

Høringsnotat

Forenkling av regelverket for dekning av pasienters reiseutgifter (pasienttransport)

*Forslag til endring av pasient- og brukerrettighetsloven og
forslag om ny forskrift om pasientreiser*

Utsendt: 12. september 2014

Høringsfrist: 26. november 2014

1	Innledning.....	4
1.1	Bakgrunn.....	4
1.2	Sammendrag	5
2	Beskrivelse av dagens ordning	12
2.1	Kort om gjeldende rett	12
2.2	Bruk av ordningen.....	13
2.3	Saksgang	13
3	Behov for endringer.....	15
3.1	Mye papir, manuelle rutiner.....	15
3.2	Ulik praktisering av regelverket.....	15
4	Enklere beregning av stønad – standardsats per kilometer.....	17
4.1	Standardsats som hovedregel.....	17
4.2	Begrunnelse.....	17
4.3	Ikke dekning når lokal minstetakst/enhetstakst kan benyttes	18
4.4	Øke minste reiseavstand fra 3 kilometer til 10 kilometer	18
4.5	Reiser over 300 kilometer dekkes etter billigste rutegående	18
4.6	Utvidet dekning av faktiske utgifter	19
5	Ledsagers rett til dekning av utgifter ved reise.....	21
5.1	Gjeldende rett.....	21
5.2	Departementets vurdering og forslag.....	21
6	Elektronisk innsending av krav	22
7	Forenkling av dokumentasjon av utgifter	23
7.1	Departementets endringsforslag.....	23
7.2	Dagens dokumentasjonskrav	23
7.3	Behov for forenkling.....	23
7.4	Registrering og utlevering av opplysninger	24
7.5	Tilbakekreving og tvangsinn drivelse av feil utbetalt refusjon.....	29
7.6	Dokumentasjonskrav og stikkprøver	31
8	Forslag til endringer på utvalgte områder.....	35
8.1	Bør reiseutgifter beregnes fra bosted, oppholdssted eller en kombinasjon?...35	
8.2	Forhøyet egenandel - forskriftsfeste praksis og forenkle.....	42

8.3	Utvide dekning til kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold og dialyse	45
8.4	Foreldres rett til dekning av reiseutgifter ved innleggelse og utskrivning av barn i sykehus mv.....	46
8.5	Hvem skal behandle foreldres krav på reiserefusjon når barnet er på institusjon?	49
8.6	Reiseutgifter til nasjonale funksjoner	52
8.7	Begrenset rett til refusjon når helseforetaket skal bestille drosje og fly	54
8.8	Ikke krav om faktiske utgifter for å innvilge standardsats.....	56
9	Et lettere forståelig regelverk	58
9.1	Innledning	58
9.2	Kommunal institusjon dekker reise til kommunale helse- og omsorgstjenester	58
9.3	Forlengelse av reise.....	58
9.4	Ikke dekke reise til forebygging, apotekurer, attester mv.....	59
9.5	Tydligere regulering av reise ved fritt sykehusvalg.....	59
9.6	Avkortning av stønad til reisemål som ikke er nevnt i forskriften	60
9.7	Permisjoner – sykehus	60
9.8	Helsepersonell som kan attestere behov for bruk av bil eller drosje	61
10	Økonomiske og administrative konsekvenser.....	62
10.1	Innledning.....	62
10.2	Standardsats og administrative besparelser.....	62
10.3	Utvikling og tilpasning av IKT-systemer.....	63
10.4	Stønad beregnes fra oppholdssted, men overstiger ikke kostnad fra bosted	63
10.5	Egenandeler.....	63
10.6	Utvide dekning til kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold og dialyse	63
10.7	Barns opphold på institusjon – saksbehandling og utbetaling	64
10.8	Reise til institusjoner med landsdekkende funksjon	64
10.9	Drosje og fly.....	65
11	Forslag til lovendringer	66
12	Forslag til ny pasientreiseforskrift.....	68
13	Merknader til forslag om lovendringer	79
14	Merknader til forslag til ny pasientreiseforskrift.....	81

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Refusjonsordningen for pasientreiser skal forenkles, jf. Stortingets behandling av Meld. St. nr. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal. Formålet med endringsforslagene i dette høringsnotatet er å forenkle ordningen for brukerne, tilpasse regelverket til elektroniske prosesser og legge til rette for enklere og mer effektiv saksgang.

Det er det offentliges ansvar å gi hele befolkningen likeverdig tilgang til gode helse- og omsorgstjenester. De regionale helseforetakene er pålagt å sørge for transport til undersøkelse eller behandling til både spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste finansiert etter folketrygdloven kapittel 5. Pasientenes rett til dekning følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6.

De regionale helseforetakene kan sørge for transport ved å gi pasienten et tilbud om transport med transportør som er ansatt i helseforetak eller regionalt helseforetak eller har avtale med regionalt helseforetak (transport med rekvisisjon). Reiser rekvireres til brukere som ikke har mulighet til å benytte seg av rutegående transport på strekningen eller som har behov for tilrettelagt transport av medisinske årsaker. Oppgjør foretas mellom transportør og helseforetak. Pasienten betaler kun eventuell egenandel.

Pasienten kan også legge ut for reisen. I disse tilfellene skal regionale helseforetak sørge for at pasientens utgifter blir refundert etter krav (pasientreiser uten rekvisisjon). Retten til refusjon er regulert i forskrift (syketransportforskriften). I dag må krav om refusjon for reiseutgifter sendes per post. Det er ikke mulig å sende elektronisk krav. Pasienten må vedlegge skjema med detaljert informasjon om reisen og dokumentasjon i form av kvitteringer og bekreftelse på oppmøte hos behandler. Pasienter som har mottatt oppmøtebekreftelse hos behandleren, må ettersende denne for å få kravet behandlet.

I 2013 ble det gjennomført 4,6 millioner pasientreiser uten rekvisisjon og 4 millioner reiser med rekvisisjon.

Ordningen med pasientreiser uten rekvisisjon har et stort innslag av manuelle prosesser, både for pasienter og for helseforetakene. Det er knyttet høye kostnader til å administrere ordningen. Dersom helseforetakene kan bruke mindre ressurser på saksbehandling, kan de bruke mer på helsehjelp som kommer pasientene til gode. Det er derfor et selvstendig mål å redusere administrasjonskostnadene.

Elektroniske selvbetjeningsløsninger understøtter regjeringens ambisjon om at digital kommunikasjon skal være den primære kanalen for dialog mellom bruker og offentlig virksomhet. Dette innebærer at digitale tjenester og automatiske prosesser skal være standardløsning. Papir og manuelle prosesser skal være unntaket.

1.2 Sammendrag

1.2.1 Dagens ordning

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 og syketransportforskriften har pasienter rett til å få dekket nødvendige utgifter til reise til og fra offentlig finansiert behandling (pasientreiser). Hovedregelen er at man får dekket billigste reisemåte med offentlig transport til nærmeste sted der behandlingen kan ytes. Dyrere transport dekkes dersom offentlig transport ikke er tilgjengelig på strekningen eller at det av helsemessige årsaker ikke er mulig å benytte offentlig transport. Det gis ikke refusjon i soner hvor det er innført minstetakst eller enhetstakst for rutetilbudet (normalt i bynære strøk), eller der pasienten bor nærmere enn 3 kilometer fra behandlingssted.

I 2004 overtok de regionale helseforetakene ansvaret for pasientreiseområdet i Norge. Helseforetakenes senter for pasientreiser (Pasientreiser ANS) ble opprettet i 2009. I tillegg er det 18 lokale pasientreisekontor i Norge, lokalisert til helseforetakene. Helseforetakene har ansvar for reiseplanlegging, gjennomføring av reiser med rekvisisjon og saksbehandling av reiseregninger.

I 2013 fikk pasientene refundert 661 mill. kroner. Pasientene betalte 119 mill. kroner i egenandel. Administrative kostnader knyttet til Pasientreiser ANS og pasientreisekontorene er om lag 180 mill. kroner i året.

Høringsnotatet innebærer ikke en fullstendig gjennomgang av dagens ordning, og omtaler bare områder hvor departementet foreslår endringer.

1.2.2 Behov for forenkling

Hovedutfordringen med dagens refusjonsordning er at pasienter og helseforetak opplever ordningen som tungvint. Refusjon av utlegg forutsetter et krav fra pasienten. Pasienten må fylle ut et detaljert skjema om reisen og legge ved dokumentasjon på blant annet oppmøte, helsemessig begrunnelse for bruk av bil eller drosje og kvitteringer. Krav kan ikke sendes inn elektronisk. Pasientreiser ANS mottar ca. 100 kilo post hver dag (ca. 800 000 konvolutter per år), og det er et stort omfang av manuelle rutiner, bl.a. mottak, skanning, sortering, saksbehandling og postutsendelse. Regelverket er blitt kritisert for å være vanskelig å forstå.

Det er ønskelig å forenkle oppgjørsordningen for å sikre en enklere løsning for pasientene og en mer kostnadseffektiv administrasjon av ordningen.

Eksempler på slik forenkling er standardiserte utbetalinger, elektronisk innsending av krav, elektronisk oversikt over egne reiser, lett tilgjengelig informasjon, forenklet kontakt ved spørsmål og klage samt tekniske løsninger som gjør det mulig å automatisere kontrollen av enkelte vilkår for refusjon. Dette er i tråd med regjeringens ønske om å digitalisere den offentlige helsesektoren og gi pasientene flere selvbetjeningsløsninger.

1.2.3 Innføring av enklere beregning av stønad – standardsats mv.

Departementet foreslår å innføre standardsats som hovedregel. Se kapittel 4. Standardsats innebærer at utbetalingen til pasientene baseres på en standard kilometergodtgjørelse, uavhengig av om pasienten benytter kollektiv transport, egen bil eller drosje. Det er strekningens lengde som ligger til grunn for utbetalingen. Dette vil erstatte dagens hovedregel om at reiser dekkes etter taksten for billigste rutegående transportmiddel. Ved reiser over 300 kilometer (som oftest fly) skal utbetalingen til pasientene fremdeles baseres på billigste rutegående transport.

Innføring av standardsats vil påvirke utbetalingene til pasientene. Noen pasienter vil få mer utbetalt i enn i dag og noen vil få mindre. Eksempelvis vil de fleste pasienter som reiser korte strekninger med buss og tog få mindre enn i dag, mens de som reiser langt vil få mer.

Det foreslås å beholde dagens regler om at reiser som kunne være foretatt med rutegående transportmiddel til lokal minstetakst eller enhetstakst ikke dekkes. Fjerning av vilkårene ville for eksempel gitt pasienter som kunne reist med buss og trikk i store byer rett til refusjon.

Det foreslås å heve kilometergrensen fra 3 kilometer til 10 kilometer. Basert på reiser i 2013, vil dette gi reduserte refusjonsutbetalinger på ca. 8 mill. kroner per år og administrative besparelser på ca. 7 millioner kroner per år. Beregninger viser at i overkant av 30 000 pasienter kan miste rett til refusjon dersom kilometergrensen heves til 10 kilometer. Pasienter som av helsemessige grunner må benytte bil eller drosje, vil fortsatt ha rett til refusjon på strekninger som er kortere enn 10 kilometer.

1.2.4 Dekning av faktiske utgifter

Departementet foreslår i stor grad å videreføre bestemmelsene for refusjon av faktiske utgifter når pasientens helsetilstand eller kommunikasjonsmessige forhold gjør bruk av egen bil eller drosje nødvendig. I tillegg foreslås at pasienter som har reisevei med rutegående båt skal ha rett til å få dekket faktiske utgifter til billigste rutegående transport. Dette skal sikre at pasienter som har store reiseutgifter, og som ikke kan benytte billigere transportmiddel, fortsatt skal ha mulighet til å få sine utgifter refundert. Høringsinstansene spørres om dette fanger opp de mest kostbare reisene.

For å forenkle saksbehandlingen, foreslår departementet at dagens rett til dekning av 2,40 kroner per kilometer ved bruk av egen bil erstattes av en felles standardsats. Det legges derfor ikke opp til egen sats for bil ved helsemessige eller kommunikasjonsmessige forhold. Dersom standardsatsen settes lavere enn 2,40 kroner per kilometer, vil pasientene som får innvilget bruk av egen bil, få mindre utbetalt enn i dag. Se punkt 4.6.5.

1.2.5 Færre dokumentasjonskrav og elektronisk krav

Det legges opp til at en elektronisk løsning kan bli tilgjengelig for innbyggerne via ”Min helse” på helsenorge.no.

Departementet ønsker å forenkle kravet til dokumentasjon av pasienters oppmøte hos behandler. Oppmøte bør bekreftes gjennom data fra eksisterende registre som Norsk pasientregister og i registre for refusjon og oppgjør i HELFO. Dette kan gjøres for de aller fleste reisene. For reiser hvor oppmøte ikke kan bekreftes med data fra eksisterende registre på vedtakstidspunktet, må det innføres systemer for stikkprøvekontroller. Dokumentasjon for reise som det kreves tapt arbeidsinntekt for må foreligge på vedtakstidspunktet.

Når vedtak fattes før opplysningene kontrolleres, vil det også oppstå behov for en særskilt hjemmel for tvangsinndrivelse av feilutbetalinger og motregning i fremtidige refusjoner. Det vil være uhensiktsmessig å måtte gå til rettsapparatet for effektivt å kunne tilbakekreve mange små summer. Departementet foreslår derfor lovhjemmel for tvangsinndrivelse og motregning i fremtidige refusjoner.

1.2.6 Andre forslag til endringer

Reiser med ledsager (notatet punkt 5)

I 2013 foregikk 90 pst. av reisene med ledsager med bil. Departementet foreslår å fjerne dagens tillegg på 0,40 kr/km per passasjer. Det gir ikke økte kostnader av betydning å ha med en passasjer. De vil heller ikke ha hatt utgifter til reisen. For å hindre dobbeltdekning, skal enten ledsager eller pasient få standardsats refundert. Begge skal likevel ha rett til standardsats dersom det dokumenteres at rutegående transport er benyttet.

Reise fra bosted eller oppholdssted (notat pkt. 8.1)

Transportutgifter skal i dag dekkes fra oppholdssted til behandlingssted og tilbake. Ved reise til planlagt behandling, skal utgiftsdekningen likevel ikke overstige kostnaden ved å reise mellom bosted og behandlingssted.

Departementet ser behov for å forenkle vurderingen ved i større grad å likebehandle reiser til planlagt og ikke-planlagt helsehjelp. Selv om det umiddelbart fremstår som et logisk skille, vil det i praksis være svært vanskelig å fordele helsehjelp i to kategorier basert på grad av planlegging. Vilkår som krever dokumentasjon på type helsehjelp, når time ble bestilt osv. bør dessuten unngås. Det er på denne bakgrunn tre alternative prinsipper for regulering av hvilke strekninger pasientene kan kreve å få dekket utgifter til:

- Fra oppgitt oppholdssted og tilbake.
- Fra bosted og tilbake, uavhengig av hvor pasienten faktisk har reist.
- Fra oppholdssted og tilbake. Likevel slik at dekningen ikke skal overstige kostnaden ved reise fra bosted og tilbake.

Departementet drøfter de ulike løsningene og foreslår sistnevnte løsning. Det foreslås videre en sikkerhetsventil for dekning av reiseutgifter når pasienten oppholder seg langt fra bostedet og det uventet oppstår behov for å oppsøke helsehjelp nær bostedet. Det er lagt avgjørende vekt på i størst mulig grad å forene hensynet til forenklinger, pasientenes tillit til at fellesskapets ressurser fordeles rettferdig og videreføring av gjeldende praksis.

Hvilken helsehjelp som regnes som nærmest skal vurderes ut fra oppgitt oppholdssted. Hvis ikke annet oppholdssted oppgis, legges bosted til grunn.

Forenklet regulering av forhøyet egenandel (notat pkt. 8.2)

I dag betaler pasientene forhøyet egenandel på 400 kroner hver vei når de ”benytter seg av” fritt sykehusvalg. Ordinær egenandel er 135 kroner hver vei. Pasientreisekontorene må derfor undersøke årsaken til at pasienten har reist ut av regionen, kun med tanke på egenandelen.

Det foreslås at egenandelens størrelse ikke knyttes opp mot en vurdering av om pasienten ”har benyttet seg av” fritt sykehusvalg. I stedet forskriftsfestes en hovedregel om egenandel på 400 kroner ved reise til sykehus, distriktpspsykiatrisk senter og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Pasienten skal likevel ikke betale mer enn ordinær egenandel på 135 kroner ved reise til tilbud i egen bostedsregion, til geografisk nærmeste sted eller når pasientens helseregion ikke kan tilby helsehjelpen i egen helseregion. Når HELFO skaffer tilbud ved fristbrudd skal det ikke betales egenandel. I disse tilfellene anses ikke fritt sykehusvalg å ”være benyttet” i dag.

For å unngå at pasientene må dokumentere at regionen ikke har et behandlingstilbud, bør pasientreisekontorene ha oversikt over regionens tilbud og innhente informasjon i tvilstilfeller. Dette gjøres ved flere kontorer i dag.

Kommunale døgnopphold og dialyse (notat pkt. 8.3)

Det foreslås at departementet gis lovhjemmel til i forskrift å regulere retten til refusjon ved pasientreiser til bestemte kommunale helse- og omsorgstjenester. Bakgrunnen er at pasientene mister rett til stønad når kommuner som ledd i samhandlingsreformen overtar oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, med mindre helsehjelp gis av personell med rett til refusjon fra folketrygden. For eksempel vil det kunne gis refusjon for en reise hvis hjelpen gis av lege, men ikke hvis den gis av sykepleier. For pasientreisekontorene vil det være tidkrevende å undersøke hvem som yter tjenesten. Det foreslås at hjemmelen benyttes til å inkludere reise til kommunale døgnopphold for øyeblikkelig hjelp og kommunale dialysetilbud.

Dekning av utgifter for foreldre ved innleggelse av barn i sykehus mv. (pkt. 8.4)

Ved innleggelse av barn i sykehus dekkes reiseutgiftene normalt for én forelder som fysisk følger barnet. Det foreslås å forskriftsfeste at to foreldre har rett til dekning av utgifter når de ledsager alvorlig eller livstruende sykt barn ved innleggelse og utskrivning. Dette er i tråd med gjeldende praksis ved de aller fleste pasientreisekontorene. Forslaget leder til bedre likebehandling, trygghet for foreldrene og videreføring av en praksis som sikrer foreldre reell anledning til å bruke retten til å være hos alvorlig eller livstruende syke barn.

Det foreslås videre å presisere at sykehusets innkalling av foreldre i forbindelse med innleggelse gir rett til dekning av reiseutgifter, selv om de ikke faktisk følger barnet på reisen. Høringsinstansene spørres om innkalling fra sykehuset bør kreves i slike

situasjoner og om andre vilkår bør gjelde for at foreldre som ikke fysisk ledsager barnet skal få dekket reise.

Krav fra foreldre som er sammen med barn i institusjon sendes ett sted (notat pkt. 8.5)

Departementet foreslår at de regionale helseforetakene skal overta sykehusenes ansvar for å saksbehandle og dekke reiseutgifter for foreldre som innkalles til sykehus for å være med sine barn eller som må reise hjem ved lengre opphold. Det forskriftsfestes at krav skal sendes Pasientreiser ANS i Skien – i likhet med alle krav etter gjeldende syketransportforskrift. Kravene fordeles så på de respektive pasientreisekontorene for vurdering. Hensikten er å gi foreldrene ett sted å henvende seg om reiser. Det foreslås at de regionale helseforetakene gis rett til å kreve de refunderte reiseutgiftene tilbake fra de enkelte institusjonene.

Oppheve særbehandling av navngitte institusjoner (notat pkt. 8.6)

Etter gjeldende forskrift får pasienter, uavhengig av hvor i landet de bor, dekket reiseutgifter til ”helseinstitusjoner med landsdekkende funksjon, herunder Hernes Institutt, Beitostølen Helsesportsenter, Valnesfjord Helsesportsenter, Attføringscenteret i Rauland, Granheim lungesenter og Glitreklubben”. Betegnelsen ”helseinstitusjoner med landsdekkende funksjon” benyttes ikke lenger. Det er videre uheldig at forskriften gir rett til særskilt dekning av reise til navngitte institusjoner. Det er tilfeldig og potensielt konkurransevridende. Rett til dekning av utgifter ved reise bør ikke knyttes til enkeltinstitusjoner, men til organiseringen slik den er til enhver tid. Det foreslås derfor å forskriftsfeste at reise til nasjonal eller flerregional behandlingstjeneste eller nasjonal kompetansetjeneste dekkes, uavhengig av hvor i landet de befinner seg. For reiser til nasjonale kompetansetjenester er det en forutsetning at det er åpnet for å tilby behandling eller det er etablert et tilbud om pasientopplæring eller kurs.

Forslaget antas ikke å ha nevneverdige økonomiske konsekvenser for de regionale helseforetakene, men innebærer noen endringer for pasientens dekning ved reiser til de nevnte institusjonene. Se høringsnotatet punkt 10 om konsekvenser for de enkelte institusjonene.

Delvis rett til refusjon når pasienten selv bestiller drosje og fly (notat pkt. 8.7)

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 fjerde ledd bestemmer at retten til dekning av utgifter ved transport ”faller bort dersom pasienten får tilbud om transport med transportør som har avtale med regionalt helseforetak”. Begrunnelsen er at det ofte er tale om store utgifter, at helseforetakene har inngått avtaler med transportselskaper som normalt vil gi lavere pris og at det skal være mulig å frakte flere pasienter med samme transport.

Gjeldende praksis foreslås i all hovedsak forskriftsfestet. Reiser med fly og drosje skal bestilles av pasientreisekontorene. Pasienter som selv legger ut for transport med drosje skal ikke få refundert transporten dersom de i et tidligere vedtak er opplyst om at helseforetaket skal bestille drosje. De får altså en individuell advarsel. Unntak foreslås når reisen skyldes behov for øyeblikkelig hjelp.

