selve behandlingskostnadene, skal det gjøres et prosentmessig fradrag av beregnet DRG- pris for den delen av utgiftene som er anslått til ikke å knytte seg til behandlingen. Dette fradraget settes til 20 % av DRG, men vil kunne endre seg på senere tidspunkt (endret fradragprosent vil fremgå av dette rundskrivet).

Dette betyr at en pasient som ønsker helsehjelp i andre EØS- land etter folketrygdloven § 5-24 a skal kunne få refundert inntil 80 % av DRG- prisen som ville ha blitt satt dersom behandlingen foregikk ved et norsk offentlig sykehus.

Dersom behandlingen i utlandet er dyrere enn beregnet DRG-pris for tilsvarende behandling i Norge, vil pasienten måtte dekke det overskytende selv. Dersom pasienten har betalt mindre enn beregnet DRG- pris for tilsvarende behandling i Norge, refunderes utgifter med fratrukk for eventuelle egenandeler.

Når pasienter tilknyttet andre EØS- land anvender pasientrettighetsdirektivet for å motta planlagt behandling i Norge, skal sykehuset tilsvarende fakturere pasienten med 80 % av DRG. Dette medfører at prisen en utenlandsk rettighetshaver blir fakturert med tilsvarer utgiften en norsk bruker kan få refundert for samme tjeneste. Reduksjon i DRG- pris skal derfor også gjennomføres dersom en person som omfattes av persongruppene som gis rett til dekning av utgifter på Norges bekostning etter folketrygdloven § 5-24 a for behandling mottatt i Norge mottar slik behandling her. I disse tilfellene skal sykehuset fakturere vedkommende med 80 % av DRG- prisen. Dette innebærer også at Helfo i sin behandling av disse refusjonskravene ikke kan avkorte refusjonsbeløpet ytterligere. Siden fakturabeløpet fra sykehusets side allerede er redusert med 20 % av DRG- pris, må Helfo ta utgangspunkt i at faktura skal refunderes fullt ut.

For prisfastsetting av legemidler som ytes etter spesialisthelsetjenesteloven, se pkt 6.5.4. For psykisk helsevern og rusbehandling anvendes ikke DRG-systemet for prisfastsettelse. Det legges her til grunn at det må tas kontakt med helseforetakene for å få konkrete anslag på kostnadene for slik helsehjelp.

6.4 Tannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven

Behandling i den offentlige tannhelsetjenesten beregnes etter takster. Ved behandlingsformer hvor det ikke er fastsatt takst, utgjør stønad de faktiske utgiftene, begrenset til hva det offentlige ville blitt belastet, dersom helsehjelpen var mottatt i Norge.

Personene som tilhører gruppe a til c betaler ikke egenandel i Norge, da de har krav på vederlagsfri behandling. Ved behandling i utlandet vil det heller ikke påløpe egenandel.

Ungdom på 19 og 20 år betaler i Norge en egenandel på 25 prosent av fastsatt takst. Egenandelen for behandling i EØS-området beregnes med 25 prosent av faktiske utgifter opp til den fastsatte takst for tilsvarende behandling i Norge, jf. § 8 tredje ledd.

Dersom rettighetshavere benytter seg av folketrygdloven § 5-24 a i forbindelse med tannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven i Norge, så skal tjenesteyter fakturere vedkommende fullt ut. Helfo refunderer utgifter med fratrukk av eventuelle egenandeler og eventuell egenbetaling.

6.5 Legemidler og medisinsk utstyr

6.5.1 Legemidler etter folketrygdloven § 5-14

Dette er legemidler som det i Norge ytes refusjon til etter reglene om blå resept. Dette gjelder både i de tilfellene hvor preparatet skrives direkte på blå resept av lege, og i de tilfellene hvor det gis refusjon etter individuelt vedtak.

Dersom legemidlet man søker om å få refundert har en refusjonspris i Norge, begrenses refusjonen oppad til refusjonsprisen fratrukket egenandel. I de tilfellene legemidlet ikke har refusjonspris, begrenses refusjonen oppad til trinnpris eller maksimalprisen som er fastsatt av legemiddelverket, med fratrukk for egenandel. Pasienten vil aldri få dekket mer enn sine faktiske utgifter til legemiddelet.

Egenandel for legemidler betales i Norge med en prosentsats. Samme sats legges til grunn ved refusjonsberegning for legemidler kjøpt i et annet EØS-land. Som hovedregel beregnes egenandelen av faktisk utgift, men i tilfeller der prisen overstiger fastsatt refusjonspris, trinnpris, maksimalpris eller maksimumsbeløp skal pasienten dekke det overskytende fullt ut i tillegg til egenandel, jf. § 8 annet ledd.

Dersom rettighetshavere benytter seg av folketrygdloven § 5-24 a i forbindelse med legemidler og medisinsk utstyr etter folketrygdloven § 5-14 i Norge, så skal rettighetshaveren faktureres fullt ut. Helfo refunderer utgifter med fratrukk av eventuelle egenandeler og eventuell egenbetaling.

Eksempel:

- Dersom man kjøper et legemiddel som i Norge har en refusjonspris på kr 100,-, blir det beregnet en egenandel på 38 % (2014). Det vil si at brukeren må betale kr 38,- i egenandel.
- Dersom tilsvarende legemiddel koster kr 200,- i et annet EØS-land, vil brukeren fortsatt måtte betale 38 % av den norske refusjonsprisen, altså kr 38,- i egenandel. Utover dette må brukeren også betale det beløpet som er overskytende den norske refusjonsprisen (kr 100,-), men dette regnes ikke som egenandel og kan ikke oppføres i egenandelskortet. Refusjonsbeløpet blir med andre ord kr 62,-.
- Dersom tilsvarende legemiddel koster kr 50,- i utlandet, må brukeren betale en egenandel på samme prosentsats som i Norge. Det vil si at egenandelen er på 38 % av kr 50,-, og brukeren må betale 19 kroner i egenandel og får kr 31,- i refusjon.

6.5.2 Legemidler etter folketrygdloven § 5-25 om yrkesskade

Dette er legemidler som det i Norge ytes refusjon til etter reglene om yrkesskade.

I Norge betales det ikke egenandel for legemidler som dekkes etter reglene om yrkesskade. Pasienten vil derfor heller ikke belastes egenandel ved kjøp av legemidler i utlandet etter yrkesskadereglene. Øvre grense for refusjon er derfor prisen (maksimalprisen/refusjonsprisen) på et legemiddel her i Norge.

6.5.3 Legemidler etter folketrygdloven § 5-22

Etter folketrygdloven [§ 5-24a](#) ytes det kun bidrag til hormonelle prevensjonsmidler og legemidler som brukes i forbindelse med infertilitetsbehandling. Prinsippene for refusjon i Norge legges også til grunn ved kjøp av disse legemidlene i utlandet, med mindre prinsippene står i strid med gjeldende EU- rett. Et eksempel som står i strid med gjeldende EU- rett kan være det nasjonale kravet om at legemidler ved infertilitetsbehandling må være kjøpt på apotek.

Dersom prevensjonsmidlet er dyrere enn bidragssatsen må kvinnen dekke det overskytende selv.

For legemidler som brukes spesifikt til behandling av infertilitet er egenandelen den samme som ved kjøp i Norge.

6.5.4 Legemidler etter spesialisthelsetjenesteloven

Prisfastsetting av legemidler som HF-ene har ansvaret for, gjøres ut fra apotekenes utsalgspris til HF-ene gjennom LIS-avtalene. Helfo får konkrete priser gjennom HF-ene sine LIS-kontakter.

Pasienten har ingen egenandel ved bruk av legemidler som faller inn under H-reseptordningen.