Pasienter som selv legger ut for flyreise bør imidlertid gis dekning begrenset til standardsats, eller billigste rutegående transport på strekninger over 300 kilometer. Dette vil forhindre urimelige situasjoner hvor pasienten har store utgifter og hvor pasienten har skaffet billigere reise enn helseforetaket. Det dreier seg om svært få tilfeller.

Ikke standardsats når det er opplyst at gratis offentlig transport skal benyttes (notat pkt. 8.8)

Tilbud om gratis transport i regi av fylkeskommunene øker i omfang. Dekning per kilometer for slik transport vil kunne føre til en ikke ubetydelig økning i utbetalingene. Det foreslås derfor forskriftsfestet at pasienten ikke har rett til dekning av utgifter etter standardsats dersom pasienten i et tidligere vedtak fra helseforetak har fått opplyst at gratis offentlig transport skal benyttes på strekningen.

Ut over dette bør det ikke stilles krav om dokumentasjon på at pasienten har hatt utgifter til selve transporten. Det innebærer at også sykling, haiking etc. dekkes med standardsats.

1.2.7 Tydeligere og lettere forståelig regelverk

Departementet har gjennomgått syketransportforskriften og gjeldende praksis på området, med tanke på å gjøre regelverket lettere forståelig og tilgjengelige. Endringsforslagene inkluderer presiseringer av ordlyd, ny struktur på bestemmelser og forskriftsfesting av avklaringer som i dag kun fremgår av praksis eller merknader.

Se omtale av de viktigste endringsforslagene i kapittel 9.

Departementet foreslår en ny forskrift om pasientreiser. Se kapittel 12.

Det foreslås videre nødvendige endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6. Se kapittel 11 og 13.

1.2.8 Økonomiske og administrative konsekvenser

De økonomiske konsekvensene vil blant annet avhenge av hvilket nivå standardsatsen settes på. For at de totale utbetalingene skal være tilnærmet uendret, er det beregnet at standardsatsen bør ligge mellom gjennomsnittlig sats for rutegående transportmiddel og dagens refusjonssats for bil (2,40 kroner). En standardsats på to kroner ville i 2013 gitt en tilnærmet uendret utbetaling i sum.

Totalt ble det utbetalt rundt 40 mill. kroner til ledsager i 2013. Basert på reiser i 2013, vil bortfall av særskilt kompensasjon for passasjer for ledsager på 0,40 kroner per kilometer som foreslått i kapittel 5, gi reduserte utbetalinger på i underkant av 26 mill. kroner. Videre vil en heving av kilometergrensen fra 3 til 10 kilometer gi innsparing av kostnader til både refusjon og administrasjon.

Innføring av en brukervennlig elektronisk løsning og færre krav til dokumentasjon kan bidra til at flere benytter retten til å få refundert utgifter. Pasientene vil oppleve dette som en reell forenkling. Dette vil kunne gi utgiftsvekst ved at de totale utbetalingene til pasientene øker, og også at flere vil oppnå frikort raskere. Saksbehandlingen vil kunne effektiviseres, men det må påregnes noe økte kostnader knyttet til kontrolltiltak.

Pasientreiser ANS har beregnet at med standardsats, forenklet dokumentasjon av oppmøte og elektronisk innsending av 50 prosent av sakene, kan de totale administrative besparelsene komme opp i overkant av 50 mill. kroner per år.

Det vil påløpe kostnader til utvikling og tilpasning av IKT-systemer. Det er gjort en vurdering som anslår samlede utviklingskostnader til mellom 45 og 55 mill. kroner. Utvikling og tilpasning av IKT-løsningen må gjennomføres ved siden av dagens ordinære drift. Når løsningen er etablert, vil det påløpe kostnader til forvaltning og drift på 13–15 mill. kroner årlig. Kostnadene vil i hovedsak være knyttet til de regionale helseforetakene. I tillegg vil det være kostnader til tilpasning av teknisk løsning på helsenorge.no og eksisterende registre.

For å sikre gevinstrealisering, skal ordningen evalueres underveis.

Ut over disse forslagene, foreslår departementet i all hovedsak forskriftsfesting av gjeldende rett og en praksis som allerede i dag ligger til grunn for de regionale helseforetakenes utgifter til pasientreiser. I den grad endringer foreslås, legger departementet til grunn at de økonomiske konsekvensene vil bli ubetydelige. Se nærmere omtale i kapittel 10.

2 Beskrivelse av dagens ordning

2.1 Kort om gjeldende rett

Retten til å få dekket utgifter til pasientreiser til og fra offentlig godkjent behandling er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6. Forskrift 4. juli 2008 nr. 788 om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling (syketransportforskriften) regulerer rettigheten nærmere. Formålet med ordningen er at reiseutgiftene ikke skal være til hinder for at pasienten kan motta nødvendig undersøkelse eller behandling.

Helsetjeneste som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og som dekkes av et foretak etter lov om helseforetak, er omfattet av ordningen. Dette inkluderer blant annet sykehus tjenester, medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet og behandling hos avtalespesialister. Videre omfattes helsetjenester som dekkes etter folketrygdloven kapittel 5. Dette inkluderer legehjelp, prøver og undersøkelser ved private laboratorier og røntgeninstitutter, tannlegehjelp, tannpleierhjelp, psykologhjelp, fysioterapi, behandling hos kiropraktor, behandling for språk- og taledefekter, behandling hos ortoptist, jordmorhjelp og fødsel utenfor institusjon. Private tjenesteytere må ha avtale med det offentlige.

Det er to former for pasientreiser; reiser med og uten rekvisisjon. Reiser med rekvisisjon er reiser som bestilles gjennom et pasientreisekontor av behandleren eller pasienten selv. Dette er aktuelt når pasienten ikke kan benytte rutegående transport på grunn av helsemessige forhold eller fordi det ikke er et kollektivtilbud på strekningen. Reiser uten rekvisisjon er reiser hvor pasienten reiser på egenhånd, og søker om refusjon av utgifter i etterkant.

Hovedregelen for reiser uten rekvisisjon er at pasienten får dekket rimeligste reisemåte med rutegående transport til nærmeste sted der behandlingen kan gis, jf. loven § 2-6 første og andre ledd. Det vil si at når pasient søker om bruk av bil vil en saksbehandler på pasientreisekontor undersøke om det var et tilgjengelig rutegående tilbud på den gjeldende reisen. Det vurderes om det var mulig for pasienten å benytte tilbudet. Momenter som vurderes er blant annet avstand til holdeplass, tidspunkt for behandling, varighet av behandling og rutetider.

Det gis ikke refusjon for reiser som er kortere enn 3 kilometer, jf. forskriften § 1 bokstav a. Pasienter får heller ikke refusjon for reiser som er innenfor soner med minstetakst eller enhetstakst (som oftest i byer og bynære strøk), jf. forskriften § 1 bokstav b.

Det er i forskriften § 5 andre ledd gjort unntak fra disse reglene dersom det ikke er helsemessig tilrådelig å benytte offentlig transport. Eksempel på dette er om pasient må benytte egen bil eller drosje av helsemessige årsaker. Pasienten får da refundert faktiske utgifter, også for reiser som er under 3 kilometer og innenfor områder med minstetakst. Helsepersonell må dokumentere det helsemessige behovet for annen transport.

Det er også gjort unntak i andre tilfeller der det ikke er mulig å benytte offentlig transport. Dette gjelder for eksempel for pasienter som må benytte egen bil fordi det ikke går buss eller tog til behandlingsstedet. Pasienten får da refundert faktiske utgifter.

2.2 Bruk av ordningen

Fra 2004 overtok de regionale helseforetakene ansvaret for pasientreiseområdet i Norge. Administreringen av pasientreiseområdet er organisert gjennom Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (Pasientreiser ANS) og 18 lokale pasientreisekontor.

Hvert år benytter ca. 400.000 pasienter seg av ordningen med refusjon ved reiser uten rekvisisjon. Antall reiser i 2013 var ca. 4,6 millioner.

I gjennomsnitt mottok 7,7 prosent av befolkningen refusjon for pasientreiser i 2013. Dette er et tilnærmet identisk forbruksmønster som i 2012. Det er store geografiske forskjeller. I Finnmark, som er fylket med høyest forbruk, mottok 23,4 prosent av befolkningen refusjon i 2013. Fylket med lavest forbruk er Oslo med 0,6 prosent.

I 2013 fikk pasientene refundert 661 mill. kroner. De regionale helseforetakene refunderte 413 mill. kroner, og 248 mill. kroner ble refundert over frikortordningen (HELFO). Pasientene betalte 119 mill. kroner i egenandel.

Administrative kostnader knyttet til Pasientreiser ANS og 18 pasientreisekontor er om lag 180 mill. kroner i året.

2.3 Saksgang

Pasienten krever refusjon ved å sende inn reiseregningsskjema, kvitteringer og oppmøtebekreftelse senest seks måneder etter at reisen er foretatt.

Følgende dokumentasjon må legges ved krav om refusjon:

- Bekreftelse på at pasienten har vært til behandling (oppmøtebekreftelse, stemplet timekort eller kvittering for betalt egenandel).
- Kvitteringer pasient har fått på reisen, ved andre reisemåter enn rutegående.
- Annen relevant dokumentasjon ved spesielle behov (for eksempel dokumentasjon på behov for ledsager, behov for tilrettelagt transport, spesielle behov som tilsier at det er nødvendig å få komme til en bestemt behandler osv.).
- Dokumentasjon på fritak fra egenandel dersom aktuelt, for eksempel ved yrkesskade.

Krav med dokumentasjon sendes Pasientreiser ANS i Skien som skanner og registrerer krav med vedlegg i saksbehandlingssystemet PRO. Deretter blir kravet elektronisk videreformidlet til helseforetakenes pasientreisekontorer som behandler kravet. Når pasientreisekontoret i helseforetaket har behandlet kravet og fattet vedtak, sendes vedtaket elektronisk tilbake til Pasientreiser ANS hvor det foretas utbetaling og utsendelse av vedtaksbrev til pasienten.

Ved innvilgelse av krav om dekning av reiseutgifter belastes pasienten med en egenandel, med mindre pasienten har frikort eller det foreligger andre fritaksgrunner. Når pasienten

blir belastet med en egenandel, sender saksbehandlingssystemet automatisk en melding om dette til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Denne meldingen danner grunnlag for automatisk utsendelse av frikort.

Tilsvarende melding sendes også når pasienten har opparbeidet seg frikort. Denne meldingen danner grunnlag for økonomisk oppgjør mellom HELFO og RHF-ene i forbindelse med RHF-enes forskuttering av frikortandeler.

Saksbehandlingstiden, fra Pasientreiser ANS mottar kravet og til utbetaling til bruker, var i 2013 i gjennomsnitt 16,8 dager. Saksbehandlingstiden varierte mellom pasientreisekontorene fra laveste saksbehandlingstid på 10,4 dager til høyeste på 25,3 dager.

3 Behov for endringer

3.1 Mye papir, manuelle rutiner

Pasienter og helseforetakene opplever dagens refusjonsordning som tungvinn.

Pasienten må fylle ut et detaljert kravskjema om reisen og legge ved dokumentasjon på oppmøte og utlegg. Krav kan ikke sendes inn elektronisk.

Pasientreiser ANS mottar daglig 100 kilo post, om lag 800.000 konvolutter hvert år. Posten mottas og åpnes manuelt, papir skannes og sorteres, og vedtak sendes til pasienten per post. Regelverket inneholder en rekke detaljerte bestemmelser som i stor grad forutsetter manuell saksbehandling og utøvelse av skjønn. Dette gjør saksbehandlingen og administrasjon svært ressurskrevende.

Kostnadene til administrasjon av ordningen bør ikke være høyere enn det som er helt nødvendig. Pasienter og innbyggere forventer i større grad å kunne utføre tjenester på nett. Samtidig er det politiske mål om forenkling og digitale tjenester.

Pasientreiseområdet møter, i likhet med helsevesenet for øvrig, nye utfordringer i de nærmeste årene som følge av den demografiske utviklingen. Helseforetakene planlegger med økning i behandlingsskapiteten, spesielt innen dagbehandling og poliklinisk behandling. Dette vil kunne bety økt pasienttransport, og en økning av antall reiser uten rekvisisjon og økte reisekostnader. Det betyr at administrasjonskostnadene også vil øke dersom arbeidsprosessene ikke endres og videreutvikles gjennom bruk av teknologi og/eller regelverksforenkling.

3.2 Ulik praktisering av regelverket

Ulik tolkning av regelverket og behovet for skjønnsmessige vurderinger, fører til ulik refusjonspraksis ved de ulike pasientreisekontorene.

Når en pasient har reist med egen bil, tilsier dagens regler at dersom reisen ikke er helsemessig begrunnet (erklæring fra helsepersonell), skal pasientreisekontoret vurdere om pasienten kunne benyttet et rutegående transportmiddel. Saksbehandleren skal vurdere om det finnes offentlig kommunikasjon på strekningen, om det passet med tidspunktet pasienten skulle til behandling (lokal ruteinformasjon) og pris/takst. Dette er tidkrevende. Enkelte helseforetak forenkler saksbehandlingen for bilreisene ved at pasientene får refundert sine bilutgifter uten en vurdering av om det var mulig å benytte rutegående transportmiddel. Dette gjelder særlig reiser under 300 kroner.

I 2013 ble mer enn 75 prosent av reisene gjennomført med bruk av egen bil. Av disse bilreisene, ble 79 prosent innvilget til kilometersats (2,30 kroner i 2013) og ev. tilleggsutgifter til bom, bilferge og parkering. Bare 21 prosent ble innvilget som billigste reisemåte, for eksempel buss eller tog.

Tall fra Pasientreiser ANS viser at en stor andel av utgifter til parkering og bom blir refundert til pasienter som bor i befolkningstette områder, altså i områder hvor offentlig kommunikasjon er best utbygd. Vi har ikke tall på hvor mange av disse reisene som ble

innvilget av helsemessige årsaker, men det er grunn til å anta at flere av reisene kunne vært refundert tilsvarende takst for billigste rutegående transport.

I 2013 og 2014 har det vært økt oppmerksomhet på å få ned utgiftene til pasientreiser. Flere helseforetak har derfor strammet inn saksbehandlingen av bilreisene. Tall fra Pasientreiser ANS viser at helseforetak som saksbehandler bilreisene ”strengere”, har redusert utbetalingene.

Departementet mener reglene om pasientreiser må ha en struktur og utforming som er enklere å forstå for pasientene. Det er også behov for å tydeliggjøre deler av gjeldende rett.

4 Enklere beregning av stønad – standardsats per kilometer

4.1 Standardsats som hovedregel

For å forenkle pasientreiseordningen, foreslås det å innføre én felles standardsats som hovedregel. Standardsats innebærer at utbetalingen til pasientene baseres på en standard kilometergodtgjørelse, uavhengig av om pasienten benytter kollektiv transport, egen bil eller drosje. Det er strekningens lengde som ligger til grunn for utbetalingen. Standardsats vil erstatte dagens hovedregel om at reiser dekkes etter taksten for billigste rutegående transportmiddel. Se utkastet § 21.

Departementet har vurdert å inkludere utgifter til bom, ferge og parkering i én felles standardsats. En slik standardsats vil kunne gjelde for alle reiser eller kun for bilreisene. Det er vanskelig å anslå hvilket nivå standardsatsen burde ligge på dersom den skal omfatte ”alt”, og hvordan det ville påvirke utbetalingene for den enkelte pasient. En altomfattende standardsats vil i mindre grad samsvare med faktiske utgifter. Pasienter som benytter offentlig transportmiddel eller ikke har tilleggsutgifter vil kunne få økt utbetaling. Det vil også være vanskelig å kontrollere utgiftene. Det foreslås derfor ikke å innføre en altomfattende standardsats som inkluderer bom, parkering mv.

Videre er det vurdert å innføre egne standardsatser for parkering, ferge, bom og ev. drosje. Slike satser vil kunne forenkle saksbehandlingen, og det ville bli enklere for pasientene å sende inn krav. Datakilder og ruteplanleggere fra Statens Vegvesen kan benyttes for å vise om det er bom og ferge på strekningen, og ulike bom- og fergetakster. Samtidig vil det være behov for å kunne kontrollere utgiftene, for eksempel at pasienten faktisk har benyttet drosje eller bil til og fra behandling. Slike løsninger bør utredes nærmere. Det foreslås ikke å innføre slike satser nå.

4.2 Begrunnelse

Innføring av standardsats vil legge til rette for elektroniske løsninger og en forenklet og mer automatisert saksbehandling. Dette vil gi en mer kostnadseffektiv administrasjon av ordningen. I tillegg vil standardsats kunne legge til rette for kortere saksbehandlingstid og raskere tilbakebetaling til pasientene.

Pasienten slipper å dokumentere hvordan han eller hun har reist. Det må registreres hvor pasienten har reist fra og hvor pasienten har fått behandling for å beregne avstand. Dette er grunnlaget for å beregne hvor mye pasienten skal få utbetalt.

Forslaget innebærer at pasienten kan velge det transportmiddelet som passer best. Valg av transportmiddel påvirker ikke utbetalingen, slik at utbetalingen blir den samme om pasienten reiser med buss, tog eller bil. Tidkrevende undersøkelser av rutetider og kostnader med rutegående transportmiddel vil falle bort.

Innføring av standardsats vil påvirke utbetalingene til pasientene. Noen pasienter vil få mer utbetalt enn i dag og noen vil få mindre. Eksempelvis vil de fleste pasienter som reiser korte strekninger med buss og tog få mindre enn i dag, mens de som reiser langt vil få mer.

Ved om lag 75–80 prosent av reisene i 2013 benyttet pasienten bil. Dagens reisemønster viser at det ikke lenger er naturlig å ta utgangspunkt i at pasienter benytter rutegående transportmiddel. Standardsats vil gjøre refusjonen uavhengig av hvilken reisemåte pasienten velger.

4.3 Ikke dekning når lokal minstetakst/enhetstakst kan benyttes

I dag dekkes ikke reiser hvor pasienten kan benytte rutegående transportmiddel til lokal minstetakst eller enhetstakst. For å forenkle saksbehandlingen ytterligere, har det vært drøftet om denne regelen skal fjernes.

Det er klar sammenheng mellom befolkningstettheten i et fylke og i hvor stor grad befolkningen benytter seg av pasientreiseordningen. Forbruket er lavere i befolkningstette områder, hvor offentlig kommunikasjon er bedre utbygget og det er kort reise til nærmeste behandlingssted.

En stor andel av befolkningen bor i byer og tettbygde strøk hvor rutegående transport er godt utbygget. Dersom vilkåret om minstetakst fjernes, kan det bli mange nye pasienter som omfattes av ordningen. For eksempel ville det gitt pasienter som reiser med buss og trikk i store byer rett til refusjon. Mange av disse har med dagens regelverk ikke rett til refusjon av utgifter, og de har heller ikke etterlyst en slik rett.

Det har vært vanskelig å anslå den potensielle utgiftsveksten som følge av å fjerne vilkåret om minstetakst eller enhetstakst. Pasientreiser ANS har anslått at dersom vilkåret om lokal minstetakst fjernes, vil det bli om lag 118 000 nye brukere. Dette vil gi en estimert økning i netto reisekostnader på om lag 200 mill. kroner. Det er usikkert om beregningene fra Pasientreiser ANS utgjør den maksimale potensielle utgiftsveksten.

Departementet foreslår å beholde regelen om at reiser som dekkes av lokal minstetakst eller enhetstakst ikke refunderes.

4.4 Øke minste reiseavstand fra 3 kilometer til 10 kilometer

Departementet foreslår å heve minste reiseavstand fra 3 til 10 kilometer. Kortere reiser enn 10 kilometer skal ikke dekkes. Pasienter som av helsemessige grunner må benytte bil eller drosje, vil likevel fortsatt ha rett til refusjon på strekninger som er kortere enn 10 kilometer.

4.5 Reiser over 300 kilometer dekkes etter billigste rutegående

Det foreslås å innføre et øvre tak på antall kilometer som godtgjøres med standardsats. Reiser med fly går over svært lange strekninger og flybillettene varierer sterkt i pris. En standardsats for slike reiser vil i for stor grad fravike fra de reelle kostnadene. Utgifter til reiser over en viss avstand bør dekkes etter billigste transportmåte da kilometertakst vil kunne komme opp i beløp som dekker langt mer enn de faktiske utgiftene.

Nasjonal reisevaneundersøkelse gjennomført av Transportøkonomisk institutt viser at for reiser inntil 300 kilometer benyttes bil i 80 prosent av tilfellene. For reiser lengre enn 300 kilometer halveres bilbruken til fordel for fly. I dagens ordning, er de fleste reisene som er

så lange, reiser med rekvisisjon. Reisene foretas oftest med fly som rekvireres av pasientreisekontoret eller av behandler.

Departementet foreslår at reiser over 300 kilometer ikke refunderes med standardsats. Det foreslås at pasienten for slike reiser fortsatt skal ha rett til dekning av utgifter til billigste rutegående transportmiddel.

De fleste av disse reisene rekvireres uansett av pasientreisekontoret på forhånd, uten kostnad for pasienten.

4.6 Utvidet dekning av faktiske utgifter

4.6.1 Utvidet dekning ved helsemessige behov

I dag får pasienter dekket utgifter til bil med tilleggsutgifter (bom, ferge, parkering mv.) og drosje dersom pasientens helsetilstand gjør det nødvendig. Helsepersonell må dokumentere det helsemessige behovet for slik transport, med mindre det skyldes behov for øyeblikkelig hjelp. Departementet foreslår at pasienter som av helsemessige årsaker må reise med egen bil skal ha rett til dekning av standardsats per kilometer og faktiske utgifter til parkering, ferge, bom mv. Se utkastet § 22.

Pasienter som har behov for å ta drosje, vil i de aller fleste tilfeller få rekvisisjon på forhånd slik at det sjelden vil bli aktuelt å kreve refusjon i etterkant. Ved bruk av drosje uten rekvisisjon, er utgangspunktet at pasienten første gang skal få dekket de faktiske kostnadene. Se også omtale under punkt 8.7.2.