6.5.5 Spesielt medisinsk utstyr m.m. etter folketrygdloven § 5-14

Det ytes kun refusjon til spesielt medisinsk utstyr som er oppført i pris- og produktlisten. Refusjon gis med et beløp opptil maksimumsbeløpet som fremgår av listen.

Egenandel for spesielt medisinsk utstyr med mer, betales i Norge med en prosentsats. Samme sats legges til grunn ved kjøp i et annet EØS-land. Som hovedregel beregnes egenandelen av faktisk utgift, men i tilfeller der prisen overstiger fastsatt refusjonspris, maksimalpris eller maksimumsbeløp, skal pasienten dekke det overskytende fullt ut i tillegg til egenandel.

Dersom rettighetshavere benytter seg av folketrygdloven § 5-24 a i forbindelse med spesielt medisinsk utstyr etter folketrygdloven § 5-14 i Norge, så skal rettighetshaveren faktureres fullt ut. Helfo refunderer utgifter med fratrukk av eventuelle egenandeler og eventuell egenbetaling.

6.5.6 Medisinsk utstyr og forbruksmateriell etter folketrygdloven § 5-25 om yrkesskade

Det gis refusjon for de faktiske utgifter. Refusjonen begrenses til de antatte samlede kostnadene det offentlige ville blitt belastet med dersom varen var kjøpt i Norge. Det må her foretas en sammenligning med hva kjøp av tilsvarende utstyr kan antas å belaste det offentlige med i Norge.

I Norge betales det ikke egenandel for medisinsk utstyr og forbruksmateriell som dekkes etter reglene om yrkesskade.

6.6 Beregning av satser og valutakurs (§ 7 sjette ledd)

Ved beregningen legges de satsene som gjaldt på behandlingstidspunktet til grunn.

Utgiftene til helsehjelp vil være betalt i utenlandsk valuta, og ved omregning brukes DNB's valutakurser på behandlingstidspunktet.

Ved seriebehandling, der brukeren betaler ved siste behandling, kan valutakursen på siste behandlingsdato legges til grunn.

6.7 Fritak for egenandel og godskriving på egenandelskort

I Norge gjøres det fritak for betaling av egenandel for enkelte grupper. Dette gjelder blant annet for barn (ulik aldersgrense avhengig av tjenestetype), for den som har frikort og for visse typer behandling.

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.

Dersom det er trukket egenandeler for helsehjelpen, skal disse 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.

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. Ved prosentvis egenandel for legemidler m.v. vil beløpet kunne være noe lavere fordi egenandelen i utgangspunktet beregnes av den faktiske prisen.

7. Reise- og oppholdsutgifter

Reise- og oppholdsutgifter vil ikke bli dekket med mer enn reise- og oppholdsutgifter ved det som ville vært til nærmeste behandlingssted i Norge, jf. [forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land § 9](#). For mer informasjon, se [nettsidene til Pasientreiser på helsenorge.no](#).

8. Forhåndstilsagn

For å redusere den økonomiske risikoen for pasienter som ønsker å motta spesialisthelsetjenester i utlandet, er det etablert en ordning hvor pasienten kan søke Helfo om forhåndstilsagn. Dette fremgår av [forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land § 9a](#).

Søknad om forhåndstilsagn er frivillig, og en unnlattelse av å søke om forhåndstilsagn, fratrar ikke en pasient muligheten til å søke om refusjon i etterkant av behandlingen.

Et forhåndstilsagn er et juridisk bindende enkeltvedtak som skal avklare overfor pasienten hvorvidt han/hun har krav på stønad til den helsehjelpen som ønskes mottatt i et annet EØS-land. I forhåndstilsagnet skal det også fremgå hva som vil være det høyeste beløpet pasienten vil kunne få refundert.

Forutsetningen for å kunne få forhåndstilsagn, er at pasienten er vurdert til å ha rett til nødvendige spesialisthelsetjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd (jf. § 2-2). Personer som ikke er blitt vurdert til å ha en slik rettighet, vil med andre ord ikke kunne få innvilget forhåndstilsagn. Pasienten må videre ha mottatt et konkret tilbud fra behandlingsinstitusjonen i utlandet for at forhåndstilsagn skal kunne gis.

Et forhåndstilsagn kan gis på ulike stadier i et pasientforløp, det vil si både ved behov for utredning, behandling, etterkontroll etc. Dersom pasienten er vurdert til å ha rett til utredning fordi det foreløpig er uavklart hva slags behandling pasienten trenger, vil selve forhåndstilsagnet måtte begrenses tilsvarende. Når utredningen i utlandet er foretatt, kan pasienten eventuelt søke om et nytt forhåndstilsagn for den aktuelle videre behandlingen, og slik få større sikkerhet for at også utgiftene til selve behandlingen vil bli refundert.

Det kan være en risiko for at helsehjelpen som faktisk mottas ikke tilsvare helsehjelpen som er omfattet av forhåndstilsagnet. Dersom pasienten har mottatt helsehjelp som ikke er omfattet av forhåndstilsagnet, vil det likevel måtte vurderes om helsehjelpen som er mottatt er refusjonsberettiget (forhåndstilsagn er ingen forutsetning for refusjon).

Ved vurdering av hvorvidt det skal innvilges forhåndstilsagn, skal det blant annet tas stilling til følgende:

- Er det dokumentert at pasienten har rett til nødvendige helsetjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b (jf. 2-2)?
- Hva har pasienten rett til i Norge? Det må foretas en vurdering av hvilke elementer en utredning kan bestå av. Det må ses hen til eventuelle veiledere, retningslinjer, pakkeforløp for kreft og lignende.
- I hvilken utstrekning tilsvarende helsehjelpstilbudet fra utlandet det som pasienten er vurdert til å ha rett til i Norge? Se egne avsnitt om dokumentasjonskrav og vurdering av «tilsvarende behandling».
- Hva ville det kostet den norske helse- og omsorgstjenesten å gi denne helsehjelpen i Norge, dvs. hva er maksimal refusjonspris? Det må ses hen til eventuelle veiledere, retningslinjer, pakkeforløp for kreft og lignende.

Følgende vil fremgå av forhåndstilsagnet:

- Hva tilsagnet omfatter (videre utredning, behandling, kontroll etc.), basert på vurderinger av det innenlandske pasientforløpet.
- Hvorvidt det konkrete utenlandske helsehjelpstilbudet er ansett å tilsvare helsehjelp som ville ha blitt gitt i Norge.
- Hva den maksimale refusjonsprisen er beregnet til å utgjøre (hva vil behandlingen bekostet det offentlige med i Norge).
- Når behandlingen må være påbegynt (innen 12 måneder).

9. Saksbehandlingsregler, fremsetting av krav og klage

Refusjonsordningen er forankret i folketrygdloven kapittel 5. De generelle regler som gjelder for behandling av krav etter kapittel 5 kommer til anvendelse også for den nye refusjonsordningen, med mindre det er fastsatt særregler. Slike særregler for saksbehandling fremkommer av [forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land § 10](#).

Kravet settes frem for Helfo. Krav skal som utgangspunkt fremsettes på skjema. Dette gjelder både ved krav om forhåndstilsagn og om refusjon. Krav om refusjon må settes frem etter at helsehjelpen er mottatt og betalt.

Frist for å fremme refusjonskrav vil være som i andre saker etter kapittel 5; seks måneder fra kravet tidligst kunne vært satt fram, jf. folketrygdloven § 22-13 annet ledd. Det regnes seks måneder fra behandlingsdato.

Vedtak etter [folketrygdloven 5-24 a](#) er enkeltvedtak og kan påklages til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage). Klagefristen er seks uker, som i andre saker etter kapittel 5, jf. folketrygdloven § 21-12. Klagen sendes til Helfo. Vedtak etter folketrygdloven § 5-24 a kan bare ankes inn for Trygderetten dersom det gjelder helsehjelp som nevnt i forskriften § 3 første ledd bokstav a. Det vil si helsehjelp som det gis stønad til etter folketrygdloven §§ 5-4 til 5-12, § 5-14 og § 5-25. Dette er tilsvarende ankeadgang som i Norge.