4.6.2 Utvidet dekning ved vanskelige kommunikasjonsmessige forhold

Pasienter har i dag rett på dekning av utgifter til annen transport enn billigste rutegående dersom kommunikasjonsmessige forhold gjør det nødvendig. Flere steder i landet er den offentlige kommunikasjonen ikke så godt utbygget at pasientene har et reelt alternativ til å kjøre bil.

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen om refusjon av faktiske utgifter til ferge, bomvei, parkering og piggdekkavgift når kommunikasjonsmessige forhold gjør bruk av annet enn rutegående transport (vanligvis bil) nødvendig. I tillegg dekkes standardsats, se punkt 4.6.4 og 4.6.5. Dersom pasienten ikke har egen bil, er det mulig å få rekvirert drosje.

4.6.3 Utvidet dekning ved bruk av rutegående båt

Enkelte pasienter har uforholdsmessig store kostnader til rutegående transport med båt eller buss som benytter båt på strekningen. På enkelte strekninger vil båt være billigste rutegående transport, som for eksempel i Nord-Norge og på Vestlandet. I slike tilfeller vil rutegående transport kunne koste vesentlig mer enn det pasienten får i samlet godtgjørelse med standardsats. Departementet foreslår derfor at pasienter som benytter rutegående båt på strekningen skal få anledning til å kreve dekket kostnaden til billigste rutegående transport i stedet for en standard kilometersats. Se utkastet § 21 siste ledd.

Vi ber høringsinstansene vurdere om dette vil fange opp de mest kostbare reisene. Vi ber også høringsinstansene vurdere om det ved bruk av båt på strekningen bør gis dekning for billigste rutegående transportmiddel på hele strekningen, eller om dekningen bør deles opp slik at standardsats ytes for den delen av strekningen hvor båt ikke benyttes.

Departementet vil også evaluere løsningen når den nye forskriften har virket en tid, med sikte på å unngå særlig uheldige utslag for pasienter i områder med høye kollektivkostnader.

4.6.4 Standardsats ved bruk av egen bil og andre egne fremkomstmidler

For å forenkle saksbehandlingen, foreslår departementet at dagens forhøyede standardsats ved bruk av egen bil på 2,40 kroner per kilometer ikke videreføres. Det skal kun benyttes én standardsats ved bruk av bil. Det legges derfor ikke opp til egen sats for bil når helsemessige eller kommunikasjonsmessige forhold gir rett til refusjon av faktiske utgifter som bom, parkering etc. Dersom standardsatsen settes lavere enn 2,40 kroner per kilometer, vil pasientene som i dag har rett til refusjon for bruk av egen bil få mindre utbetalt enn i dag. Dette gjelder ca. 65 prosent av reisene i 2013.

4.6.5 Bruk av egen båt, snøscooter mv.

I dag refunderes nødvendig bruk av egen båt, snøscooter, ATV mv. etter satser i Statens reiseregulativ. Departementet foreslår at felles standardsats som hovedregel skal gjelde også for disse reisene. Dersom pasienten kan dokumentere at det var nødvendig å benytte egen båt, snøscooter eller ATV, skal pasienten ha rett til dekning etter satsene i Statens reiseregulativ.

5 Ledsagers rett til dekning av utgifter ved reise

5.1 Gjeldende rett

Når en pasient av medisinske eller behandlingsmessige grunner har behov for ledsager på reise til eller fra en helsetjeneste, har reiseledsageren rett til å få dekket nødvendige utgifter forbundet med å følge pasienten. Dette følger av syketransportforskriften § 9.

Når pasienten benytter seg av rutegående transport, dekkes faktiske utgifter for både pasient og ledsager, for eksempel to bussbilletter eller to togbilletter. Når ledsageren kjører pasienten i egen bil, dekkes kilometergodtgjørelse og tillegg for passasjer, etter sats i forskriften § 5. Satsene i 2014 er 2,40 kroner per kilometer og et tillegg for passasjer på 0,40 kroner per kilometer.

Behov for ledsager på reisen må dokumenteres av helsepersonell. Dokumentasjonen må legges ved kravet. Ledsager får også dekket reisen til og fra pasientens bosted/oppholdssted, i tillegg til reisen hvor han/hun ledsager pasienten.

5.2 Departementets vurdering og forslag

Ved innføring av en felles standardsats for alle typer transport, må det også tas stilling til dekning av utgifter til reise med ledsager. Departementet ser liten grunn til å dekke 0,40 kr/km per passasjer i tillegg til standardsats ved bruk av bil. Passasjerer gir ikke økte kostnader av betydning. Passasjerene vil heller ikke ha hatt utgifter til reisen.

Departementet foreslår derfor å fjerne tillegget og dekke transport med bil kun med standardsats, uten tillegg for ledsager. Det samme skal gjelde ved bruk av egen båt, snøscooter eller ATV.

Når pasienten og ledsageren benytter kollektiv transport vil bruk av ledsager vanligvis fordoble reiseutgiftene. I slike tilfeller vil det være rimelig med dobbelt dekning av utgiftene. Departementet foreslår derfor at ledsager som kan dokumentere at kollektivtransport er benyttet skal få dekket standardsats i tillegg til pasienten. Når reisen er lenger enn 300 kilometer hver vei, skal både pasienten og ledsageren få dekket reiseutgiftene med taksten for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel.

Se forslag til ny forskrift §§ 17.

Departementet foreslår ovenfor i punkt 4.6.3 at pasienten kan kreve refundert den dokumenterte kostnaden ved bruk av rutegående transport med båt. Det samme vil gjelde for ledsageren.

6 Elektronisk innsending av krav

Gjeldende regelverk er teknologinøytralt – det er ikke rettslige hinder for at pasientene sender inn krav elektronisk. En slik løsning krever derfor ikke endringer i lov eller forskrift.

Det legges opp til at elektronisk løsning for pasientreiser kan bli tilgjengelig for innbyggerne via ”Min helse” på den nasjonale helseportalen helsenor.no. I en elektronisk løsning vil pasientene kunne få mulighet til å se egen vedtakshistorikk, rekvirerte reiser, få lettere tilgang til informasjon, få hjelp til utforming av klage og adgang til å stille spørsmål om ordningen. Enkelte felter kan være forhåndsutfyllt basert på informasjon som allerede er lagret, eller brukeren kan hente opp et tidligere lagret skjema. Kravene og vedtakene vil komme raskere frem dersom postgang elimineres. Dette vil bidra til raskere utbetaling til pasientene.

Helseforetakene vil på sin side slippe å taste inn søkerens personalia og reiserute. Beregning av distanse kan gjøres automatisk ved å benytte eksisterende elektroniske karttjenester og kilder, for eksempel løsninger fra Statens Vegvesen. Deler av saksbehandlingen kan forenkles og automatiseres med elektronisk innsending og standardsats. Helseforetakene vil kunne redusere utgifter til skanning og utsendelse av post som følge av elektronisk innsending av krav og elektronisk utsending av vedtak.

Det kan legges til rette for at pasientene gis oversikt over relevante behandlingssteder, slik at de slipper å kjenne til korrekt adresse. I tillegg vil det være mulig å gi informasjon til pasienten underveis i utfyllingen og regne ut avstander når pasienten registrerer hvor han reiser fra og til. Pasienten vil få en bedre oversikt over egne reiser og finne all informasjon på ett sted. Pasienten vil kunne gis mulighet til å korrigere automatisk innhentet informasjon og komplettere informasjon løsningen ikke kan fremskaffe. Når all nødvendig informasjon er fylt ut, kan man i en elektronisk løsning presentere et estimat for hva pasienten kommer til å motta i refusjon.

For pasienter som ikke kan eller ønsker å benytte elektronisk løsning, må det fortsatt være mulig å sende inn kravene per post gjennom eksisterende ordning.

7 Forenkling av dokumentasjon av utgifter

7.1 Departementets endringsforslag

Departementet foreslår tiltak som vil redusere behovet for at pasientene må sende inn dokumentasjon og kvitteringer. Dokumentasjon av oppmøte til behandling forenkles ved bruk av data fra eksisterende registre, og ved at stikkprøvekontroller benyttes der slike data ikke er registrert. Det foreslås ikke nå forenklinger i kravene til dokumentasjon ved dekning av andre refusjoner, for eksempel refusjon for tapt arbeidsinntekt eller bekreftelse på behov for bruk av bil eller drosje.

Opplysningene vil som hovedsak oppgis elektronisk, og ordningen blir mer tillitsbasert. Samtidig vil utbetalingene etterkontrolleres ved hjelp av stikkprøver oftere enn i dag. Departementet foreslår videre hjemler for tvangsinnkreving av feilaktig utbetalte beløp.

Endelig vises til forslaget om standardsats i kapittel 4, som i stor grad fjerner behovet for at pasienten sender inn kvitteringer for reiseutgifter.

7.2 Dagens dokumentasjonskrav

For å få refusjon må alle pasientene i dag dokumentere kravet ved å vedlegge *oppmøtebekreftelse*. Oppmøtebekreftelse er bekreftelse på at pasienten har møtt til behandling, for eksempel bekreftelse underskrevet av behandleren, stemplet timekort eller kvittering for betalt egenandel. Slik dokumentasjon må legges ved skjema om refusjon av utgifter. Pasientene må videre vedlegge *legeerklæring* dersom de har hatt behov for øyeblikkelig hjelp eller de av andre helsemessige grunner ikke kan benytte billigste rutegående transport. Dersom faktiske utgifter kreves dekket, må *betalingsdokumentasjon* for parkering, bom, ferge etc. vedlegges. I enkelte saker oppstår det også behov for *annen informasjon*, for eksempel om behandleren får refusjon fra HELFO og hva som er nærmeste sted for behandlingen.

7.3 Behov for forenkling

Dagens ordning er tidkrevende både for pasient, behandler og administrasjon. Pasienten må spare på bekreftelser og postlegge disse, behandler må skrive ut bekreftelser og administrasjonen må skanne, behandle og vurdere mange ulike bilag.

Spørsmålet er hvordan kravet til dokumentasjon kan ivaretas på en enklere måte enn i dag, samtidig som lovbestemte krav til dokumentasjon av stønader overholdes og misbruk kan forebygges og oppdages.

Ved bruk av elektronisk innsendte krav, kan den nødvendige dokumentasjonen i stedet innhentes direkte fra eksisterende registre. Dette kan være oppgjørdata i registre for refusjon i HELFO (saksbehandlingssystemet KHUR) og Norsk pasientregister. Prosessen blir enklere for pasienten.

Når vedtak fattes på bakgrunn av pasientens oppgitte opplysninger, kan det bli nødvendig å etterprøve dem. Pasientreisekontorene må da ha anledning til å kontrollere opplysningene i elektroniske registre eller ved stikkprøver hos behandlere.

Kontroll av opplysninger etter at vedtak er fattet, vil gjøre det mulig å opprettholde en kort saksbehandlingstid, frigjøre pasientene og behandlerne fra en tidkrevende dokumentasjonsplikt og effektivisere helseforetakenes saksbehandling.

Helseforetakene har hjemmel for innhenting og lagring av opplysninger fra helsepersonell uten pasientens samtykke. Pasienten kan videre samtykke til at eksisterende registre i HELFO og Norsk pasientregister utleverer de nødvendige opplysningene. Innhenting av samtykke egner seg godt for pasientreiser, ettersom pasientene uansett må sende krav på fastsatt skjema, på papir eller elektronisk. Samtykke innhentes allerede i dag. Se punkt 7.4.

Når vedtak fattes før opplysningene kontrolleres, vil det oppstå behov for en særskilt hjemmel for tvangsinn drivelse av feilutbetalinger. Det vil være uhensiktsmessig å måtte gå til rettsapparatet for effektivt å kunne tilbakekreve mange små summer. Dette foreslås lovfestet. Se punkt 7.5.

Adgangen til å fatte vedtak om refusjon av reiseutgifter basert på pasientens opplysninger, uten at opplysningene er bekreftet på vedtakstidspunktet, omtales i punkt 7.6.

I en første fase er det mest realistisk å tenke seg at pasienten kan få mulighet til å registrere reisen elektronisk på helsenorge.no, men det vil fortsatt være behov for å dokumentere helsemessig behov (erklæring fra helsepersonell) og utgifter (kvitteringer). Pasienter kan ettersende dokumentasjon per post eller skanne dokumentene og legge ved den elektroniske kravet. Det arbeides videre med løsninger for elektronisk dokumentasjon av helsemessig behov og eventuelle kontrollmekanismer. Departementet har vurdert om det nå er formålstjenlig å pålegge behandlerne plikt til elektronisk å sende slik informasjon til helseforetakene eller til et eget register. Alternativer kan være bruk av kjernejournal, et fremtidig henvisningsregister eller et eget meldingssystem. I et lengre perspektiv, kan innføring av én journal per innbygger (jf. Stortingets behandling av Meld.St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal) gjøre det mulig å innhente nødvendig dokumentasjon på en enkel måte. Det er nå for tidlig å velge mellom slike løsninger, og derfor heller ikke aktuelt å foreslå lovendringer som gir behandlerne plikt til elektronisk innsending.

7.4 Registrering og utlevering av opplysninger

7.4.1 Gjeldende rett

Helseforetakenes hjemmel til å behandle opplysninger

Helseforetakene har hjemmel i lov og forskrift til å behandle opplysninger som er nødvendige for saksbehandling av krav om refusjon for pasientreiser, herunder opplysninger om pasienten faktisk har vært til behandling (oppmøtebekreftelse) og om behandler har bekreftet at det foreligger særlige transportbehov.

Forskrift 18. desember 2009 nr. 1640 om registre for administrering og samordning av syketransport ([syketransportregisterforskriften](#)) regulerer helseforetakenes behandling av opplysninger som er nødvendige for saksbehandlingen. Forskriften er gitt med hjemmel i

helseregisterloven § 6 c, som slår fast at *”helseopplysningene kan behandles uten hensyn til samtykke fra den registrerte”* ved blant annet krav om refusjon av betalte egenandeler.

Lovhjemmelen er videreført i ny lov om pasientjournal § 11 om systemer for saksbehandling, administrasjon mv. av helsehjelp. Forskriftshjemmelen er gjort generell, for å kunne hjemle systemer for saksbehandling og administrasjon av flere tjenester som er nødvendige for å administrere helsehjelpen. Det er presisert i de spesielle merknadene til bestemmelsen (Prop.72 L (2013-2014) Pasientjournalloven og helseregisterloven) at syketransportregisterforskriften kan videreføres med hjemmel i den nye bestemmelsen.

Bestemmelsen lyder slik:

Kongen i statsråd kan gi forskrift om behandling av helseopplysninger for saksbehandling, administrasjon, oppgjør og gjennomføring av helsehjelp til enkeltpersoner.

Taushetsplikt er ikke til hinder for behandlingen av opplysningene.

Helseopplysningene kan behandles uten hensyn til samtykke fra pasienten. Graden av personidentifikasjon skal ikke være større enn nødvendig for det aktuelle formålet. Opplysninger om diagnose eller sykdom kan bare behandles når det er nødvendig for å nå formålet med behandlingen av opplysningen.

Forskriften skal gi nærmere bestemmelser om behandlingen av opplysningene, om hvilke opplysninger som kan behandles, om den enkeltes rett til å motsette seg behandling av opplysningene og om databehandlingsansvar.

Syketransportregisterforskriften § 3 bestemmer at *”formålet med Enkeltoppgjørregisteret og Direkteoppgjørregisteret for syketransport er å gi grunnlag for administrering og samordning av transport til undersøkelse eller behandling i kommune og spesialisthelsetjenesten”*. Det bestemmes videre at *”administrering omfatter også saksbehandling og refusjon av krav om dekning av slike transportutgifter”*.

I forskriften § 7 opplistes hvilke opplysninger som kan registreres og behandles i forbindelse med refusjonskrav ved pasienters reise. Det er en omfattende liste som blant annet inneholder *”behandlingsstedets navn og adresse”* og *”dato og tid for behandlingen”*. Registrering av oppmøtebekreftelse vil i realiteten gjelde disse opplysningene. Videre kan helseforetakene registrere *”andre forhold opplyst av pasienten som er relevante for behandlingen av krav om refusjon [...]”*. Et eksempel på dette kan være behandlerens bekreftelse på at det er medisinske eller behandlingsmessige grunner til at pasienten må benytte egen bil eller drosje i stedet for kollektivtilbud.

Taushetsplikt- utlevering av opplysninger til pasientreiser ANS

Hovedregelen om helsepersonells taushetsplikt fremgår av helsepersonelloven § 21. Der er det bestemt at *”[h]elsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell”*. Taushetsbelagte opplysninger kan bare gis eller utleveres til andre når det i lov, eller i medhold av lov, uttrykkelig er fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikt ikke skal gjelde.

Opplysninger om en bestemt pasient har oppsøkt helsepersonell for helsehjelp og tidspunktet for dette er taushetsbelagt opplysning som nevnt i § 21. Det samme gjelder informasjon knyttet til behov for særskilt transport. Når en pasient samtykker, vil helsepersonellet ikke lenger være bundet av taushetsplikten. På skjema for reiseregning som pasienten må fylle ut, undertegne og sende til helseforetaket, er det inntatt et punkt om samtykke til at pasientreisekontoret kan innhente nødvendig dokumentasjon for å få behandlet kravet.

Helseregisterloven § 9 første ledd (videreført i ny pasientjournallov § 14) bestemmer at ”*virksomheter og helsepersonell [...] plikter å utlevere eller overføre opplysninger som bestemt i forskrifter etter*” blant annet loven § 6 c. Dette gjentas i syke transportsregisterforskriften § 10. Det bestemmes der at ”*virksomheter, behandlere og tjenesteytere skal, uten hinder av taushetsplikt, sende inn relevante og nødvendige opplysninger etter § 7 til Enkeltoppgjørregisteret*”. Opplysninger om oppmøte og særlige transportbehov kan registreres etter forskriften § 7. Helsepersonell og virksomheter har derfor ikke bare rett til å utlevere opplysningene, de har også en plikt.

Det presiseres at bestemmelsene ikke vil gi helseforetakenes pasientreiseadministrasjon rett til innsyn i journal, diagnose eller behandlerens medisinske begrunnelser. Det er ikke forskriftsfestet frister for innsending av informasjon. Informasjonen skal derfor som utgangspunkt gis på oppfordring fra helseforetakenes pasientreiseadministrasjon.

Utlevering av opplysninger fra Norsk pasientregister (NPR)

Norsk pasientregister er opprettet i medhold av helseregisterloven § 8. NPR har til hovedformål å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, herunder den aktivitetsbaserte finansieringen, kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter.

Forskrift om Norsk pasientregister er ikke til hinder for at NPR med pasientens samtykke kan utlevere opplysninger til helseforetakenes administrasjon av pasientreiser.

Forskriften § 3-6 første ledd bestemmer at ”*Norsk pasientregister kan, med mindre annet følger av denne forskrift, bare utlevere personidentifiserbare opplysninger etter konsesjon fra Datatilsynet og i samsvar med de alminnelige regler om taushetsplikt*”. Det følger av de alminnelige reglene om taushetsplikt at opplysningene kan utleveres dersom mottaker har et tjenstlig behov og pasienten samtykker. Den registrerte kan selv bestemme at enkeltopplysninger skal utleveres fra NPR og benyttes til andre formål.

Pasientens anledning til selv å bestemme (samtykke) over videre bruk til andre formål begrenses ikke av forskriften § 1-3 andre ledd. I bestemmelsen presiseres at ”*opplysninger skal ikke brukes som grunnlag for enkeltvedtak eller andre individuelle beslutninger eller tiltak rettet mot de registrerte*”.

Forskriften § 1-3 andre ledd tar sikte på å forhindre bruk av registeropplysninger til individuelle beslutninger eller andre tiltak av betydning for den registrerte. Dette er begrunnet i den enkeltes personvern og krav om formålsbestemthet. Det ligger i dette at

opplysningene er innsamlet til bruk for andre formål og at kvaliteten ikke nødvendigvis er god nok til å utgjøre grunnlag for individuelle beslutninger.

Ved å samtykke legger pasienten selv til grunn at slik utlevering er til egen fordel. Opplysningene kan lett kontrolleres og korrigeres. Dersom pasientens opplysninger ikke bekreftes ved registeroppslag, vil helseforetakene enten selv kontakte behandleren eller be pasienten om å fremskaffe dokumentasjon før saken behandles videre. Opplysningene kan derfor ikke i seg selv ligge til grunn for avslag, vedtak om tilbakekreving eller andre tiltak. Pasienten kan alternativt velge selv å sende bekreftelse på papir.

Det ligger imidlertid en absolutt skranke i forskriften § 1-3 tredje ledd, hvor det presiseres at *”opplysninger om enkeltindivider som er fremkommet ved behandling av helseopplysninger etter forskriften, kan ikke brukes i forsikringsøyemed, av påtalemyndighet eller domstol, eller av arbeidsgivere, selv om den registrerte samtykker”*. I tredje ledd fremgår det derfor uttrykkelig at samtykke fra den registrerte ikke er tilstrekkelig for å utlevere opplysningene. En slik begrensning er ikke inntatt i andre ledd.

Utlevering av opplysninger fra Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon (KUHR)

KUHR er et saksbehandlingssystem for behandling av refusjonssaker etter folketrygdloven og poliklinikkforskriften. KUHR er ikke helseregister regulert av helseregisterloven, men fagsystem/database hjemlet i folketrygdloven. KUHR er derfor regulert av vanlige forvaltningsrettslige regler, personopplysningsloven, arbeids- og velferdslov etc. Det følger av folketrygdloven § 21-11a sjette ledd at *”ved behandling av saker etter kapittel 5 er Helsedirektoratet behandlingsansvarlig, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 4”*.

Departementet vurderer først om HELFO kan utlevere de nødvendige opplysningene til helseforetakenes pasientreiseadministrasjon uten samtykke fra den registrerte pasienten.