Dekning av reise og oppholdsutgifter forutsetter at Helfo først har behandlet kravet og innvilget stønad til helsehjelp etter [folketrygdloven § 5-24 a](#). Se nedenfor under § 13.

10. Dokumentasjon, skjema og oversettelse

10.1 Generelt

Regler om dokumentasjon er gitt i [forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land § 11](#).

Krav om stønad etter [folketrygdloven 5-24 a](#) fremsettes på fastsatt søknadsskjema.

For tannbehandling skal det benyttes et eget skjema. I tillegg skal det vedlegges eget skjema som er utfyllt og undertegnet av behandleren. Skjemaet som skal fylles ut av behandleren er tilgjengelig på flere språk.

Kravet må inneholde de opplysninger som er nødvendige for å ta stilling til om helsehjelpen berettiger til stønad. Utgiftene må dokumenteres med spesifisert faktura fra tjenesteyteren. Det må også fremlegges kvittering eller annen dokumentasjon for betaling.

Dersom dokumentasjonen foreligger på et annet språk enn norsk, engelsk, svensk eller dansk, skal Helfo vurdere behovet for oversettelse. I denne vurderingen skal det legges vekt på kravbeløpets størrelse. Dersom det medfører urimelige kostnader for bruker å oversette kravet sett ut i fra beløpet som kreves refundert, skal Helfo vurdere hvorvidt det faktisk er et behov for oversettelse, eller om dokumentasjonen likevel kan forstås av Helfo. I slike tilfeller kan ikke Helfo kreve at bruker får dokumentene oversatt av statsautorisert oversetter. Brukeren må selv bekoste oversettelser.

Det er i utgangspunktet brukerens ansvar å dokumentere at vilkårene er oppfylt, men det er adgang for Helfo til å be brukere om å fremskaffe ytterligere informasjon eller dokumentasjon dersom Helfo har behov for det for å kunne vurdere søknaden. Dette gjelder for eksempel dersom Helfo ser behov for å få tilsendt original faktura for krav som har blitt fremmet elektronisk. Helfo kan om nødvendig innhente mer informasjon.

10.2 Dokumentasjon ved stønad etter spesialisthelsetjenesteloven

10.2.1 Dokumentasjonsplikt ved søknad om forhåndstilsagn

Pasienter som søker om forhåndstilsagn må dokumentere at de er blitt vurdert til å ha behov for «nødvendig helsehjelp» etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b (jf. § 2-2). Det må også dokumenteres hva rettigheten omfatter, derunder hvorvidt det dreier seg om utredning eller behandling. Dokumentasjon på hva rettigheten omfatter kan komme gjennom for eksempel kopi av relevant henvisning, svar på henvisning, og evt journal/epikrise eller lignende.

Videre må det konkrete utenlandske helsehjelpstilbudet også legges ved.

Slik dokumentasjon vil være av avgjørende betydning for å kunne vurdere hvilken helsehjelp som ville ha blitt gitt i den norske helse- og omsorgstjenesten (se eget avsnitt om «tilsvarende helsehjelp»), og samtidig være avgjørende for hvordan maksimal refusjonspris beregnes (se eget avsnitt om beregning av refusjonspris i dette rundskrivet).

10.2.2 Dokumentasjonsplikt ved søknad om refusjon etter utført behandling

Dersom pasienten er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp i Norge, bør dokumentasjon på dette vedlegges.

Dokumentasjon på status for behandling i Norge kan komme gjennom for eksempel kopi av relevant journal/epikrise/henvisning etc. Dette er dokumentasjon som er av avgjørende betydning for å kunne vurdere hvilken helsehjelp som ville ha blitt gitt i den norske helse- og omsorgstjenesten, og samtidig legge grunnlaget for beregning av refusjon (se eget avsnitt om beregning av refusjon i dette rundskrivet). Dersom pasienten ikke er blitt vurdert i det norske helsevesenet, må det vurderes konkret hva slags dokumentasjon som er nødvendig for å ta stilling til refusjonssøknaden. Dersom pasienten har fått en henvisning i Norge, vil denne være aktuell. Ved akutte behandlingsbehov som oppstår i utlandet, vil det sjeldnere være relevant med dokumentasjon fra det norske helsevesen, se merknader til § 5 om henvisning.

For å kunne vurdere om helsehjelpen som er gitt i utlandet er stønadsberettiget, må det forutsettes at dokumentasjonen fra behandlingsstedet er individuelt utformet for den enkelte pasient. Dokumentasjonen må angi diagnose, detaljert behandlingsforløp, hvilke metoder som ble anvendt og lignende. Dette er nødvendig for å kunne vurdere hvorvidt den utenlandske helsehjelpen som ble gitt tilsvarer helsehjelpen som ville ha blitt gitt i den norske helse- og omsorgstjenesten (se eget avsnitt om «tilsvarende helsehjelp»).

For pasienter som har mottatt forhåndstilsagn gjelder også dokumentasjonskravet som er nevnt over ved søknad om refusjon etter utført behandling. I de tilfeller hvor behandlingen som ble gitt ikke samsvarer med den behandling som fremkommer av forhåndstilsagnet, foretas det en ny vurdering av hvorvidt helsehjelpen som ble gitt er stønadsberettiget. Risikoen for at behandlingen som mottas i utlandet er utenfor rammen av forhåndstilsagnet, hviler på pasienten.

11. Utbetaling av stønad og refusjonsoppgjør

Selv om Helfo skal administrere refusjonsordningen, skal ikke folketrygden belastes alle refusjonsutgiftene, jf. [forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land § 12](#).

De regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene skal dekke refusjonsutgiftene for helsehjelp som tilsvarer de tjenestetyper de har «sørge for»-ansvaret for i Norge. Med «sørge for»-ansvaret menes ansvaret de regionale helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene har for å tilby helsetjenester til befolkningen i eget geografisk område. Folketrygden skal dekke refusjonsutgiftene til de tjenester og varer hvor folketrygden er den eneste offentlige finansøren når tilsvarende helsehjelp mottas i Norge.

Helfo skal behandle refusjonskrav og fatte vedtak om refusjon dersom vilkårene er oppfylt, herunder fastsette hvilket beløp som refunderes. Helfo utbetaler stønaden til pasienten. 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.

Regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner skal refundere de utbetalte beløp i samsvar med de ovennevnte lovbestemte prinsipper for fordeling av refusjonsutgiftene. Den relevante «sørge for»-instansen skal også belastes den del av refusjonsutgiften som utgjør egenandel som den stønadsberettigede er fritatt fra å betale på grunn av frikort eller på annet grunnlag.

Utgifter til allmennlegetjenester, fysioterapitjenester og jordmortjenester som er mottatt i et annet EØS-land skal dekkes av kommunen for «personer bosatt i kommunen», jf. kommunehelsetjenesteloven § 5-1 sjette ledd.

Når det gjelder utgifter til behandling etter tannhelsetjenesteloven, skal disse dekkes av fylkeskommunen for «bosatte i fylkeskommunen», jf. tannhelsetjenesteloven § 5-1 fjerde ledd. Det avgjørende for denne vurderingen er hvor man er registrert bosatt på behandlingstidspunktet.

Utgifter til spesialisthelsetjenester dekkes av det regionale helseforetaket i «pasientens bostedsregion».

Stønad som utbetales etter [folketrygdloven § 5-24a](#) henføres til den kommune, fylkeskommune eller helseregion der pasienten er registrert bosatt på fastlandet. For pasienter som ikke er registrert bosatt på fastlandet på behandlingstidspunktet, typisk personer fra andre land som arbeider for norsk arbeidsgiver på Svalbard uten å ha vært bosatt på fastlandet, skal stønad etter [§ 5-24a](#) dekkes av folketrygden.