Personopplysningsloven regulerer adgangen til å utlevere opplysninger fra KUHR.

Utlevering av opplysninger er en form for behandling av opplysninger, jf. loven § 2 punkt 2. Loven § 9 bestemmer at *”sensitive personopplysninger [...] kan bare behandles dersom behandlingen oppfyller et av vilkårene i § 8 og [...] a) den registrerte samtykker i behandlingen, [...]”* eller *”er fastsatt i lov at det er adgang til slik behandling”*.

Samtykke og lovhjemmel er også av de alternative vilkårene i § 8 første ledd.

Arbeids- og velferdsforvaltningsloven (NAV-loven) § 7 fjerde ledd, jf. ftrl. § 21-11 a tredje ledd, bestemmer følgende:

”Departementet kan bestemme at opplysninger kan utleveres til offentlige myndigheter i andre tilfelle enn nevnt i tredje ledd når det er godtgjort at opplysningene er nødvendige for at disse myndighetene skal kunne løse pålagte offentlige oppgaver. Dette gjelder likevel ikke opplysninger om etnisitet, politisk eller religiøs oppfatning, helseforhold, misbruk av rusmidler eller seksuelle forhold”.

Opplysninger om *”helseforhold”* kan ikke utleveres i medhold av NAV-loven § 7 fjerde ledd. Det er i utgangspunktet ikke en helseopplysning at pasienten har oppsøkt en

helsetjeneste, men det kan være en helseopplysning dersom den er egnet til å si noe om pasientens helseforhold. Dette kan være tilfelle for eksempel hvis det klart fremgår hvilken tjeneste som er oppsøkt. Departementet kan derfor ikke, med hjemmel i NAV-loven § 7 fjerde ledd, bestemme at opplysninger om pasienters oppmøte eller særskilte transportbehov skal utleveres til helseforetakenes pasientadministrasjon.

Personopplysningsloven § 11 første ledd bokstav b bestemmer at ”*enhver behandling av helseopplysninger skal ha et uttrykkelig angitt formål som er saklig begrunnet i den databehandlingsansvarliges virksomhet*”. Formålet med KUHR er i utgangspunktet å kontrollere vedtak etter folketrygdloven kapittel 5 og poliklinikkforskriften.

Helseforetakenes vedtak om refusjon av utgifter ved reise etter syketransportforskriften er ikke nevnt i folketrygdloven kapittel 5.

Personopplysningsloven er imidlertid ikke til hinder for at pasientene kan samtykke til å utlevere relevante og nødvendige opplysninger fra KUHR til helseforetakenes administrasjon av pasientreiser.

Det er ikke i lov eller forskrift gjort unntak fra at pasienten selv kan bestemme (samtykke til) slik utlevering. Det er sentralt i personvernsammenheng at den registrerte i størst mulig grad selv skal kunne bestemme over opplysninger som beskriver dem og hvem som skal ha tilgang til disse. Denne selvbestemmelsesretten forutsetter, etter departementets oppfatning, at HELFO vil kunne utlevere opplysninger til helseforetakenes pasientadministrasjon når pasientene selv ønsker det og samtykker til slik utlevering slik at vilkårene i personopplysningsloven § 9, jf. § 8, er oppfylt. Samtykket fra den som blir registrert vil i slike tilfeller uttrykkelig angi formålet med utleveringen.

Konsesjon fra Datatilsynet er ikke nødvendig, jf. personopplysningsloven § 33 femte ledd.

7.4.2 Departementets vurdering

Departementet mener det ikke er behov for større endringer i regelverket for utlevering av opplysninger fra helsepersonell eller eksisterende registre om pasientens oppmøte til behandling.

Det er allerede hjemmel for innhenting og lagring av opplysninger fra helsepersonell uten pasientens samtykke. Pasienten kan videre samtykke til at eksisterende registre i HELFO og Norsk pasientregister utleverer de nødvendige opplysningene. Samtykke som grunnlag egner seg godt for pasientreiser, ettersom pasientene uansett må sende krav på fastsatt skjema, på papir eller elektronisk. Samtykke innhentes allerede i dag.

Under forutsetning av at kravene til informasjonssikkerhet overholdes kan ikke departementet se at det er personvernmessig utfordrende om helseforetakene innhenter opplysningene etter samtykke fra pasienten. Innhenting av opplysninger fra registre vil gjøre det mulig å gå bort fra dagens krav om at pasientene selv må sørge for bekreftelse på oppmøte og særlige transportbehov fra behandler, for så å måtte sende dette per post til helseforetakene. De pasientene som samtykker til å innhente opplysninger fra eksisterende registre, vil i stedet kunne sende krav elektronisk. Et samtykke vil derfor være et uttrykk for at pasienten ønsker en slik forenkling og at det er i pasientens interesse at

helseforetakene innhenter informasjon fra KUHR. Helseforetakene vil uansett ha opplysninger om reisens formål, bestemmelsessted etc. fra pasientens refusjonskrav. Det er derfor kun snakk om å innhente opplysninger fra helsepersonell og offentlige registre for å bekrefte opplysninger som allerede er kjent for helseforetaket.

De pasientene som ikke samtykker i kontroll av opplysningene på den måten som her er foreslått vil eventuelt kunne sende dokumentasjon på oppmøte per post som i dag. Dette er i så fall en følge av et bevisst valg fra pasientens side. Departementet har ikke grunn til å tro at svært mange vil unnlate å samtykke til at helseforetakene kan innhente opplysningene.

Opplysning om behandlerens bekreftelse på at det er medisinske eller behandlingsmessige grunner til at pasienten må benytte egen bil eller drosje i stedet for kollektivtilbud, er ikke uttrykkelig nevnt i syketransportregisterforskriften § 7 som ett av de forholdene som kan registreres og behandles i forbindelse med refusjonskrav ved pasienters reise. Slik opplysning omfattes av alternativet ”andre forhold opplyst av pasienten som er relevante for behandlingen av krav om refusjon”. Det samme gjelder opplysning om behandleren får refusjon fra HELFO. Departementet foreslår at også disse opplysningene skal fremgå av forskriften § 7 første ledd nr. 20 og 21, slik at det ikke oppstår tvil om berettigelsen til å registrere og innhente disse. Dette vil bidra til at attester kan lagres over noe tid, slik at pasienten unngår å sende dokumentasjon med hvert eneste krav om reiserefusjon.

For å tydeliggjøre at regelverket heller ikke er til hinder for registrering av helsemessige behov ved rekvirerte reiser, foreslår departementet at syketransportregisterforskriften § 6 første ledd nr. 14 skal gi rett til å lagre ”*behandlerens bekreftelse på at det er medisinske eller behandlingsmessige grunner til at pasienten må benytte egen bil eller drosje i stedet for kollektivtilbud*”.

7.5 Tilbakekreving og tvangsinndrivelse av feil utbetalt refusjon

7.5.1 Gjeldende rett

Syketransportforskriften § 16 tredje ledd bestemmer at refusjonen kan kreves tilbakebetalt dersom mottakeren eller noen på dennes vegne har ”*mottatt refusjon i strid med redelighet og god tro eller uaktsomt gitt feilaktige eller mangelfulle opplysninger*”. Det kan kreves renter med 0,5 prosent pr. måned ved tilbakebetaling av mottatt refusjon.

Vedtak om tilbakekreving av feil utbetalt stønad etter syketransportforskriften er i dag ikke tvangsgrunnlag for utlegg. Særskilt tvangsgrunnlag krever hjemmel i lov, jf tvangsfullbyrdelsesloven § 7-2 bokstav e. Slik hjemmel i lov er ikke gitt. I praksis kan det derfor, med hjemmel i forskriften § 16 tredje ledd, rettes en henvendelse hvor pasient bes om at feilutbetalt refusjon for reiseutgifter tilbakebetales. Denne kan videre purres, men dersom pasienten ikke betaler, må saken gjennom det sivile rettssystemet eller forfølges som straffesak for å etablere et tvangsgrunnlag for kravet.

7.5.2 Departementets vurdering

Dersom helseforetakene skal kunne fatte vedtak om stønad til dekning av reiseutgifter basert på pasientens egenerklæring og stikkprøver, vil det oppstå behov for enklere innkreving av beløp som er utbetalt på feil grunnlag. En mer tillitsbasert administrasjon fordrer lettere adgang til å inndrive feilutbetalinger. I 2012 ble det krevd tilbake 224 000 kroner fordelt på 378 saker. Det må forventes at antall saker om tilbakekreving vil øke.

Inndrivelse av krav gjennom det sivile rettsystemet eller knyttet til en straffesak er både tids- og ressurskrevende, sammenlignet med den nytten det representerer å kunne inndrive en rekke mindre beløp. Enkel tilgang til tvangsinndrivelse av mindre beløp vil også kunne ha en allmennpreventiv effekt. Adgang til enkel innkreving av feilutbetalinger vil derfor, sammen med et godt kontrollsystem basert på stikkprøver og registertilgang, være en viktig forutsetning for å kunne frafalle dokumentasjonskrav overfor pasientene.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å lovfeste hjemler for tilbakekreving og tvangsinndrivelse av feilutbetalinger av stønad til pasientreiser. Hjemlene foreslås hovedsakelig utformet etter mønster av folketrygdloven § 22-15. De detaljerte reglene der foreslås speilet i pasient- og brukerrettighetsloven ny § 2-6 a. Dette innebærer blant annet at krav kan rettes mot personer som har opptrådt på mottakerens vegne, at krav alltid skal inndrives når feilutbetalingen skyldes forsett og at krav kan unnlates etter en konkret vurdering i andre tilfeller.

Departementet foreslår imidlertid ikke en særskilt unntaksregel for små krav, slik som i folketrygdloven § 22-15 sjette ledd. Regelen passer ikke like godt på pasientreiseområdet, der størrelsen på feilutbetalingene vanligvis vil være mindre enn i trygden.

Det foreslås at kravene kan inndrives av Statens innkrevingsentral etter lov om Statens innkrevingsentral eller ved trekk i fremtidige stønader til dekning av pasientreiser. Etter mønster av folketrygdloven § 21-17 a foreslås det at det ved forsett eller grov uaktsomhet hos den som kravet retter seg mot, skal beregnes et rentetillegg på 10 prosent av det beløp som kreves tilbake.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 unntar vedtak som treffes etter loven kapittel 2 fra forvaltningsloven kapittel IV og V. Dette vil også inkludere vedtak om tilbakekreving av feilutbetalt refusjon til dekning av pasientreiser etter den nye bestemmelsen i loven § 2-6 a. Departementet anser det som nødvendig at forvaltningslovens saksbehandlingsregler kommer fullt ut til anvendelse ved slike vedtak. Dette er nødvendig av hensyn til søkerens rettssikkerhet. Departementet foreslår derfor at pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 endres slik at forvaltningsloven kapitlene IV og V gjelder for vedtak som fattes etter ny § 2-6 a om tvangsinndrivelse.

Dersom helseforetakene avdekker at brukers krav om pasientreiserefusjon ikke er korrekt, må HELFO varsles slik at feilberegnete egenandeler kan fjernes fra brukers frikortgrunnlag. I noen tilfeller kan de feilaktig innrapporterte egenandelene ha ført til utstedelse av frikort og/eller refusjon til bruker. Helseforetakene og HELFO må sikre omforente rutiner for håndtering av slike saker.

7.6 Dokumentasjonskrav og stikkprøver

7.6.1 Gjeldende rett

Syketransportforskriften

Syketransportforskriften § 15 andre ledd bestemmer følgende:

”Det kan kreves dokumentasjon for utgifter etter denne forskriften, med unntak av utgifter til kost”.

Forskriften spesifiserer ikke på hvilken måte utgiftene kan kreves dokumentert. For å verifisere at pasienten faktisk har vært til behandling krever helseforetakene i dag at pasientene må legge ved oppmøtebekreftelse når de søker om refusjon av reiseutgifter. Dette viser kravets berettigelse og gir grunnlag for etterprøving. Videre kreves det dokumentasjon for reiseutgifter og spesielle behov.

Økonomistyring i Staten

Etter Bestemmelser om økonomistyring i staten pkt. 7.3.4 skal stønadsforvaltere utenfor statsforvaltningen følge krav til bokføring, dokumentasjon og oppbevaring som vedkommende departement har fastsatt.

Departementet skal utforme stønadsordningen for refusjon av pasienters reiseutgifter slik at forvaltningen skjer innenfor økonomiregelverkets bestemmelser om forvaltning av stønader til privatpersoner, jf. bestemmelsene pkt. 7.1. Departementet må selv vurdere hvordan krav til dokumentasjon skal utformes i aktuelt regelverk for stønadsordningen, jf. krav til et eget regelverk i bestemmelsene pkt. 7.2.1.2. For ordninger med stønad etter søknad skal krav til dokumentasjon utformes slik at det kan foretas en rimelig grad av kontroll av opplysningene som gis i kravet, jf. bestemmelsene pkt. 7.3.9.3.

Ved utforming av alternative løsninger for dokumentasjon og kontroll bør det legges vekt på *“hvilke kostnader de ulike kontrolltiltakene medfører, målt opp mot den nytte og de fordeler som kan oppnås”*, jf. bestemmelsene pkt. 7.3.9.1 og pkt. 2.4 siste ledd.

Bestemmelsene inneholder for øvrig retningslinjer for evalueringer av stønadsordninger, jf. pkt. 7.4.

Økonomiregelverket inneholder også bestemmelser om bokføring, dokumentasjon og oppbevaring for statlige virksomheter. Helseforetakene er ikke omfattet av disse bestemmelsene ettersom de er skilt ut av statsforvaltningen som selvstendige rettssubjekter, jf. Reglement for økonomistyring i staten § 2.

Bokføringsloven

Helseforetakene, som forvalter ordningen gjennom Pasientreiser ANS og de lokale pasientreisekontorene, er omfattet av regnskapsloven. Dette følger av lov av 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetakloven) § 43, jf. lov av 17. juli 1998 nr 56 om årsregnskap § 1-2, første ledd, punkt 12

De er dermed også bokføringspliktige etter lov av 19. november 2004 nr. 73 om bokføring (bokføringsloven) § 2 første ledd. Bokføringsloven forvaltes av Finansdepartementet og tilhørende forskrifter forvaltes av Skattedirektoratet

Det følger av bokføringsloven § 4 nr. 6 at ”bokførte opplysninger skal være dokumentert slik at det viser deres berettigelse”. Se også bokføringsloven § 10. Loven § 6 første ledd bestemmer følgende:

”Bokførte opplysninger skal lett kunne følges fra dokumentasjonen via spesifikasjoner frem til pliktig regnskapsrapportering. Det skal likeledes på en lett kontrollerbar måte være mulig med utgangspunkt i pliktig regnskapsrapportering å kunne finne tilbake til dokumentasjonen for de enkelte bokførte opplysningene”.

På denne bakgrunn skal bokførte opplysninger være dokumentert på en måte som gjør etterprøving og kontroll mulig.

Innrapporteringsplikt til skattemyndighetene

Utbetaling av arbeidsgodtgjørelse i form av tapt arbeidsinntekt til ledsager er opplysningspliktig etter ligningsloven § 6-2 bokstav a (”lønn og annen godtgjøring for arbeid”).

Unntak fra opplysningsplikten foreligger ”[n]år samlede lønnsutbetalinger til en person i løpet av inntektsåret ikke overstiger kr 1000”, se samleforskrift 17.0.2013 nr. 1092 om tredjeparters opplysningsplikt § 5-2-1 første ledd første punktum, jf. ligningsloven § 5-12.

7.6.2 Departementets vurdering

Departementet legger til grunn at helseforetakene vil kunne oppfylle bokføringslovens krav til dokumentasjon for refusjon av utgifter til pasientreiser ved å ha effektiv tilgang til opplysninger om oppmøte i elektroniske registre og hos pasientenes behandlere.

Effektiv tilgang til opplysninger om oppmøte som ikke er registrert i elektroniske registre kan ivaretas med stikkprøver etter et kontrollregime basert på risikovurderinger. Stikkprøver vil være aktuelt både når behandlingsstedet ikke rapporterer opplysninger til registre og når opplysningene registreres først når saksbehandlingen av refusjonskravet er avsluttet.

I hovedsak er det ønskelig å gjennomføre kontroller ved bruk av registre. For de tilfellene der det ikke er registre tilgjengelig, kan helseforetakene tenkes å fatte vedtak om refusjon uten at oppmøte undersøkes i hver enkelt sak. Det vil kreve stikkprøver, hvor behandlere kontaktes for opplysninger om oppmøte eller registre sjekkes i ettertid.

Ved stikkprøver vil kun et begrenset utvalg av saker kunne kontrolleres. Spørsmålet er om det er hjemmel for å utbetale refusjonskrav uten fullstendig dokumentasjon, under forutsetning av stikkprøvekontroll, eller om det vil være behov for endringer i lov og forskrift.

Ettersom enkelte behandlingssteder ikke rapporterer opplysninger til eksisterende registre som KUHR og NPR, vil ikke helseforetakene fra disse kildene kunne innhente

opplysninger om oppmøte for alle pasienter som søker om refusjon av reiseutgifter. Noen opplysninger registreres dessuten lenge etter at behandlingen er gjennomført.

Ved behov kan man imidlertid kontakte behandleren for å be om nødvendig dokumentasjon på oppmøte. Dette kan tenkes gjort i alle saker hvor man ikke har tilgjengelige opplysninger om oppmøte i de registrene helseforetakene har tilgang til. Spørsmålet er om helseforetaket er forpliktet til å innhente denne dokumentasjonen i forbindelse med saksbehandlingen av det enkelte refusjonskrav, eller om det er tilstrekkelig at opplysningen kan innhentes ved behov i ettertid.

Det avgjørende ifølge bokføringsloven § 6 er om det ”*på en lett kontrollerbar måte [vil] være mulig med utgangspunkt i pliktig regnskapsrapportering å kunne finne tilbake til dokumentasjonen for de enkelte bokførte opplysningene*”.

Det vil etter departementets oppfatning være mulig på en lett kontrollerbar måte å finne tilbake til dokumentasjon på oppmøte hvis den ligger lagret i registre som helseforetakene har tilgang til. Det samme gjelder informasjon om oppmøte som helseforetaket ved behov kan få utlevert fra behandlende helsepersonell. Så lenge man har fått opplyst behandleren, vil det også i tilfeller uten registrering av oppmøte i NPR eller KUHR være mulig å finne tilbake til dokumentasjonen for et refusjonskrav. Helseforetakene kan kontakte behandleren. Risikoen i disse tilfellene ligger i at pasienten ikke har oppgitt riktig behandler eller at behandlerens virksomhet legges ned. I førstnevnte tilfelle vil refusjon kunne kreves tilbake. Ved nedleggelse skal journalene normalt lagres.

Stikkprøvekontrollene kan innrettes slik at man velger de kravene som det erfaringsmessig er grunn til å undersøke nærmere. Videre kan stikkprøvene konsentreres om for eksempel større beløp og pasienter som leverer mange små krav. Et system med logiske og automatiske kontroller i kombinasjon med grundigere stikkprøvekontroller er en velkjent metodikk for å oppnå kostnadseffektiv og forsvarlig utbetalingskontroll.

Antallet krav som ikke undersøkes på tidspunktet for saksbehandlingen vil videre avhenge av i hvilken grad helseforetakene kan sjekke dokumentasjonen elektronisk med registre. Det må antas at en vesentlig andel av kravene kan sjekkes elektronisk på tidspunktet for saksbehandlingen, slik at stikkprøvekontrollene vil være aktuelt for en begrenset andel av de totale refusjonskravene. Samlet sett vil en slik løsning trolig gi gode muligheter for å avdekke misbruk. Risikoen for forfalskede oppmøtebekreftelser vil reduseres betraktelig når papirbaserte krav med vedlagte bekreftelser på oppmøte fases ut. Stikkprøvekontrollene vil derfor etter departementets oppfatning et godt alternativ til en løsning med manuell saksbehandling av alle krav.

Med et tilfredsstillende system for stikkprøvekontroll, hvor man lett kan finne tilbake til dokumentasjon og foretar regelmessige kontroller basert på risikovurderinger, vurderes faren for misbruk av refusjonsordningen på tilnærmet samme nivå som i dag.

Departementet legger til grunn at de spesielle dokumentasjonskravene som gjelder ved utbetaling av kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste ikke er forenlige med bruk av stikkprøvekontroller. Det vil for eksempel kunne foreligge skatteplikt, innberetningsplikt, trekkplikt og/eller arbeidsgiveravgiftsplikt, og for slike ytelser vil det i så fall kunne være

skatte- og avgiftsmessige hensyn som tilsier strengere krav til dokumentasjon. Oppmøtebekreftelse og annen dokumentasjon vil derfor måtte foreligge før vedtak om slik kompensasjon fattes.

Departementet foreslår å fastsette følgende generelle regler om dokumentasjonskrav i ny pasientreiseforskrift § 26 om dokumentasjon og kontroll (andre ledd første punktum finnes allerede i gjeldende forskrift § 15):

Helseforetaket skal i rimelig grad kontrollere de opplysningene som pasienten gir. I vurderingen av kontrollens omfang skal det legges vekt på kostnader ved kontrolltiltakene, målt opp mot nytten. Bokføringslovens regler om dokumentasjon gjelder.

Helseforetaket kan kreve at krav om dekning av utgifter skal dokumenteres, med unntak av utgifter til kost. Det skal innhentes nødvendig dokumentasjon før vedtak om dekning av tapt arbeidsfortjeneste fattes.

Helseforetaket kan unnlate å innhente dokumentasjon for pasientens oppmøte hos behandler dersom det er mulig å kontrollere og finne tilbake til dokumentasjonen ved senere stikkprøver, jf. bokføringsloven § 6.

Departementet ønsker videre å legge til rette for effektiv kontroll av oppmøte mot riktig behandler. Syketransportregisterforskriften § 7 første ledd nr. 5 foreslås derfor endret slik at det i tillegg til dagens adgang til å registrere behandlingsstedets navn og adresse også gis anledning til å registrere behandlerens navn. Dette inntas også i forskriften § 6 første ledd ny nr. 17.