For personer som ikke er bosatt i Norge, men er medlem av folketrygden eller på annet grunnlag er stønadsberettiget, skal stønaden dekkes av Folketrygden. Dette samsvarer med regelen i spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 annet ledd.

For pasienter som oppstilles og benytter seg av retten til å få refundert utgifter til behandling i Norge etter folketrygdloven § 5-24 a, skal utgiftene bæres av folketrygden. Nevnte brukere skal i slike tilfeller selv fremme refusjonskravet for Helfo.

12. Krav om dekning av reise- og oppholdsutgifter

Det er enten Pasientreiser ANS eller den relevante fylkeskommune som skal behandle disse kravene, forutsatt at dette ikke gjelder reise- og oppholdsutgifter som RHF-ene er ansvarlige for gjennom spesialisthelsetjenesteloven. Brukeren skal sette frem krav om både helsetjenester og reise- og oppholdsutgifter for Helfo.

Det er først når brukeren har fått innvilget krav om helsehjelp etter reglene i denne forskriften, at kravet om reise- og oppholdsutgifter vil bli behandlet. Bestemmelsen i forskriftens § 9 fastsetter retten til dekning av reise- og oppholdsutgifter, og hvilket regelverk det skal vurderes etter. Helfo realitetsbehandler ikke kravene om reise- og oppholdsutgifter, men videresender dem til rett instans etter reglene i [forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land § 13](#).

Kravet om reise- og oppholdsutgifter fremsettes sammen med kravet om helsehjelp. Begge krav skal sendes inn til Helfo.

Pasientreiser har utarbeidet et eget kravskjema for krav om reise- og oppholdsutgifter.

For krav som skal videresendes fylkeskommunen skal deres eget skjema anvendes.

Det er fastsatt i forskriften at det skal gis opplysninger i kravskjema som gir grunnlag for å vurdere kravet etter forskriftens § 9. Det er Pasientreiser ANS eller fylkeskommunen som må ta stilling til om de opplysningene som gis her er tilstrekkelige, og som eventuelt må innhente ytterligere informasjon dersom det er behov for det.

For å få dekket reise- og oppholdsutgifter er det et vilkår at selve helsehjelpen er refusjonsberettiget. I de tilfeller hvor krav om dekning av selve helsehjelpen avslås, videresendes ikke krav om reise- og oppholdsutgifter til pasientreiser eller fylkeskommunen. Helfo må i disse tilfellene informere brukeren om at kravet om reise- og oppholdsutgifter ikke tas til behandling.

Først når Helfo har helt eller delvis innvilget et krav om dekning av helsehjelp, skal Helfo videresende kravet om reise- og oppholdsutgifter til riktig instans. Hvor kravet skal sendes, er regulert i femte og sjette ledd.

Alle krav om reise- og oppholdsutgifter etter denne refusjonsordningen skal sendes Pasientreiser ANS, med mindre de faller inn under tilfellene som er regulert i sjette ledd. Klager på vedtak fattet av Pasientreiser ANS skal behandles av Helsetilsynet i fylket. Dersom Helfo mottar klage på vedtak om reise- og oppholdsutgifter etter pasientrettighetsloven § 2-6, skal disse oversendes Pasientreiser ANS for behandling der.

I de tilfellene hvor fylkeskommunen er ansvarlig for dekning av utgiftene til selve helsehjelpen, skal fylkeskommunen behandle kravet om reise- og oppholdsutgifter. Kravene skal sendes til fylkeskommunen hvor brukeren var bosatt på behandlingstidspunktet.

13. Forholdet til andre regler om stønad til behandling i utlandet mv.

I visse tilfelle vil de som har krav etter [folketrygdloven 5-24 a](#), også ha rettigheter etter andre ordninger. [Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land § 14](#) regulerer forholdet mellom § 5-24a og andre ordninger for dekning av helsehjelp i utlandet. Det grunnleggende prinsippet er at pasienter som helt eller delvis har fått dekket behandling i utlandet av det offentlige, ikke i tillegg har krav på refusjon etter § 5-24 a.