Ved rekvirerte reiser er det behov for effektivt å kontrollere mot riktig behandler at det faktisk foreligger en innkalling av pasienten. Departementet foreslår derfor å forskriftsfeste i syketransportregisterforskriften § 6 første ledd nr. 15 at registeret også kan inneholde opplysning om hvem som har rekvirert reisen.

8 Forslag til endringer på utvalgte områder

8.1 Bør reiseutgifter beregnes fra bosted, oppholdssted eller en kombinasjon?

8.1.1 Gjeldende rett

Gjeldende syke transportforskrift regulerer ikke fra hvilket sted reise til helsetjenesten skal beregnes fra eller hvor reise tilbake fra helsetjenesten skal beregnes til. Dette innebærer at forskriften heller ikke direkte regulerer hvilket utgangspunkt som skal tas for å vurdere nærmeste sted helsehjelp kan gis pasienten. Dette er kun omtalt i merknadene til forskriften § 4, slik:

”Retten til dekning av utgifter gjelder ved reise fra bosted til behandlingssted eller fra oppholdssted til behandlingssted, og tilbake. Med oppholdssted menes hvor pasienten befinner seg, for eksempel i forbindelse med arbeid, fritidsaktiviteter eller ferie. Sted hvor pasienten tilfeldigvis befinner seg når behovet for behandling oppstår, for eksempel et skadested, er ikke nødvendigvis å betrakte som oppholdssted. Pasientens hjemreiseutgifter dekkes ikke i den utstrekning utgiftene overstiger hva det koster å reise fra behandlingsstedet tilbake til oppholdsstedet.

Etter en yrkesskade dekkes nødvendige utgifter til hjemtransport, jf. folketrygdloven § 5-25.

For pasienter bosatt på Svalbard dekkes hjemreisen fra sykehus på fastlandet ved utskrivning, tilbake til Svalbard eller tilbake til vedkommendes bosted på fastlandet

Dersom pasienten reiser på ferie o.l. mens pasienten venter på innkalling til for eksempel sykehus, kan reiseutgifter ikke dekkes med mer enn hva det koster å reise fra bostedet til behandlingsstedet. Dette gjelder ikke dersom fraværet fra bostedet er nødvendig på grunn av arbeid, studier, militærtjeneste e.l., for eksempel som pendler.

Dersom pasient flytter før behandlingen er avsluttet, vil utgiftene til fortsatt behandling eller kontroll begrenses til hva det koster å reise fra det nye bostedet til det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis. Det samme gjelder dersom behandler flytter. Dersom det av behandlingsmessige eller kontrollmessige grunner er nødvendig å fortsette hos samme behandler, dekkes likevel utgiftene ved reisen”.

Pasientreisekontorene har beskrevet gjeldende praksis slik:

Ved nødvendig fravær fra bostedet er ikke dekningen av reiseutgifter begrenset til å gjelde hva det ville kostet å reise fra bosted til behandlingssted. Utgangspunktet er at reiseutgifter fra nødvendig midlertidig oppholdssted til planlagt behandling skal dekkes. Arbeid, studier, militæret og opphold på institusjon anses som nødvendig midlertidig opphold.

Pasienter som under et ferieopphold må til behandling som ikke er planlagt, vil få dekket reiseutgiftene fra oppholdsstedet/feriestedet til nærmeste behandlingssted.

Dersom pasienten venter på planlagt behandling mens han er på ferie, vil reiseutgiftene som hovedregel begrenses til hva det koster å reise fra bostedet til behandlingsstedet, med visse unntak. Ved helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten har pasienten rett til dekning innenfor hele helseregionen, og hele helseregionen regnes som nærmeste sted. Hvis pasienten skal motta helsehjelp fra primærhelsetjenesten, har han rett til dekning av hva det ville koste å reise innad i egen kommune. Unntak kan forekomme for dialysepasienter som har et varig behov for behandling. Dette vurderes konkret i hver sak og innvilges unntaksvis.

Reiser fra nødvendig opphold i utlandet dekkes ikke, da vilkåret i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2 om opphold i riket ikke vil være oppfylt. Når en pasient arbeider i utlandet og skal til planlagt behandling i Norge, gis dekning tilsvarende reise fra folkeregistrert adresse i Norge til behandlingsstedet.

Konsekvenser av dagens regler kan oppsummeres slik: Faktisk oppholdssted er utgangspunktet for vurderingen av hva som er nærmeste sted og hvor mye som skal utbetales. Ved reise til planlagt behandling fra annet oppholdssted enn bosted reduseres likevel utbetalingen til hva kostnadene ville ha vært ved reise fra bosted. Med bosted likestilles i denne sammenheng også nødvendig midlertidig bolig grunnet studier, arbeid, institusjonsopphold og militærtjeneste. Ved ikke-planlagt behandling skal pasienten få refundert reise fra faktisk oppholdssted.

8.1.2 Behov for endring

Departementet mener det er uheldig at forskriften ikke regulerer hvor utgifter til reise til helsetjenesten skal beregnes fra eller hvor reise tilbake fra helsetjenesten skal beregnes til. Det er videre behov for å presisere utgangspunktet for vurderingen av hva som skal regnes som det nærmeste stedet pasienten kan få dekket reiseutgifter til. Disse utgangspunktene kan være avgjørende for pasientenes rett til dekning av reiseutgifter, og bør derfor ikke avhenge av omtale i forskriftens merknader.

Ved å forskriftsfeste gjeldende praksis om å dekke reise til og fra oppholdssted, begrenset til kostnadene ved reise fra bosted ved planlagt behandling, vil pasientene i stor utstrekning få dekket sine faktiske utgifter.

Gjeldende praksis, med stor grad av skjønnsutøvelse og behov for dokumentasjon, harmonerer imidlertid dårlig med målet om effektivisering og automatisering av saksbehandlingen. Skjønnen knytter seg til hva som regnes som bosted, nødvendig midlertidig bolig og annet oppholdssted. Det vil være nødvendig å vurdere hvorfor pasienten oppholder seg på et sted. En grundig vurdering av dette vil kreve innhenting av dokumentasjon. Det kan virke tilfeldig for pasientene om og hvordan slike forhold undersøkes i dag. Det er også knyttet tvil til grensetilfeller.

Videre vil det med en forskriftsfesting av dagens praksis fortsatt være nødvendig å vurdere hva som regnes som planlagt behandling eller ikke. Dette er ikke et klart definert begrep. Det er heller ikke noe helsetjenestene benytter aktivt. En time hos fastlegen som bestilles en uke i forveien er det naturlig å omtale som planlagt, men hva med to dager?

Årsaken kan være at pasienten kjenner symptomer, men det er ikke akutt sykdom. En planlagt operasjon kan i utgangspunktet fremstå som en åpenbart planlagt behandling, men er den det dersom akutt kreftdiagnose fører til en planlagt operasjon kun få dager etter diagnose? Det vil være lite forutsigbart for pasientene om forskriften benytter begreper som vanskelig kan fylles med et konkret og tydelig innhold. Dersom regelverket skal følges opp konsekvent, må pasientreisekontorene innhente informasjon om når time ble bestilt og under hvilke omstendigheter.

På denne bakgrunn ser departementet behov for ikke bare å kodifisere gjeldende rett, men også for å vurdere forenklinger.

8.1.3 Departementets vurdering

Kun oppholdssted

Dersom kun pasientens oppholdssted før avreise legges til grunn for vurdering av nærmeste sted og utgiftsdekningen, vil det ikke lenger være behov for skille mellom reiser fra bosted eller nødvendig midlertidig oppholdssted på den ene siden og reiser fra annet oppholdssted på den andre siden. Det vil i så fall heller ikke være nødvendig å skille mellom planlagt og ikke-planlagt helsehjelp. Av de ulike alternativene, vil utgangspunktet i oppholdssted i størst grad redusere behovet for saksbehandling og dokumentasjon.

Ettersom det ved innføring av standardsats i mindre grad vil foreligge dokumentasjon i form av billetter etc. som viser faktisk reisestrekning, kan det videre hevdes at risiko for misbruk av ordningen øker dersom pasientens oppgitte oppholdssted legges til grunn. Pasienter vil i større grad kunne føre opp et annet utgangspunkt for reisen enn det reelle, uten at det er mulig å undersøke dette. Pasienter vil for eksempel kunne tilpasse oppgitt oppholdssted slik at minstekravet til 10 kilometers reisevei oppfylles. Det er vanskelig å si om dette vil bli et reelt problem og om det i tilfelle kan forebygges effektivt med kontrollmekanismer i saksbehandlingen. Ordningen vil i stor grad baseres på tillit til at pasientene oppgir riktig reisevei.

En regel om kun å ta hensyn til oppholdssted ville oppheve dagens begrensning ved planlagt behandling til at refusjonen ikke skal overstige kostnaden med å reise fra bosted. Departementet har ikke datagrunnlag til å beregne eventuelle kostnader ved en slik omlegging. Risiko for feilaktig oppgitt utgangspunkt for reisen og tilpasning til minste reiseavstand, kombinert med det faktum at langt de fleste pasientreiser i dag skjer fra pasientens bosted, tilsier at kostnadsøkningen kan bli betydelig.

Departementet legger derfor til grunn at det fortsatt vil være behov for en regel som i alle eller noen tilfeller begrenser reiserefusjonen til kostnaden ved å reise fra bosted.

Kun bosted

En annen forenkling kan være at transportutgifter dekkes etter forskriften som om reisen foretas fra bosted til behandlingssted og tilbake, uavhengig av hvor pasienten faktisk reiser. Folkeregistrert bostedsadresse bør i så fall tas som utgangspunkt, men likevel slik at annet nødvendig midlertidig bolig grunnet arbeid, militær tjeneste eller opphold på institusjon uansett skal regnes som bosted.

Det forutsettes i så fall at vurderingen av hva som regnes som geografisk nærmeste sted for helsehjelpen alltid vil ta utgangspunkt i bostedet.

Kontrollbehovet vil bli mindre ved å ta utgangspunkt i bosted. Risikoen for at pasientene selv gir feilaktige opplysninger om reisevei reduseres betydelig. Saksbehandlingen blir også enklere enn i dag. Ordningen kan legges opp slik at pasientene ikke lenger vil oppleve at det etterspørres informasjon om helsehjelpen har vært planlagt eller ikke. Et fast utgangspunkt som i de fleste tilfeller kan sjekkes i folkeregisteret, vil legge til rette for automatisering av behandlingen.

En slik regel vil også stemme overens med et stort flertall av pasientenes reiser. Langt de fleste pasientene reiser fra eget bosted til helsetjenester. Den vil være enkel å håndtere for Pasientreisekontorene.

På den annen side vil det fremdeles være nødvendig å skille mellom bosted og annet mer tilfeldig oppholdssted. Dette vil kreve noe saksbehandling og innhenting av dokumentasjon.

Ved kun å ta utgangspunkt i bosted, kan pasientens refusjon i enkelte tilfeller reduseres sammenlignet med gjeldende praksis. Dette gjelder tilfeller hvor reisen fra faktisk oppholdssted til helsehjelpen er lengre (eller dyrere) enn fra bostedet. De aller fleste reisene skjer imidlertid ved planlagt helsehjelp, hvor det i dag uansett ikke gis større dekning enn kostnaden ved å reise fra bostedet. Pasienter som reiser ofte og mye til helsetjenesten vil derfor trolig merke lite til at bostedet blir avgjørende for beregningen av utgiftsdekningen og hva som er nærmeste sted for helsehjelpen. Ved planlagt behandling vil pasientene som oftest kunne velge om de vil dekke høyere utgifter selv ved å oppholde seg lengre unna behandlingsstedet enn hjemmet.

Det må antas at pasienten normalt reiser så kort som mulig ved behov for øyeblikkelig hjelp eller når helsehjelpen av andre årsaker ikke er planlagt. Det er derfor grunn til å tro at gjennomsnittlig refusjon ved slike reiser i dag er noenlunde lik ved reise fra bosted og ved reise fra annet oppholdssted enn bosted. En konsekvens vil i så fall være at det ikke er grunn til å tro at pasientene vil få nevneverdig redusert refusjon ved alltid å ta utgangspunkt i bosted.

Unntaket er de tilfellene hvor pasienten for eksempel er på ferie og velger å reise til behandlingssted nærmere hjemmet for behandling. Et eksempel på dette er en person bosatt i Oslo, som ferierer på Vestlandet og som må reise til behandling på sykehus i Oslo. Dersom bostedet avgjør, vil personen kun få dekket reise fra bosted i Oslo til helsehjelpen i Oslo. Ved planlagt behandling, hvor pasienten enten er innkalt eller venter på innkalling, er det etter departementets oppfatning naturlig at pasienten selv tar merkostnaden ved reisen.

Departementet antar at det relativt sjelden vil være aktuelt å reise langt ved uplanlagt helsehjelp. Det bør likevel være en *sikkerhetsventil* for at pasienten etter søknad kan få dekket reisen helt fra oppholdsstedet. Refusjonsadgangen bør, av hensyn til forutberegnelighet og effektiv saksbehandling, være vesentlig mer begrenset enn i dag. Sikkerhetsventilen bør begrenses til tilfeller hvor dekning kun fra bosted ville påføre

pasienten urimelig store reiseutgifter, det kan dokumenteres at helsehjelpen av hensyn til behandlingen eller oppfølgingen av helsehjelpen ikke kunne ytes andre steder og at behovet oppstod på stedet (for eksempel ved behov for øyeblikkelig hjelp). Departementet ber om høringsinstansenes syn på behovet for en slik sikkerhetsventil, utformingen av vilkårene og hvilke situasjoner som eventuelt burde fanges opp av en slik sikkerhetsventil.

På den annen side, vil *refundert beløp kunne øke* i tilfeller hvor pasienten oppholder seg langt fra bostedet, men helsehjelp oppsøkes nær det faktiske oppholdsstedet. Dette gjelder både ved planlagt og uplanlagt reise. Situasjonen oppstår blant annet ved ferie og arbeid, men også i tilfeller hvor pasienten velger å oppholde seg i nærheten av behandlingstilbudet i påvente av ny behandling. Eksempel: Osloboer på ferie i Bergen får behov for øyeblikkelig hjelp eller har planlagt behandling på sykehus i Bergen. I dag refunderes den korte reisen fra oppholdssted til helsehjelpen. Hvis utgangspunktet for refusjon er bosted, skal reisen helt fra bosted refunderes.

Når helsehjelp oppsøkes i primærhelsetjenesten, vil dekningen uansett avkortes til kostnaden ved å reise til nærmeste behandler i kommunen eller i samarbeidende nabokommune. Dette skyldes at bostedet også vil være utgangspunktet for vurderingen av hva som er nærmeste sted for helsehjelpen. Eventuelle økte utbetalinger vil derfor normalt bare oppstå i forbindelse med behandling i spesialisthelsetjenesten.

Departementet anser at det *ved planlagt behandling* i spesialisthelsetjenesten ikke bør være relevant for stønadsvurderingen hvorfor pasienten oppholder seg nærmere behandlingsstedet enn bostedet. Pasienten må uansett reise fra bostedet til det forutgående oppholdsstedet. Tidspunktet for reisen, og om formålet med oppholdet er ferie eller annet, fremstår i disse tilfellene som tilfeldig. En slik løsning samsvarer for øvrig med departementets tolkning av at gjeldende forskrift ikke er til hinder for at en pasient kan velge å utvide oppholdet ved behandlingsstedet både før og etter behandling, forutsatt at det ikke påløper ytterligere kostnader. I tilfeller som omfattes av fritt sykehusvalg, vil pasienten dessuten ofte belastes forhøyet egenandel når behandlingstilbudet befinner seg i en annen helseregion enn bostedsregionen.

Pasienter som må oppsøke spesialisthelsetjenesten for *helsehjelp som ikke er planlagt* mens de er på arbeid, ferie eller fritidsaktiviteter vil i dag ha rett til å få dekket reiseutgiftene fra det faktiske oppholdsstedet til det stedet helsehjelpen ytes. Når en ulykke eller et behandlingsbehov uventet oppstår, vil det naturlige være å oppsøke det behandlingsstedet som er nærmest der man faktisk oppholder seg. Det vil i slike situasjoner normalt ikke være et alternativ å reise lenger. For disse pasientene vil det derfor i større grad fremstå som en uberettiget fordel å få dekket reiseutgiftene helt fra bostedet.

En annen utfordring med å legge bosted til grunn for pasientens reise, uavhengig av hvor reisen faktisk er foregått, er at pasientreisekontorene må legge en hypotetisk reise til grunn for et (ikke ubetydelig) mindretall av pasientene. Dette er trolig uproblematisk når pasienten krever standardsats per kilometer eller dekning av billigste rutegående transport ved lengre reiser. Uproblematisk er det også når pasienten faktisk har reist fra bostedet og

har rett til dekning av tilleggsutgifter som følge av kommunikasjonsmessige eller helsemessige forhold. Pasienten må i disse tilfellene selv dokumentere tilleggsutgiftene.

Spørsmålet er imidlertid hvordan tilleggsutgifter skal behandles når pasient av helsemessige årsaker eller kommunikasjonsmessige forhold søker dekket tilleggsutgifter til bom, ferge eller drosje på faktisk reise fra annet sted enn bolig. Pasienten vil i så fall kunne dokumentere å ha reist fra et annet sted enn bostedet. Når pasienten kan dokumentere tilleggsutgifter fra faktisk reisevei, vil hensyn til så vel effektiv saksbehandling som til pasienten tilsi at det tas utgangspunkt i pasientens oppgitte oppholdssted ved beregning av tilleggsutgiftene. Refusjonen kan imidlertid, som i dag, begrenses til det kostnaden ville ha blitt ved reise fra bostedet.

Hvis man tar utgangspunkt i at dekning gis fra bosted, vil det være behov for å regulere særskilt reiser hvor pasienten får rekvirert transport på deler av strekningen og deretter søker refusjon for utgifter til forutgående eller videre transport. I slike tilfeller bør faktisk reisestrekning fra det stedet rekvirert transport opphører legges til grunn. Pasientreisekontorene vil ha dokumentasjon på den rekvirerte reisen.

Utgangspunkt i oppholdssted, men dekningen skal som hovedregel ikke overstige kostnaden ved å reise fra bosted

En annen mulig forenkling kunne være at pasientens dekning av utgifter ved reise til helsehjelp skal beregnes med utgangspunkt i oppholdssted, likevel slik at dekningen som hovedregel ikke skal overstige kostnaden ved å reise fra bosted.

Forslaget viderefører i stor grad gjeldende praksis, men med den klare fordel at det ikke lenger skal være nødvendig å skille mellom planlagt og ikke-planlagt helsehjelp. Slik unngås en skjønnsmessig vurdering i saksbehandlingen og antall klagesaker må forventes redusert. Løsningen vil være godt egnet for automatisert saksbehandling.

Løsningsforslaget vil gi pasienten plikt til å oppgi faktisk reisevei, og slik spare samfunnet for unødvendig utgift som følge av sjablongmessig anvendelse av bosted. Dette vil være egnet til å styrke tilliten til ordningen. Det er til en viss grad snakk om et tillitsbasert system, ettersom det vil være vanskelig å kontrollere om oppgitt oppholdssted stemmer. Risikoen for store feilutbetalinger er likevel begrenset fordi dekning ikke skal overstige kostnadene ved å reise fra bostedet.

Rettstilstanden videreføres for pasienter som oppsøker planlagt helsehjelp. Forskjellen fra i dag vil først og fremst være at også pasienter som reiser til uplanlagt helsehjelp vil få dekningen begrenset til det reisen fra bostedet ville ha kostet. Det må antas at pasienten normalt reiser så kort som mulig ved behov for øyeblikkelig hjelp eller når helsehjelpen av andre årsaker ikke er planlagt. Det er derfor grunn til å tro at gjennomsnittlig refusjon ved slike reiser i dag er noenlunde lik ved reise fra bosted og ved reise fra annet oppholdssted enn bosted. En konsekvens vil i så fall være at det ikke er grunn til å tro at pasientene vil få nevneverdig redusert refusjon ved å begrense utgiftsdekningen til beregnet kostnad ved reise fra bosted.

Sammenlignet med et forslag om kun å ta utgangspunkt i pasientens bosted, vil det ikke være behov for en vanskelig praktikabel unntaksregel når pasienten oppholder seg langt fra bosted og oppsøker ikke-planlagt helsehjelp lokalt. Alle skal da få dekket reisen fra det faktiske oppholdsstedet - ikke reise helt fra bosted. Slik reduseres en viktig ulempe med å basere seg på en sjablongmessig anvendelse av bosted. Det vil heller ikke være nødvendig med særskilt regulering av dekning når rekvirert transport er benyttet på deler av strekningen.

Det vil imidlertid også med denne løsningen være nødvendig med en sikkerhetsventil. Pasienten bør i enkelte tilfeller kunne få dekket reisen helt fra oppholdsstedet i tilfeller hvor bostedet er betydelig nærmere helsehjelpen. Se nærmere om dette i omtalen av bostedsalternativet.

Konklusjon

Departementet foreslår å forskriftsfeste at pasientens dekning av utgifter ved reise til helsehjelp skal beregnes med utgangspunkt i oppholdssted, likevel slik at dekningen som hovedregel ikke skal overstige kostnaden ved å reise fra bosted. Som bosted regnes også nødvendig midlertidig bolig på grunn av arbeid, studier, militærtjeneste og opphold på institusjon.

Det foreslås videre en sikkerhetsventil for dekning av reiseutgifter når pasienten oppholder seg langt fra bostedet når det uventet oppstår behov for å oppsøke helsehjelp nær bostedet. Det foreslås at man skal få dekket utgiftene fra oppholdsstedet dersom følgende tre vilkår er oppfylt:

- a. dekning fra bosted ville påføre pasienten urimelig store reiseutgifter,
- b. helsehjelpen av hensyn til behandlingen eller oppfølgingen ikke kunne ytes andre steder, og
- c. behovet for helsehjelp var uventet og oppstod på stedet.

For øvrig forskriftsfestes praksis som følger av merknader til dagens forskrift, herunder at transportutgifter etter at helsehjelpen er gitt dekkes til bosted i den utstrekning utgiftene ikke overstiger kostnaden ved å reise tilbake til oppholdsstedet.

Departementet legger avgjørende vekt på at løsningen i størst mulig grad forener hensynet til forenklinger, pasientenes tillit til at fellesskapets ressurser fordeles rettferdig og videreføring av gjeldende praksis.

Hvilken helsehjelp som regnes som nærmeste sted skal vurderes ut fra oppgitt oppholdssted. Hvis annet ikke oppgis, legges bosted til grunn.

Se utkastet § 20.

8.2 Forhøyet egenandel - forskriftsfeste praksis og forenkle

8.2.1 Gjeldende rett

Ifølge syketransportforskriften § 14 er ordinær egenandel for reiseutgifter 135 kroner hver vei. Pasient som ”benytter seg av fritt sykehusvalg” skal likevel betale en egenandel for reisen på 400 kroner hver vei.

Fritt sykehusvalg omfatter ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 ”*sykehus, distriktpsikiatrisk senter, privat radiologisk institusjon eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon*”. Det er en forutsetning at ”*institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak*”. Forhøyet egenandel er derfor etter dagens regler ikke aktuelt ved annen spesialisthelsetjeneste, herunder avtalespesialister.

Ved innlemmelsen av private radiologiske institusjoner i fritt sykehusvalg i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 i 2014, var det ikke meningen å endre pasientenes rett til dekning av reiseutgifter. Dette må tas i betraktning ved tolkningen av syketransportforskriftens generelt utformede bestemmelse om egenandel, slik at forhøyet egenandel likevel ikke skal gjelde ved reise til private røntgeninstitutter.

Det er ikke presisert hva som skal til for at pasienten har benyttet seg av det frie sykehusvalget. Et naturlig utgangspunkt synes å være at pasienter som henvises til behandling i annen region av sin fastlege, eller som selv velger slikt behandlingssted, skal betale høyere egenandel. I praksis foreligger det imidlertid sjelden dokumentasjon på om det er pasienten selv, fastlegen eller et helseforetak som har valgt behandlingssted i spesialisthelsetjenesten. Det gjøres derfor ingen vurdering av *hvem* som har valgt behandlingssted.

Etter konsekvent og langvarig praksis er det avgjørende om pasienten har reist innenfor eller utenfor egen bostedsregion. Ved reise innenfor egen bostedsregion, legges det til grunn at fritt sykehusvalg ikke er benyttet. Dette fremgår ikke direkte av dagens forskrift.

Ved reise utenfor egen helseregion ble den høyere egenandelen ved fritt sykehusvalg tidligere benyttet, selv om behandlingsstedet var nærmere enn i tilbudet i egen region. I områdene rundt grensene for de regionale helseforetakene finnes det mange eksempler på at det er geografisk nærmere for pasienten å reise til sykehus utenfor sin bostedsregion enn innenfor. Pasientene ønsker normalt å reise så kort som mulig for å komme til behandling, men på grunn av den forhøyede egenandelen ved kryssing av regiongrensen kunne det for pasienten bli vesentlig dyrere å reise til det nærmeste sykehuset enn til et sykehus i egen helseregion. Noen steder er avstanden til nærmeste behandlingstilbud i egen region vesentlig lengre enn alternativet i grenseregionen. Mange pasienter reagerte på dette. De regionale helseforetakene inngikk derfor i 2013 avtaler for å sikre at pasienter som reiser til nærmeste tilbud ikke skal betale forhøyet egenandel bare fordi de krysser regionsgrensene.

I veiledningen til søknadsskjemaet for pasientreiserefusjon informeres det om at ”hvis det foreligger dokumentasjon/henvisning fra spesialist ansatt i helseforetaket i din region på at

tilsvarende behandling ikke kan gis i din region, vil det bli trukket ordinær egenandel på reisen”. Det er derfor ikke i dag tilstrekkelig at pasientens primærlege henviser til behandling i annen region. Det er ulik praksis for hvilke krav som stilles til dokumentasjon.

Pasientreiser ANS og de fleste pasientreisekontorene krever at henvisningen må bekrefte at pasienten henvises ut av regionen fordi det regionale helseforetaket ikke kan sørge for et tilbud innen helseregionen. Konsekvensen av en slik praksis er at pasientreisekontorene faktisk må undersøke pasientenes henvisninger. Andre kontorer har oversikter over hvilke tilbud som gis i egen region, og vil kreve egenandel på 400 kroner dersom det henvises ut av region til behandling som kan gis i egen region.

Forskrift 18. april 1997 nr. 334 om egenandelstak 1 § 3 andre ledd bestemmer at ”når medlemmet benytter retten til fritt sykehusvalg [...] er egenandelen for reise ikke omfattet av denne forskriften”. Det innebærer at pasienten selv må dekke egenandelen i slike tilfeller selv om egenandelstaket er nådd. Det henvises til bestemmelser i den nå opphevede forskrift om dekning av utgifter ved reise for undersøkelse eller behandling.

8.2.2 Departementets vurdering

Departementet foreslår å forskriftsfeste gjeldende praksis på en tydeligere måte.

Hovedregelen skal fortsatt være at pasienten betaler ordinær egenandel på 135 kroner hver vei. Ved reise utenfor egen bostedsregion til sykehus, distriktpsikiatrisk senter eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk skal pasienten imidlertid betale forhøyet egenandel på 400 kroner hver vei. Den forhøyede egenandelen skal likevel ikke kreves dersom tjenesten er det geografisk nærmeste sted pasienten kunne få helsehjelpen. I slike tilfeller skal pasienten kun betale ordinær egenandel. Det samme gjelder når pasienten oppsøker tilbud som pasientens regionale helseforetak ikke kan tilby innen helseregionen.

Departementet foreslår videre å oppdatere henvisningene i forskrift om egenandelstak 1.

Departementet ser behov for å frikoble egenandelens størrelse fra vurderingen av om fritt sykehusvalg ”er benyttet” eller ikke. Dette skyldes for det første at det er vanskelig å vurdere om vilkåret er oppfylt. Det finnes sjelden dokumentasjon på hvem som faktisk har valgt behandlingssted – fastlegen, helseforetaket eller pasienten. I praksis vurderes heller ikke hvem som har valgt tilbudet, men hvor tilbudet befinner seg. For det andre, bør forskriften være mer informativ og inneholde de reelle vurderingskriteriene. Det er uheldig at det ut fra ordlyden ikke er mulig å forstå at det kun kreves ordinær egenandel dersom nærmeste tilbud eller tilbud i egen region oppsøkes. Det er videre uheldig at det ikke klart fremgår at den forhøyede egenandelen kun gjelder ved reise til sykehus, distriktpsikiatrisk senter eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk som enten eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak.

Egenandelens størrelse bør videre fullt ut reguleres i forskrift, fremfor i avtaler mellom de regionale helseforetakene.

Pasienter som er henvist til behandlingssted utenfor regionen fordi regionen ikke selv kan sørge for et behandlingstilbud anses etter dagens praksis ikke å ha benyttet seg av fritt sykehusvalg. De skal derfor betale ordinær egenandel. Departementet foreslår å klargjøre dette i forskriften.

Dersom pasientreisekontorene oppretter oversikt over regionens tilbud og innhenter informasjon fra det regionale helseforetaket i tvilstilfeller, vil det være mulig å redusere dokumentasjonsbyrden for pasientene og henvisende behandler. Ved en slik innretning vil det heller ikke være nødvendig å skille på om henvisningen kommer fra spesialist ansatt i helseforetak, fastlege eller andre. Departementet er kjent med at en del pasienter finner det tungvint å måtte vise til henvisning fra spesialist ansatt i helseforetak i egen region for å oppnå ordinær egenandel ved bruk av behandlingstilbud som ikke eksisterer i egen region. Dette gjelder spesielt pasienter som første gang har fått henvisning fra spesialist ansatt i helseforetaket, men som senere i et gjentakende behandlingsforløp følges opp av fastlege eller annen spesialist. På denne bakgrunn fremstår det som uforholdsmessig ressurskrevende å knytte egenandelens størrelse til henvisning fra spesialist ansatt i helseforetak.

Det kan også reises spørsmål ved om pasienten skal betale ordinær egenandel kun ved reise til henvist sted eller ved reise til tilbud i hele landet. Ofte vil tilbud som ikke ytes i egen helseregion uansett bare ytes ett sted i landet. Dessuten er det liten grunn til å tro at pasientene ønsker å reise lenger enn nødvendig for å motta helsehjelp av den typen som ikke ytes i egen helseregion. Behandlingsstedet kan også være tilfeldig valgt blant flere alternativer. Dersom man legger til grunn at den ordinære egenandelen ved manglende tilbud i egen region skal benyttes uavhengig av hvor i landet man reiser, vil det ikke være nødvendig å innhente pasientens henvisning. På denne måten kan dokumentasjonskravet reduseres ytterligere og enda flere pasienter kan benytte seg av hel-elektronisk krav.

Reglene for når det skal betales ordinær eller forhøyet egenandel bør være så enkle som mulig. Det forutsetter objektive vilkår med lite behov for å utøve skjønn og at dokumentasjonsbehovet for pasienter og helsepersonell holdes på et minimum. Det å vurdere om en region har tilstrekkelig kapasitet til å gi behandling innen fristen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b forutsetter stor grad av skjønnsutøvelse og større behov for å innhente opplysninger om faktiske forhold enn å vurdere om et tilbud eksisterer i regionen. Den enkelte pasient må vurderes konkret med tanke på hastegrad og prioritering. Dette er ikke en oppgave som kan pålegges pasientreisekontorene.

Det er med utgangspunkt i Prop. 118 L (2012-2014) vedtatt endring av pasienters rett til vurdering og rett til nødvendig helsehjelp. Endringene trår i kraft i 2015. Ifølge loven § 2-2 andre ledd skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO dersom man ”ikke kan gi pasienten et tidspunkt [for oppstart av utredning eller behandling] før fristen for når nødvendig helsehjelp skal gis, eller tidspunktet senere må endres slik at fristen ikke overholdes”. HELFO skal derfor kontaktes av helseforetaket ved både konstatert og forventet fristbrudd. Pasienten har i så fall rett til ”nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket”, jf. loven § 2-1 b fjerde ledd. Endringen innebærer at alle tilfeller hvor tilbud ikke kan gis av regionen på

bakgrunn av manglende kapasitet skal meldes til HELFO. Ettersom det vil være enkelt for pasientreisekontorene og pasientene å konstatere om HELFO har skaffet pasienten helsehjelp, bør dette også legges til grunn for vurderingen av egenandelen. Når HELFO skaffer pasienten et tilbud om helsehjelp i forbindelse med fristbrudd, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde ledd, skal det regionale helseforetaket dekke utgiftene etter spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 tredje ledd. Det er ikke hjemmel for å kreve egenandel av pasienten i slike situasjoner.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at pasienten skal betale en ordinær egenandel ved reise til behandlingstilbud i alle deler av landet i tilfeller hvor pasientens helseregion ikke tilbyr den aktuelle helsehjelpen i egen helseregion. Dette skal ikke omfatte tilfeller der det eksisterer et tilbud, men pasienten må vente på behandling. Det betales imidlertid ikke egenandel når HELFO skaffer pasienten et tilbud om helsehjelp i forbindelse med fristbrudd jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde ledd, ettersom det da skal gis full dekning.

Se forslag til ny pasientreiseforskrift §§ 24 og 29.

8.3 Utvide dekning til kommunal øyeblikkelig hjelp døgnoophold og dialyse

8.3.1 Gjeldende rett

Som følge av samhandlingsreformen, bygges det opp nye tilbud til pasientene i kommunal regi. Oppgaver flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Et eksempel på dette er kommunale tilbud om døgnoophold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp som nevnt i kommunal helse- og omsorgstjenestelov § 3-5 tredje ledd (antatt ikrafttredelse i 2016). Kommunale tilbud om dialyse er et annet eksempel.

Når slike tilbud gis i spesialisthelsetjenesten, dekkes reiseutgiftene etter syketransportforskriften. Når samme tilbud gis i kommunal regi, refunderes reiseutgiftene kun hvis det gis tjenester som nevnt i folketrygdloven kapittel 5. Det innebærer at reisen dekkes hvis hjelpen gis av lege, men ikke hvis den gis av sykepleier.

8.3.2 Behov for endringer

Departementet ser behov for forenkling og tydeliggjøring av reglene av følgende grunner:

Ettersom innretningen av kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud varierer betydelig vil det for pasientene fremstå som tilfeldig om de møter lege eller sykepleier. Lege skal være tilgjengelig og det skal være avklart hvilken lege som har det medisinskfaglige ansvaret for tilbudet. Det vil likevel ofte være tilstrekkelig at sykepleiere møter pasientene.

Dekning av reiseutgifter bør ikke være avhengig av hvem som faktisk gir helsehjelpen.

Videre leder dagens regler til en ressurskrevende saksbehandling. Innholdet i hvert enkelt døgntilbud og hver enkelt pasients opphold må vurderes konkret. Helseforetakene må i ytterste konsekvens kontakte kommunen for å få opplyst om lege eller andre som utløser refusjon etter folketrygdloven kapittel 5 behandlet pasienten. Det er grunn til å tro at

reiseutgifter i mange tilfeller uansett vil refunderes etter forenklet saksbehandling. Det er derfor risiko for ulik praksis.

Da kommunene ble pålagt nye oppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen, ble det ikke samtidig foreslått endringer i reglene om pasienters refusjon av reiseutgifter. Problemstillingen er ikke omtalt i forarbeidene. Mye tyder derfor på at bortfall av dekning for reiseutgifter til slike tjenester var en utilsiktet konsekvens av samhandlingsreformen.

8.3.3 Departementets vurdering

Departementet foreslår å lovfeste i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 at departementet i forskrift kan utvide retten til dekning av nødvendige utgifter for reise til og fra helsetjeneste som omfattes av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester slik at også reise til tjeneste som ikke dekkes etter folketrygdloven kapittel 5 kan dekkes..

Det foreslås ikke en generell rett til dekning av reise til tilbud som er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommune. En slik regel ville kreve mye skjønn og åpne for større usikkerhet. Det er behov for klar informasjon. De tjenestene som skal omfattes av pasientreiseforskriften bør i stedet fremgå uttrykkelig av forskriften. Forskriften bør derfor oppdateres ved behov.

Departementet foreslår å benytte en eventuell lovhjemmel til å forskriftsfeste at utgifter ved reise til kommunale tilbud om døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp skal dekkes etter den nye pasientreiseforskriften. Det samme foreslås for reise til kommunalt tilbud om dialyse.

Det er allerede samarbeid mellom flere kommuner om døgnposter innen somatikk og psykiatri. Departementet foreslår derfor å presisere i forskriften at reise ikke bare skal dekkes innenfor kommunens grenser, men også til samarbeidende kommuner.

Se forslag til ny pasientreiseforskrift § 3.

8.4 Foreldres rett til dekning av reiseutgifter ved innleggelse og utskrivning av barn i sykehus mv.

8.4.1 Gjeldende rett

Forskrift 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon (barneforskriften) første ledd bestemmer at ”reiseutgifter for ledsager i forbindelse med innleggelse og utskrivning dekkes av det regionale helseforetaket i barnets bostedsregion”. Det vises til syketransportforskriften § 9 som presiserer at ledsager har rett til dekning av reiseutgifter ”når pasienten av medisinske eller behandlingmessige grunner har behov for ledsager”.

Normalt dekkes utgiftene for én ledsager. Det følger av merknadene til syketransportforskriften at ”dersom ledsager ikke makter oppgaven alene, kan utgifter for to ledsagere dekkes, for eksempel dersom pasienten er særlig pleietrengende, bruker rullestol o.l”. De fleste pasientreisekontorene legger videre til grunn at utgifter for to ledsagere dekkes når foreldre følger alvorlig eller livstruende sykt barn til behandling, så

lenge det bekreftes at tilstanden er alvorlig. Dette ligger innenfor det skjønnet som syketransportforskriften § 9 åpner for. Videre harmonerer tolkningen med begge foreldres rett til å være på institusjon hos alvorlig eller livstruende sykt barn, jf. barneforskriften § 6.

De regionale helseforetakene skal imidlertid etter forskriftenes ordlyd ikke dekke reiseutgiftene for foreldre som reiser alene for å være sammen med barn som legges inn på sykehus. Bestemmelsene gjelder kun den eller de som faktisk "ledsager" barnet. Dette gjelder uavhengig av hvor sykt barnet er. Bestemmelsene har likevel vært praktisert forskjellig over tid og i ulike deler av landet. Da Arbeids- og velferdsetaten forvaltet regelverket, innvilget mange NAV-kontorer reiseutgifter for begge foreldre med utgangspunkt i rundskriv. Etter at de regionale helseforetakene overtok ansvaret for reiseutgiftene, har praksis ved flere av de lokale pasientreisekontorene blitt strammet inn i tråd med forskriftens ordlyd. Enkelte pasientreisekontorer velger likevel ved alvorlige og livstruende tilstander å dekke reiseutgiftene også for foreldre som kommer til sykehuset uten å følge barnet.

Barneforskriften § 10 andre ledd bestemmer at "institusjonen dekker reiseutgifter etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6, jf. syketransportforskriften § 9, når institusjonen senere av medisinske grunner innkaller foreldre for å være hos barnet, for informasjon om sykdomsutvikling eller for nødvendig opplæring i forbindelse med barnets sykdom og videre behandling og pleie". Ordlyden, sett i sammenhengen med første ledd, tilsier at bestemmelsen bare gjelder for reiser som skjer "senere" enn i forbindelse med innleggelse. Det gir imidlertid liten mening å forstå bestemmelsen slik at sykehusets innkalling av foreldre skal få ulik virkning avhengig av om den skjedde i forbindelse med innleggelse eller senere. Dette understøttes av at ordet "senere" først kom inn i forskriften ved en endring 1. september 2008. Forarbeidene omtaler ikke årsaken til endringen, noe som tilsier at det ikke var meningen å endre gjeldende rett. På denne bakgrunn vil foreldre som institusjonen "av medisinske grunner innkaller for å være hos barnet" i forbindelse med innleggelse eller senere ha rett til å få dekket sine utgifter etter reglene i syketransportforskriften § 9. Det er i så fall behandlende institusjon, og ikke regionalt helseforetak, som dekker utgiftene. Se også punkt 8.5.

8.4.2 Behov for endring

Behovet for dekning av reiseutgifter oppstår i de situasjonene hvor det er særlig viktig av hensyn til barnet at begge foreldrene er til stede ved eller kort etter innleggelse. Dette gjelder først og fremst ved akutte innleggelser hvor barnets tilstand er alvorlig eller livstruende. Ikke sjelden kommer barnet med ambulanse med en av foreldrene, mens den andre må ta seg av søsken og nødvendige praktiske gjøremål før reisen til sykehuset kan påbegynnes. Foreldrene kan også bo hver for seg. I slike situasjoner er det normalt ikke tid til å forberede reisen. Behovet for å være sammen med barnet er også på sitt sterkeste i disse tilfellene. Dernest kan det også være stort behov for at begge foreldrene får være sammen med barnet ved planlagte innleggelser av barn med alvorlige eller livstruende tilstander. Eksempler på dette er barn som behandles på Barneklubben på Rikshospitalet.

Regionalt helseforetak skal dekke reiseutgifter for foreldre som fysisk følger barnet til sykehus for innleggelse, uavhengig av om innleggelsen er akutt eller planlagt. De fleste pasientreisekontorene dekker utgifter for to ledsagere når foreldre følger alvorlig eller livstruende sykt barn til behandling. Dette var også presisert i rundskriv som gjaldt før gjeldende syketransportforskrift trådte i kraft 1. september 2008. Rikshospitalets barneklinnikk har imidlertid erfaring med at en del pasientreisekontorer kun refunderer reiseutgiftene til en ledsager.

Institusjonen skal dekke reiseutgifter for foreldre som ikke ledsager barnet fysisk, men som innkalles av sykehuset. Det må antas at dette alternativet særlig benyttes ved alvorlige og livstruende tilstander. Helsedirektoratet har i brev av 30. november 2010 til departementet foreslått at foreldre til barn med alvorlig eller livstruende tilstand bør få dekket reiseutgifter av regionalt helseforetak etter syketransportforskriften, uavhengig av om de ledsager barnet eller ikke ved innleggelse i sykehus. Helsedirektoratets forslag var å endre syketransportforskriften § 11 slik at reiseutgiftene for foreldre i forbindelse med innleggelse kunne dekkes ”når en institusjon innkaller foreldrene av medisinske grunner for å være hos barnet eller for informasjon om sykdomsutvikling”.

Det bør utredes om det er praktisk mulig å basere retten til dekning av reiseutgifter på om sykehuset har innkalt foreldrene, spesielt i akutte situasjoner. Videre kan det av hensyn til utvikling av lik praksis være behov for nærmere avgrensning i forskrift av hvilke innleggelser som bør gi begge foreldre rett til dekning av reise.

8.4.3 Departementets vurdering og forslag

Departementet foreslår å klargjøre i barneforskriften at sykehusets innkalling av foreldre i forbindelse med innleggelse gir de aktuelle foreldrene rett til dekning av reiseutgifter, uavhengig av om de fysisk følger barnet. Dette oppnås ved å fjerne ordlydens henvisning til ”senere” innkalling i barneforskriften § 10 andre ledd.

Departementet foreslår også å forskriftsfeste at to foreldre som faktisk ledsager alvorlig eller livstruende sykt barn på reise skal ha rett til dekning av reiseutgifter. Dette vil bidra til likebehandling og trygghet for foreldrene og videreføre en praksis som sikrer foreldre reell anledning til å bruke retten til å være hos alvorlig eller livstruende syke barn. Se forslag til forskrift § 29 med endring av barneforskriften § 10.