13.1 Forholdet mellom folketrygdloven § 5-24 a og rettigheter etter andre lover

Forskriftens § 14 fastholder prinsippet om at dekning etter kapittel 5 i folketrygdloven er subsidiær. Det vil si at hvis det offentlige dekker behandling i utlandet etter andre regler, faller dekning etter folketrygdloven § 5-24 a bort.

Brukeren har ikke krav på refusjon etter folketrygdloven § 5-24 a når:

vedkommende har fått behandling i utlandet på det offentliges bekostning etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 fjerde eller femte ledd. Dette er pasienter som ikke har fått nødvendig helsehjelp innenfor en fastsatt frist eller hvor det regionale helseforetaket ikke finner et adekvat tilbud her i Norge.

vedkommende har vært på behandlingsreise til utlandet, finansiert gjennom egen tilskuddsordning på statsbudsjettet. Seksjon for behandlingsreiser ved Rikshospitalet forvalter f.eks. behandlingsreiser til personer med definerte kroniske sykdommer til et varmt og solrikt klima.

13.2 Forholdet mellom folketrygdloven § 5-24 og § 5-24a

I enkelte tilfeller vil brukeren ha rett til dekning etter § 5-24 (med tilhørende forskrifter) i tillegg til å kunne ha rettigheter etter § 5-24 a. Det er i første rekke medlemmer av folketrygden som er bosatt i andre land som har rett til helsehjelp etter § 5-24.

I de tilfellene en person oppfyller vilkårene for refusjon etter både § 5-24 og § 5-24 a, kan brukeren selv velge hvilken refusjonsordning kravet skal behandles etter. Brukeren kan ikke få refusjon etter begge bestemmelsene selv om en av ordningene ikke skulle gi full refusjon.

13.3 Forholdet mellom folketrygdloven § 5-24 a og gjensidighetsavtaler

Trygdeforordning [883/04](#) gir rett til dekning av nødvendig helsehjelp ved midlertidig opphold innenfor EØS-området. Denne rettigheten dokumenteres med det europeiske helsetrygdkortet. Når en pasient har fått helsehjelp i et annet EØS-land og brukt helsetrygdkortet, ytes det ikke stønad etter [%C2%A7 5-24 a](#).

Personer som er bosatt i utlandet og har rett til helsehjelp i bostedslandet på Norges bekostning, kan ikke velge refusjon etter [%C2%A7 5-24 a](#) for helsehjelp mottatt i bostedslandet.

Eksempler:

- En person er på ferietur i Tyskland. Under oppholdet blir vedkommende syk, og mottar nødvendig legehjelp. Han viser frem sitt helsetrygdekort, og betaler en egenandel. Vel tilbake i Norge sender han inn refusjonskrav etter [%C2%A7 5-24 a](#). Dette kravet må avslås ettersom han har valgt å benytte en annen refusjonsordning, og allerede har fått dekket utlegg etter tyske regler.
- En norsk statsborger er bosatt i Belgia og er pliktig medlem av norsk folketrygd etter folketrygdloven § 2-5. Hun reiser på ferie til Italia, hvor hun blir syk og oppsøker lege. Hun betaler fullt ut for behandlingen og søker deretter refusjon fra norsk folketrygd. Ettersom hun er pliktig medlem av norsk folketrygd etter § 2-5, kan hun falle inn under den persongruppen som har rett til helsetjenester etter § 5-24 for helsetjenester i Italia (som er unntatt fra avskjæring). Hun skal da i utgangspunktet kunne velge hvorvidt hun ønsker refusjon etter reglene i § 5-24, etter 5-24 a eller etter trygdeforordningen. Dersom legen hun har benyttet er privatpraktiserende, kan hun ikke fremme refusjonskrav etter reglene i trygdeforordningen.