Spørsmålet om hvem som skal dekke reiseutgiftene er drøftet i punkt 8.5. Det foreslås der at regionalt helseforetak skal saksbehandle krav om dekning av reiseutgifter, men at utgiftene til gjengjeld skal kunne kreves refundert av den enkelte institusjon.

Departementet ber også om høringsinstansenes syn på behovet for å kreve innkalling fra sykehuset for at foreldre som ikke fysisk følger barnet ved innleggelse skal ha rett til dekning av reiseutgifter. Videre bes høringsinstansene vurdere om forskriften bør inneholde en nærmere avgrensning av hvilke innleggelser som skal gi begge foreldre rett til dekning av reise når de ikke følger barnet på reisen. Alternativer kan for eksempel være å begrense retten til akutte situasjoner, livstruende tilstander, alvorlige tilstander eller å

forbeholde retten for foreldre som har rett til pleiepenger etter folketrygdloven § 9-11 (alvorlige eller livstruende tilstander).

8.5 Hvem skal behandle foreldres krav på reiserefusjon når barnet er på institusjon?

8.5.1 Gjeldende rett

Retten til dekning av utgifter for foreldre som er sammen med barn på institusjon er regulert særskilt. Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2 gir barn under 18 år rett til å ha minst én av foreldrene hos seg under institusjonsopphold i spesialisthelsetjenesten. Ved alvorlig eller livstruende sykdom har barn rett til å ha begge foreldrene hos seg ifølge forskrift 12. januar 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon (heretter omtalt som barneforskriften) § 6.

Barneforskriften § 10 regulerer foreldres rett til dekning av reiseutgifter når de må være sammen med barnet.

Reiseutgifter for de som ledsager barnet i forbindelse med innleggelse og utskrivning dekkes av det regionale helseforetaket i barnets bostedsregion etter de alminnelige reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 og syketransportforskriften. Dette er for ordens skyld også presisert i barneforskriften § 10 første ledd. Pasientreisekontorene behandler refusjonskravene.

Ifølge barneforskriften § 10 andre ledd har foreldrene rett til å få dekket reiseutgifter av institusjonen når sykehuset innkaller dem for å være hos barnet av medisinske grunner, for å gi informasjon om sykdomsutviklingen eller for nødvendig opplæring om barnets sykdom og videre behandling og pleie. Refusjonen beregnes etter syketransportforskriften. Den avdelingen hvor barnet er innlagt behandler i praksis refusjonskravene, med unntak av reiser til opplæring. Pasientreisekontorene behandler i praksis krav om reiser til opplæring etter syketransportforskriften § 11 i stedet for å benytte barneforskriftens hjemmel for barn under 18 år.

Ifølge § 10 tredje ledd skal institusjonen etter 14 dagers liggetid dekke én reise (tur/retur) i uken for én av foreldrene som er hos barnet. Formålet er å prioritere dekning av utgifter for foreldre med barn som har lange eller hyppige sykehusopphold. Refusjonen beregnes etter syketransportforskriften. Den avdelingen hvor barnet er innlagt behandler i praksis refusjonskravene.

8.5.2 Behov for endringer

Foreldre som ledsager barnet på reise til institusjon får dekket reiseutgiftene etter syketransportforskriften av *det regionale helseforetaket*.

Forelder som innkalles av sykehuset for å være hos barnet av medisinske grunner, for å få informasjon om sykdomsutviklingen eller for nødvendig opplæring om barnets sykdom og videre behandling og pleie, får reiseutgiftene dekket av *institusjonen* der barnet er innlagt

etter barneforskriften § 10. Foreldrene må ”innkalles” på grunn av barnets behov. Utgiftsdekningen beregnes etter reglene i syketransportforskriften.

Denne todelingen innebærer at foreldre ofte må søke om refusjon av reiseutgifter to steder: Til behandlende institusjon hvis reisen skal dekkes etter bestemmelsene i barneforskriften og til regionalt helseforetak hvis den skal dekkes etter syketransportforskriften. I tillegg fremgår det ikke klart av forskrift at institusjonen selv ikke behandler krav om reiser til opplæring. Dette oppleves som forvirrende for foreldrene og komplisert for helsepersonellet. Ansatte ved Barneklubben på Rikshospitalet opplyser at systemet med to ulike ordninger for dekning av reiseutgifter fører til mye ekstraarbeid og at det oppleves som unødig byråkratisk.

De regionale helseforetakene har allerede i dag, for egne helseforetak, anledning til å beslutte at krav om refusjon av reiseutgifter ved opphold på institusjon sammen med barn skal saksbehandles på samme sted som refusjonskrav etter syketransportforskriften. Denne muligheten er imidlertid ikke benyttet.

Ifølge Pasientreiser ANS er det i dag tilsynelatende store variasjoner i hvilke utgifter som dekkes av de ulike helseforetakene og de ulike private tilbyderne. Dette kan skyldes manglende kjennskap til barneforskriftens regler og at regelverket oppleves som komplisert. Det kan imidlertid også skyldes at det gjøres ulike faglige vurderinger av når foreldre skal innkalles av hensyn til barnets behandling. Det er behov for en mer ensartet praksis.

Foreldrene opplever derfor usikkerhet om den av foreldrene som ikke faktisk ledsager barnet vil få dekket reiseutgiftene. Pasientreiser ANS viser til at mange foreldre tar dette opp i henvendelser. Usikkerhet om reiseutgiftene i det hele tatt blir dekket fremstår som en unødig belastning i en ellers vanskelig situasjon.

Departementet ser på denne bakgrunn behov for å forenkle situasjonen for de foreldrene som har hatt utgifter til reise når deres barn er innlagt på sykehus.

8.5.3 Departementets vurdering

Departementet foreslår å overføre finansieringsansvaret og saksbehandlingsansvaret for foreldres reiseutgifter etter barneforskriften § 10 andre og tredje ledd fra institusjonene til de regionale helseforetakene. Ansvaret skal også omfatte reise til private institusjoner. De regionale helseforetakene skal likevel kunne kreve de refunderte reiseutgiftene tilbake fra de enkelte institusjonene.

Departementet foreslår videre at krav om refusjon av reiseutgifter skal sendes til Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS, på lik linje med andre krav om dekning etter pasientreiseforskriften, slik at kravet eventuelt kan fordeles videre til riktig pasientreisekontor.

Begrunnelsen for forslaget er å legge til rette for at foreldre kan henvende seg ett sted for dekning av reiseutgifter, enten disse knytter seg til ledsagelse av barnet på selve reisen eller reise til sykehus for å være sammen med barnet. De regionale helseforetakene har overtatt ansvaret for å sørge for syketransport og har bygget opp kompetanse på dette

området. Det kan derfor være hensiktsmessig at også ansvaret for å sørge for foreldres rett til å få dekket reiseutgifter etter barneforskriften legges på de regionale helseforetakene i stedet for på helseinstitusjonen. Beregningen av dekningen etter barneforskriften skal uansett følge reglene i den nye pasientreiseforskriften.

De særlige ytelsene som barn og deres foreldre etter barneforskriften har rett til under institusjonsopphold, som overnatting på institusjon, mat, osv., er naturalytelser som for alle praktiske formål må ytes av institusjonen. Ansvaret for disse kostnadene bør derfor også i fremtiden påligge den enkelte institusjon. Dekning av reiseutgifter vil derimot som oftest være en kontantytelse som det ikke lenger er samme behov for at institusjonen skal ha utbetalings- og saksbehandlingsansvaret for.

I den grad alvorlig syke barn behandles på private institusjoner, kan ikke de regionale helseforetakene instruere disse institusjonene om at saksbehandling skal skje i enheter underlagt de regionale helseforetakene. Dersom også reiser til private institusjoner skal kunne saksbehandles av samme enhet som reiser etter pasientreiseforskriften, vil det være behov for særskilt avtale med institusjonen.

En ulempe med å samle saksbehandlingen utenfor den enkelte institusjon, kan være at det er institusjonen som har kunnskap om foreldrene har blitt innkalt av medisinske eller behandlingmessige grunner som nevnt i barneforskriften § 10. Dersom noen andre enn institusjonen selv skal refundere utgiftene, vil bekreftelse på slik innkalling måtte innhentes fra institusjonen før vedtak fattes. Dette vil kreve enten at foreldrene vedlegger bekreftelse ved krav om refusjon eller at det tas kontakt mellom institusjonene og pasientreisekontorene. Den enheten som tar stilling til kravet vil uansett ikke kunne utøve skjønn knyttet til selve retten til dekning – kun ta stilling til hvilke utgifter som dekkes.

Hovedformålet med endringene er å ivareta foreldrenes behov for ro og effektiv saksbehandling – det er ikke et mål i seg selv å endre finansieringsansvaret.

Departementet kunne derfor instruere de regionale helseforetakene om å legge til rette for at krav om refusjon av reiseutgifter etter barneforskriften kan sendes til, og saksbehandles av, samme enhet som behandler krav om refusjon etter syketransportforskriften. Den tydeligste samlingen av ansvaret for saksbehandlingen oppnås likevel, etter departementets oppfatning, ved å endre barneforskriften § 10 slik at de regionale helseforetakene overtar institusjonenes ansvar for å motta krav og for å dekke reiseutgifter for foreldre som innkalles til sykehuset eller som må reise hjem ved lengre opphold.

Dersom finansieringsansvaret for de reiseutgiftene som i dag dekkes etter barneforskriften § 10 fullt ut overføres til de regionale helseforetakene, vil institusjonene ikke lenger ha de samme økonomiske insentivene til å foreta en reell vurdering av hvem som har rett til refusjon. Det kan derfor tenkes at omfanget av innkallinger vil øke. Dette kan være positivt for foreldrene i den grad det bidrar til å utjevne praksis i de ulike institusjonene. Departementet har tillit til at helsefaglige vurderinger i de aller fleste tilfeller vil være avgjørende også etter en eventuell overføring av ansvaret. Det kan likevel etter departementets oppfatning være behov for en korrigerende mekanisme dersom tredjepartsfinansieringen skulle vise seg å føre til manglende overholdelse av forskriftene eller store kostnadsøkninger. En slik intern- og etterfaktureringslegger erfaringsmessig

beslag på en del administrative ressurser. Det er derfor grunn til å tro at de regionale helseforetakene enten vil avstå fra å kreve betaling for utgiftene, at de vil avtale generelle løsninger eller at de vil reservere innkreving til tilfeller hvor det er snakk om uvanlig store utgifter.

Det er uansett den enkelte institusjons behandlende helsepersonell som må vurdere når foreldrene må innkalles for å være hos barnet av medisinske grunner, for informasjon om sykdomsutviklingen eller for nødvendig opplæring om barnets sykdom og videre behandling og pleie. Disse konkrete og helsefaglige vurderingene kan ikke sentraliseres til de regionale helseforetakenes pasientreiseadministrasjon. For å oppnå større forutsigbarhet og likebehandling knyttet til disse beslutningene bør det gis god informasjon og veiledning til foreldre og til institusjonene om rettighetene i barneforskriften § 10.

Se forslag til forskrift § 29.

8.6 Reiseutgifter til nasjonale funksjoner

8.6.1 Bakgrunn

Det følger av syketransportforskriften § 4 første ledd bokstav f at pasienter har rett til dekning av utgifter til reise til helseinstitusjoner med landsdekkende funksjon, herunder Hernes Institutt, Beitostølen Helsesportssenter, Valnesfjord Helsesportssenter, Attføringscenteret i Rauland, Granheim lungesenter og Glitreklinikken. Reiseutgifter til disse institusjonene dekkes fra hele landet, uavhengig av om de ligger innenfor eller utenfor pasientens bostedsregion. Dette er en bestemmelse som ble videreført da de regionale helseforetakene fikk overført finansieringsansvaret for pasientreiser fra folketrygden i 2004.

Fra 1. januar 2011 ble forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten endret. De regionale helseforetakene må nå søke Helse- og omsorgsdepartementet om godkjenning av nasjonale tjenester, som er fellesbetegnelsen for nasjonale og flerregionale behandlingstjenester, og nasjonale kompetansetjenester. Betegnelsen ”helseinstitusjoner med landsdekkende funksjon” benyttes ikke lengre.

Noen av de tidligere helseinstitusjonene med landsdekkende funksjon søkte etter 1. januar 2011 departementet om godkjenning som nasjonal tjeneste. Av de som søkte var det imidlertid ikke alle som ble godkjent som nasjonal eller flerregional behandlingstjeneste eller nasjonal kompetansetjeneste.

Valnesfjord Helsesportssenter og Rehabiliteringssenteret AiR (tidligere Attføringscenteret i Rauland) søkte og ble godkjent, og er i dag hhv. Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse og Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsretta rehabilitering. Beitostølen Helsesportssenter søkte om å bli godkjent som Nasjonal kompetansetjeneste, men fikk avslag. Hernes Institutt søkte ikke. Glitreklinikken er et privat sykehus, - og søkte i 2011 om å bli godkjent som Nasjonal kompetansetjeneste for

arbeidsrettet lungerehabilitering. Klinikken ble ikke godkjent. Granheim lungesenter er i dag en avdeling i Sykehuset Innlandet.

Det fremkommer i merknadene til gjeldende syketransportforskrift at kurs og opplæring i regi av helseforetakene, herunder ved lærings- og mestringssentre, er en del av spesialisthelsetjenesten. Flere av de nasjonale kompetansetjenestene har tilbud om pasientopplæring og kurs.

8.6.2 Departementets vurdering

Betegnelse i den nye pasientreiseforskriften må være i tråd med helsetjenesten slik den er organisert og navngitt til enhver tid. Når helsemyndighetene ikke lenger benytter betegnelsen "helseinstitusjoner med landsdekkende funksjon" må også forskriftene justeres.

Det er videre uheldig at forskriften gir rett til særskilt dekning av reiseutgifter til navngitte institusjoner. De fire institusjonene som etter omleggingen i 2011 ikke har fått godkjenning som nasjonal tjeneste bør behandles på samme måte som alle andre sykehus og private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner når det gjelder pasientenes rett til å få dekket sine reiseutgifter. Dagens bestemmelse åpner for tilfeldige fordeler og er potensielt konkurransevridende.

På bakgrunn av dette foreslår departementet at forskriften endres slik at rett til dekning av utgifter ved reise ikke knyttes opp til enkeltinstitusjoner. Rettighetene bør heller knyttes til organiseringen slik den er til enhver tid. Se forslag til ny forskrift § 1 andre ledd bokstav d.

Nasjonale og flerregionale behandlingstjenester sentraliserer behandlingen til ett eller to steder i landet. Høyspesialisert diagnostikk og behandling er hovedoppgaven til disse behandlingstjenestene. De godkjente behandlingstjenestene skal yte helsehjelp til alle pasienter som har behov for den aktuelle høyspesialiserte behandlingen uavhengig av pasientens bostedsregion. Departementet foreslår derfor at reiser til nasjonale og flerregionale behandlingstjenester innenfor det godkjenningen omfatter, skal dekkes uavhengig av pasientens bostedsregion.

Nasjonale kompetansetjenester sentraliserer ikke behandling på samme måte som nasjonale og flerregionale behandlingstjenester. Dette innebærer at pasienter normalt ikke reiser til disse tjenestene. Kompetansetjenestens oppgaver er primært å bygge opp kompetanse på et fagområde og spre denne kompetansen til andre regioner slik at alle regioner kan ha et kvalitativt godt behandlingstilbud til pasientene. Følgende fremkommer i veilederen til forskrift om godkjenning som sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester:

”Etablering av en nasjonal kompetansetjeneste skal ikke medføre sentralisering av pasientbehandling. Ved behov kan nasjonale kompetansetjenester likevel ha klinisk aktivitet (diagnostikk og behandling) tilknyttet virksomheten. I slike tilfeller er hovedhensikten å bygge opp og opprettholde kompetanse. Behandlingen skal skje i tett samarbeid med det etablerte tjenesteapparatet, og må være nødvendig for å spre

kunnskap på feltet. I denne sammenhengen vises det til at behandling av pasienter forutsettes finansiert gjennom de ordinære finansieringssystemene for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten”.

Det er unntaksvis åpnet for at det kan tilbys behandling, for eksempel Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser og funksjonshemninger og Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde. Departementet foreslår at reiser til nasjonale kompetansetjenester i disse tilfeller skal dekkes uavhengig av pasientens bostedsregion. Dekningen må på samme måte som for behandlingstjenester være begrenset til det godkjenningen omfatter. På samme måte som i dag vil det være et vilkår at pasienten er innkalt fra helseforetaket eller henvist til helseforetaket for nødvendig kurs eller opplæring. Det er ikke et vilkår at kurset eller opplæringen finner sted i helseforetakets lokaler.

Nasjonale og flerregionale behandlingstjenester som godkjennes av departementet er i dag oppført i vedlegg til veileder for nasjonale tjenester som er tilgjengelig på regjeringen.no. Det er imidlertid et mål at alle tjenester i løpet av 2014 også skal beskrives på helsenorge.no. Dette innebærer at pasientreisekontorene og pasientene til enhver tid enkelt kan sjekke om aktuelt behandlingssted er godkjent av departementet som en nasjonal tjeneste slik at reiser dit dekkes uavhengig av pasientens bostedsregion.

8.7 Begrenset rett til refusjon når helseforetaket skal bestille drosje og fly

8.7.1 Gjeldende rett

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 fjerde ledd bestemmer at retten til dekning av utgifter ved transport ”faller bort dersom pasienten får tilbud om transport med transportør som har avtale med regionalt helseforetak”. Det samme gjelder når transport utføres av ansatte i helseforetak eller regionalt helseforetak, jf. syketransportforskriften § 2 andre ledd.

Pasientreisekontorene praktiserer begrensningen slik at pasientene ikke selv skal bestille drosje eller fly. De skal be helsepersonellet om rekvisisjon og kontakte pasientreisekontoret for at det skal bestille eller rekvirere reise. Begrunnelsen er at det ofte er tale om store utgifter, at helseforetakene har inngått avtaler med transportselskaper som normalt vil gi lavere pris og at det skal være mulig å frakte flere pasienter med samme drosje. I tillegg har de regionale helseforetakene flere steder tilbud om reiser med helseekspreser og helsebusser.

Det er viktig å sikre pasientene god informasjon om at pasientreisekontorene skal bestille fly og drosje, og forhindre at pasientene i god tro legger ut for reiseutgifter som senere avslås dekket. Derfor innvilges refusjonssøknaden første gang pasienten selv har bestilt drosje eller fly. Dekning gis da etter ordinære regler tilsvarende billigste rutegående transport, med mindre pasienten kan dokumentere kommunikasjonsmessige eller medisinsk behov. Flybilletten refunderes i sin helhet når det er billigste rutegående transport.

I vedtaksbrevet hvor pasienten innvilges refusjon for egenbestilt drosje eller fly opplyses det om at helseforetaket ved neste reise tilbyr å bestille reisen. Det opplyses også om at dersom pasienten ved senere anledninger velger ikke å benytte seg av tilbudet, vil retten til refusjon falle bort helt eller delvis. Ved andre gangs utlegg for reise med drosje eller fly vil pasienten ikke få refusjon for transporten.

Ved øyeblikkelig hjelp dekkes utgiftene til drosje uansett om pasientene selv har bestilt dette.

Departementet legger til grunn at en slik praksis er i tråd med lov og forskrift, ettersom pasienten opplyses om at vedkommende vil få tilbud om transport av helseforetaket. Neste gang det kreves refusjon for reise som helseforetaket har tilbudt seg å bestille vil det, med henvisning til vedtaksbrevet, være hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 til å nekte refusjon.

Det er viktig at pasienten får informasjon som er god nok og tydelig nok om at de må kontakte helsepersonell eller pasientreisekontor for å bestille drosje eller fly neste gang behovet oppstår, og at de ikke vil få refundert utgifter hvis de bestiller selv. Det vil ikke være tilstrekkelig å opplyse om transportmuligheten på helseforetakenes hjemmesider eller gjennom andre generelle informasjonkanaler. Helseforetakene vil måtte dokumentere at pasienten faktisk er klar over at et tilbud om transport er gitt.

8.7.2 Departementets vurdering

Departementet foreslår å forskriftsfeste gjeldende praksis, med noen endringer.

Flyreiser er ofte dyre, benyttes relativt sjelden (med unntak av reiser nord i landet) og krever mer planlegging enn andre transportformer. Helseforetaket bør derfor bestille alle flyreiser som skal dekkes etter faktiske utgifter. Pasientene må forvente at det stilles strengere krav til slike reiser. Departementet foreslår derfor å forskriftsfeste at helseforetakene skal bestille alle flyreiser for pasientene.

Det vil likevel være urimelig om all rett til dekning falt bort dersom reisen ikke var bestilt av helseforetaket. Bortfall av refusjon kan være en økonomisk belastning for enkelte pasienter. Det har også vært eksempler på at pasienter har kunnet bestille billigere flybilletter enn pasientreisekontorene. I slike tilfeller vil det være til alles fordel at pasienten får noe refusjon. Pasienter som selv legger ut for transport med fly foreslås derfor gitt dekning begrenset til de ordinære reglene for standardsats og billigste rutegående transport på strekninger over 300 kilometer. Forskjellen fra dagens praksis vil med dette for flyreiser være at refusjonen avkortes også ved første gangs utlegg, uavhengig av om dette er varslet i et tidligere vedtaksbrev. Til gjengjeld refunderes transportutgiftene også ved senere anledninger, begrenset til standardsats og billigste rutegående transport. Se forslag til ny forskrift § 23.

Departementet foreslår å videreføre gjeldende praksis for tilfeller hvor pasienten selv legger ut for transport med drosje. Dette innebærer at utgifter til transport ikke refunderes når pasienten i et tidligere vedtak om refusjon av reiseutgifter er opplyst om at helseforetaket skal bestille drosje. Bakgrunnen er at utgifter til drosje normalt vil være

mer begrenset enn utgifter til flyreiser og at en kilometersats kun vil dekke en liten del av eventuelle drosjeutlegg. Unntak foreslås i tilfeller hvor reisen skyldes behov for øyeblikkelig hjelp. I slike tilfeller vil det ikke være tid til å kontakte helseforetakene. Se forslag til ny forskrift § 22.

For effektivt å kunne undersøke om pasienten har takket nei til tilbud om transport ved behandling av krav om refusjon av reiseutgifter, foreslår departementet at syketransportregisterforskrift § 6 første ledd nytt nr. 16 og § 7 første ledd nytt nr. 22 skal gi anledning til å registrere opplysninger om at pasienten har takket nei til tilbud om reise fra helseforetaket eller transportør helseforetaket har avtale med.

8.8 Ikke krav om faktiske utgifter for å innvilge standardsats

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 første ledd bestemmer at ”pasienten og ledsager har rett til dekning av nødvendige utgifter når pasienten må reise i forbindelse med en helsetjeneste [...]”. Syketransportforskriftens bestemmelser omtaler pasientens ”rett til dekning av utgifter ved reise”. I merknad til forskriften § 2 sies at ”det er en forutsetning for dekning av utgifter etter forskriften at det reelt påløper utgifter ved reisen”.

Pasienter som benytter rekvirert transport fra helseforetaket, går, sykler eller på annen måte benytter gratis transportmiddel, har ikke hatt utgifter til transport. Pasienten har derfor heller ikke rett til utbetaling for transport. Det samme gjelder pasienter som har mottatt dekning fra for eksempel forsikringsselskap.

Kravet om reelle og dokumenterbare utgifter må opprettholdes for utgifter til kost, overnatting og arbeidsgodtgjørelse. For transportutgiftene del vil kravet måtte opprettholdes for de reisene eller utgiftene som ikke omfattes av standardsats.

Spørsmålet er om det skal kreves at pasienten faktisk har hatt utgifter til den transporten som det beregnes og ytes kilometergodtgjørelse for.

Et viktig formål med standardsats er å forenkle saksbehandlingen, redusere dokumentasjonskravene og legge til rette for å automatisere større deler av saksbehandlingen. Pasientreisekontorene vil bare kunne kontrollere om pasienten har hatt utgifter dersom pasienten forpliktet til å sende inn dokumentasjon på faktiske utgifter sammen med refusjonskravet. Dermed faller hovedformålet med standardsats bort.

Videre er konsekvensen av å innføre en standardsats at kompensasjonen til pasientene frigjøres fra de faktisk påløpte utgiftene. Det fremstår da som lite hensiktsmessig å stille et generelt krav til at utgifter (uavhengig av størrelsen) er påløpt.

Et viktig unntak fra retten til refusjon av transportutgifter følger allerede av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 fjerde ledd og gjeldende forskrift § 2 andre ledd. Retten til dekning av utgifter ved transport faller bort dersom pasienten får tilbud om transport med transportør som er ansatt i helseforetak eller regionalt helseforetak, eller har avtale med regionalt helseforetak. Dette omfatter rekvirerte reiser fra pasientkontor og helsepersonell. Unntaket foreslås videreført i høringsutkastet, se blant annet utkast til ny § 9.

De tilfellene hvor pasienten ikke har utgifter til reise som da gjenstår er når pasienten sykler, går, benytter gratis offentlig transport eller er passasjer i bil, båt eller lignende. Pasienter som sykler eller går til helsetjenesten vil normalt ikke forflytte seg mer enn noen få kilometer. Eventuelle merkostnader ved å gi rett til standardsats også i slike tilfeller vurderes derfor til å være ubetydelige.

Det pågår i dag noen lokale tiltak i regi av fylkeskommunene for å øke bruken av kollektivtransport gjennom samarbeid om kollektivtilbud, gratisbusser og helseekspress.

Departementet ønsker ikke å legge til rette for å betale pasienter for å benytte gratis offentlig transport. Pasientreisekontorene vil kunne ha oversikt over tilbudet av gratis offentlig transport og gi den enkelte pasient konkret informasjon om dette ved første gangs krav om standardsats på strekningen. Det bør derfor forskriftsfestes at pasienten ikke har rett til dekning av utgifter etter standardsats dersom pasienten i et tidligere vedtak om refusjon av reiseutgifter fra helseforetak har fått opplyst at gratis offentlig transport skal benyttes på strekningen.

Pasientreiser ANS har pekt på at det uten krav om faktiske utgifter vil måtte utbetales standardsats til pasienter som sitter på med andre pasienters bil til helsetjeneste. Man kan derfor få situasjoner hvor tre pasienter kjører samme bil og alle får standardsats, til tross for at to av disse ikke har hatt utgifter. En standardsats forutsetter at pasientene skal slippe å dokumentere hvilket transportmiddel som faktisk er benyttet. Det vil derfor ikke være mulig finne ut hvem som har vært passasjer i andres bil. Det samme gjelder for øvrig også i dag. Departementet legger til grunn at et begrenset antall pasienter vil ha anledning til å benytte samme bil ved transport til helsetjenesten og at kun et fåtall av disse vil benytte seg av anledningen til å sende krav om standardsats.

Når pasienten har behov for ledsager, benyttes bil i stor utstrekning. I disse tilfellene vil enten pasienten eller ledsageren ha hatt utgifter til transporten. Se kapittel 5 om ledsagers rett til dekning.

Hvorvidt pasienter har mottatt dekning av reiseutgifter fra forsikringsselskap vil ikke være mulig å kontrollere for pasientreisekontorene. Det må uansett antas at det er tale om få tilfeller hvor forsikringsselskaper dekker reiseutgifter til helsetjenesten ved reiser i riket. Videre erfarer pasientreisekontorene at forsikringsselskap krever å se avslagsvedtak før de utbetaler forsikring.

På denne bakgrunn foreslår departementet at det ikke stilles et generelt krav om at pasienten må ha hatt reelle utgifter til transport for å ha rett til standardsats per kilometer. Departementet foreslår i stedet å forskriftsfeste et målrettet unntak som innebærer at pasientene ikke vil ha rett til standardsats når de i et tidligere vedtak om refusjon av reiseutgifter fra helseforetak har fått opplyst at gratis offentlig transport skal benyttes på strekningen. Se forslag til ny § 9.

9 Et lettere forståelig regelverk

9.1 Innledning

Departementet har gjennomgått forskrift om syketransport og gjeldende praksis på området, med tanke på å gjøre den nye forskriften om pasientreiser mer tilgjengelig og lettere å forstå. Nedenfor omtales et utvalg av endringer og forslag til presiseringer av ordlyd, ny struktur på bestemmelser og forskriftsfesting av avklaringer som i dag kun fremgår av praksis eller merknader.

9.2 Kommunal institusjon dekker reise til kommunale helse- og omsorgstjenester

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 fjerde ledd bestemmer at ”retten til dekning av utgifter faller også bort i den utstrekning utgiftene dekkes etter annen lovgivning”. Reiser fra sykehjem til kommunale helse- og omsorgstjenester er et eksempel på utgifter som ofte skal dekkes etter annen lovgivning og som ikke dekkes etter syketransportforskriften.

Av forskrift 16. desember 2011 nr. 1349 om egenandel for helse- og omsorgstjenester § 1 fremgår det at kommunen kan kreve egenandel for opphold i kommunal institusjon, herunder sykehjem. Det kan likevel ikke kreves egenandel for korttidsopphold som primært ytes for å avlaste pårørende i deres omsorgsoppgaver eller døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Forskriften § 7 bestemmer at egenandelen blant annet skal dekke ”helse- og omsorgstjenester som kommunen organiserer etter helse- og omsorgstjenesteloven”. Ifølge Pasientreiser ANS er det langvarig praksis for at sykehjem er ansvarlig for reiseutgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester. Begrunnelsen er at alle utgifter forbundet med slike tjenester, herunder reise, dekkes av kommunen selv etter annen lovgivning.

Departementet foreslår å forskriftsfeste gjeldende praksis. Dette vil tydeliggjøre et praktisk viktig unntak og sikre likebehandling. Se forslag til ny forskrift § 2 fjerde ledd

9.3 Forlengelse av reise

Helsedirektoratet og Pasientreiser ANS har tolket syketransportforskriften slik at den ikke er til hinder for at pasienten gis refusjon for utgifter ved reise også der reisen forlenges før eller etter at helsetjenesten gis, for eksempel for å bruke en ekstra dag til private ærend. Forutsetningen er at utgifter til opphold, kost og andre tilleggsutgifter som skyldes forlengelse av oppholdet ikke dekkes. Dette er også aktuelt for forlengelse av reisen i forbindelse med enkelttimer hos for eksempel fastlege eller fysioterapeut.

Departementet deler denne forståelsen. Det bør ikke ha betydning om pasienten ønsker å handle før hjemreise når han først har reist til byen for å få behandling. Det må imidlertid være en forutsetning at den utsatte hjemreisen ikke medfører økte kostnader for helseforetakene. Departementet foreslår derfor å forskriftsfeste i utkastets § 16 at ”utgifter til opphold, kost og andre tilleggsutgifter som skyldes forlengelse av oppholdet ikke dekkes”.

9.4 Ikke dekke reise til forebygging, apotekurer, attester mv.

Gjeldende syketransportforskrift § 2 første ledd bestemmer at ”pasienten har rett til dekning av utgifter ved reise når hensikten med reisen er å motta helsetjeneste og reisen er nødvendig av medisinske eller behandlingmessige grunner”.

Dagens merknad lyder:

”Retten til dekning av utgifter ved reise forutsetter at hensikten med reisen er å motta helsetjeneste og at reisen er nødvendig av medisinske eller behandlingmessige grunner. Retten gjelder ikke ved undersøkelser og behandlinger som er nødvendige av administrative, organisatoriske eller lignende grunner. Dette gjelder eksempelvis dersom pasienten reiser til lege i anledning søknad om oppholdstillatelse, helseattest til førerkort eller tegning av forsikring.

Retten gjelder heller ikke ved reise i forbindelse med forebyggende helsearbeid, henting av medisin, forskning, evalueringsprosjekt o.l. Reise i forbindelse med assistert befruktning ved offentlig poliklinikk (gjelder tre forsøk) og reise til offentlig sykehus for donor ved transplantasjon eller sæddonasjon, dekkes.”

Når pasienten deltar i forskningsprosjekter til erstatning for ordinær behandling dekkes reiseutgiftene av pasientreisekontorene. Reise til helsestasjon dekkes også etter dagens forskrift, selv om det er forebyggende tjeneste.

Pasientreiser ANS opplyser at vilkåret kontrolleres i relativt stor utstrekning av saksbehandlerne. Spesielt gjelder dette for reiserekvisisjoner, hvor det ofte fremkommer informasjon om behandlingen over telefon. I refusjonssaker kan det i mange tilfeller være vanskelig å vite formålet med reisen uten å undersøke nærmere. Pasientreiser ANS opplever ikke at det brukes uforholdsmessig mye tid til slike undersøkelser.

Merknadene beskriver begrensninger som det ikke er lett å lese ut av forskriften, men som praktiseres konsekvent. Departementet foreslår å forskriftsfeste begrensningene i den nye pasientreiseforskriften. Se utkastet § 7.

9.5 Tydeligere regulering av reise ved fritt sykehusvalg

Gjeldende forskrift § 4 andre ledd bestemmer at ”når pasienten benytter retten til fritt sykehusvalg m.m. etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 dekkes utgiftene til reise, med unntak av reise til private radiologiske virksomheter som kun dekkes til nærmeste sted”.

For beregning av hvilke reiseutgifter som dekkes skal det etter departementets oppfatning ikke være nødvendig å vurdere om pasienten selv har benyttet fritt sykehusvalg eller om helseforetaket har viderehenvist pasienten. I begge disse tilfellene er det klart at pasienten skal få dekket utgiftene ved reise til det faktiske behandlingsstedet. Bestemmelsen om dekning av reiseutgifter ved fritt sykehusvalg foreslås derfor endret slik at det ikke fremstår som nødvendig å ta hensyn til om pasienten har valgt sted selv. Det avgjørende for utgiftsdekningens beregning vil etter endringen være om behandlingsstedet er del av ordningen med fritt sykehusvalg. Se også pkt 8.2, hvor departementet foreslår å oppheve

bestemmelsen om at egenandelens størrelse knyttes til om retten til fritt sykehusvalg er benyttet.

Behandlingsstedene som nevnt i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 foreslås nevnt i forskriften, slik at det ikke er nødvendig å henvise til bestemmelsen om fritt sykehusvalg i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette er en retsteknisk enklere regel, som bedre legger til rette for en effektiv saksbehandling. Se utkast til ny forskrift § 1.

Dagens unntak for private radiologiske virksomheter videreføres. Selv om også slike institutter omfattes av fritt sykehusvalg, er dekningen av reise utenfor pasientens bostedsregion mer begrenset. Reiseutgifter utenfor bostedsregionen dekkes kun til institutt som har avtale med bostedsregionen.

9.6 Avkortning av stønad til reisemål som ikke er nevnt i forskriften

Departementet foreslår å forskriftsfeste at pasienter og ledsagere har rett til utgiftsdekning med avkortning også ved reiser til helsehjelp som nevnt i §§ 1, 2 og 3 som ikke er til nærmeste sted eller til behandlingssteder som nevnes i bestemmelsene. Begrunnelsen er å tydeliggjøre og presisere gjeldende rett i forskrift. Se forslag til ny pasientreiseforskrift § 5.

Gjeldende forskrift § 4 første ledd bestemmer at "pasienten har rett til dekning av utgifter ved reise til det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis[...]". Det presiseres i bokstavene a til k at en rekke tilbud likestilles med nærmeste sted. Ordlyden tyder isolert sett på at det kun ytes dekning av utgifter ved reise til nærmeste sted, herunder de tilbudene som er uttrykkelig omtalt i første ledd bokstavene a til k. Dette er imidlertid ikke slik forskriften er blitt praktisert. Dersom pasienten reiser til behandling som ikke omfattes av § 4 første ledd, avkortes dekningen av reiseutgiftene slik at de ikke overstiger det reisen ville ha kostet til det nærmeste stedet der helsetjenesten kunne gis. Det er derfor slik at gjeldende § 4 ikke først og fremst regulerer om pasienter og ledsagere har rett til dekning av utgifter, men snarere hvor mye av reiseutgiftene som skal dekkes. En slik forståelse er også i tråd med de innledende kommentarene i merknaden til gjeldende § 4.

9.7 Permisjoner – sykehus

Gjeldende forskrift § 7 bestemmer at "pasienten har rett til å få dekket reiseutgifter ved permisjon ved livstruende sykdom dersom pasienten er innlagt i regionsykehus, spesialsykehus eller landsdekkende sykehus". Begrepene "regionsykehus, spesialsykehus eller landsdekkende sykehus" benyttes ikke i dag. Det fremstår også som lite hensiktsmessig at pasientens rett til dekning av reise skal være avhengig av sykehusets funksjon. Departementet foreslår at det skal være tilstrekkelig at pasienten er innlagt i "sykehus". Departementet legger videre til grunn at pasienter med livstruende sykdom sjelden er innlagt på mindre sykehus og at det i slike tilfeller uansett normalt vil være tale om kort reisevei. Se utkastet § 13.

9.8 Helsepersonell som kan attestere behov for bruk av bil eller drosje

Gjeldende syketransportforskrift § 5 andre ledd bokstav b gir pasienten rett til bruk av annen transport enn billigste rutegående transport når helsetilstanden gjør det nødvendig. Se også omtale i punkt 4.6.

Etter § 5 tredje ledd skal ”behov for annen transport av helsemessige grunner attesteres av det aktuelle helsepersonell, med unntak av ved øyeblikkelig hjelp”. I merknaden til § 5 tredje ledd gis følgende beskrivelse av hva som menes med ”aktuelle helsepersonell”:

”Følgende behandlere kan attestere behov for drosje mv.; lege, tannlege, psykolog, jordmor, fysioterapeut, kiropraktor, logoped, audiopedagog og ortopediingeniør. På sykehus kan i tillegg oversykepleier og avdelingssykepleier samt faglig ansvarlig på røntgenavdelingen og laboratorium attestere behov for drosje mv. Ved reise til institusjon som yter tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, kan ansatte i sosialtjenesten attestere behov for drosje mv. Kompetansen til å attestere behov for drosje mv. kan ikke delegeres til andre. Behandleren informerer pasienten om rutiner for bestilling av pasientreiser.

Bruk av ambulanserbåt til pasientreiser skal være rekvirert av lege og dekkes bare når billigere forsvarlig transport ikke kan skaffes. Dette gjelder ikke når pasientens situasjon krever øyeblikkelig hjelp”.

Departementet mener at begrepet ”aktuelle helsepersonell” ikke er tilstrekkelig presist til å benyttes i forskrift. Merknaden kan uansett ikke med virkning for rettigheter stille konkrete krav til hvilket helsepersonell som skal attestere. Det er behov for å ha klare regler, men også behov for å unngå uhensiktsmessige begrensninger.

Departementet foreslår at begrepet ”aktuelle helsepersonell” erstattes av en uttømmende liste i forskriften. Se forslag til ny pasientreiseforskrift § 22 tredje ledd.

10 Økonomiske og administrative konsekvenser

10.1 Innledning

Departementet foreslår en standard kilometergodtgjørelse for dekning av reiseutgifter, se kapittel 4. Videre foreslår departementet at krav kan fremmes elektronisk og at dokumentasjonskrav forenkles, se kapittel 6 og 7. Departementet foreslår også å fjerne tillegget for passasjer i bil og heve minste reiseavstand fra 3 til 10 kilometer.

Ut over disse forslagene, foreslår departementet i all hovedsak forskriftsfesting av gjeldende rett og en praksis som allerede i dag ligger til grunn for de regionale helseforetakenes utgifter til pasientreiser. I den grad endringer foreslås, legger departementet til grunn at de økonomiske konsekvensene vil bli ubetydelige.

10.2 Standardsats og administrative besparelser

De økonomiske konsekvensene vil blant annet avhenge av hvilket nivå standardsatsen settes på. Med utgangspunkt i tall og reisemønster i 2013, er gjennomsnittlig kilometersats for buss beregnet til 1,54 kroner og for tog 1,67 kroner. Pasienter som fikk refundert utgifter til bruk av egen bil (79 prosent av bilreisene), fikk i 2013 refundert 2,30 kroner per kilometer (takst 2014: 2,40 kroner per kilometer) og ev. tilleggsutgifter til bom, bilferge og parkering. 21 prosent av kravene for bruk av egen bil, ble omgjort og refundert tilsvarende takst for billigste rutegående transportmiddel. Gjennomsnittlig kilometersats for bil i 2013 er beregnet til 2,12 kroner. Gjennomsnittlig kilometersats for bil varierer mellom helseforetakene.

For at de totale utbetalingene skal være tilnærmet uendret, er det beregnet at standardsatsen bør ligge mellom gjennomsnittlig sats for rutegående transportmiddel og dagens refusjonssats for bil (2,40 kroner i 2014). En standardsats på to kroner ville i 2013 gitt en tilnærmet uendret utbetaling i sum.

En heving av minste reiseavstand fra 3 til 10 kilometer, som foreslått i punkt 4.4, vil påvirke utbetalingene til pasientene. Basert på reiser i 2013, viser beregninger at i overkant av 30 000 pasienter ville mistet rett til refusjon på til sammen om lag 8 mill. kroner med en kilometergrense på 10 kilometer.

Totalt ble det utbetalt rundt 40 mill. kroner til ledsager i 2013. Bortfall av særskilt kompensasjon for ledsager på 0,40 kroner per kilometer, som foreslått i kapittel 5, ville i 2013 gitt reduserte utbetalinger på i underkant av 26 mill. kroner.

Innføring av en brukervennlig elektronisk løsning og færre krav til dokumentasjon kan bidra til at flere benytter retten til å få refundert utgifter. Pasientene vil oppleve dette som en reell forenkling. Dette vil kunne gi utgiftsvekst ved at de totale utbetalingene til pasientene øker, og også at flere vil oppnå frikort raskere. Saksbehandlingen vil kunne effektiviseres ved at en større del av saksbehandlingen blir standardisert og kan automatiseres. Saksbehandlerne slipper å undersøke om det eksisterer et offentlig rutetilbud på strekningen og hva billigste transport koster. Beregning av distanse kan

gjøres automatisk ved å benytte eksisterende elektroniske kilder og karttjenester. På den annen side må det påregnes noe økte kostnader knyttet til kontrolltiltak.

Pasientreiser ANS har beregnet at med standardsats, forenklet dokumentasjon av oppmøte og elektronisk innsending av 50 prosent av sakene, kan de totale administrative besparelsene komme opp i overkant av 50 mill. kroner per år.

10.3 Utvikling og tilpasning av IKT-systemer

Det vil påløpe kostnader til utvikling og tilpasning av IKT-systemer. Det er gjort en vurdering som anslår samlede utviklingskostnader til mellom 45 og 55 mill. kroner. Utvikling og tilpasning av løsningen må gjennomføres ved siden av dagens ordinære drift. Når løsningen er etablert, vil det påløpe kostnader til forvaltning og drift på 13 – 15 mill. kroner årlig. Kostnadene vil i hovedsak være knyttet til de regionale helseforetakene. I tillegg vil det være kostnader til tilpasning av teknisk løsning på helsenorge.no og eksisterende registre. For å sikre gevinstrealisering, skal ordningen evalueres underveis. De økonomiske og administrative konsekvensene vil en komme tilbake til i forbindelse med fremleggelsen av Regjeringens årlige budsjettforslag.

10.4 Stønad beregnes fra oppholdssted, men overstiger ikke kostnad fra bosted

Departementet legger til grunn at forslaget om å dekke utgifter fra oppholdssted, likevel begrenset til kostnaden ved å reise fra bosted, i stor grad viderefører gjeldende rett og praksis ved pasientreisekontorene.

Pasientreisekontorene vil kunne effektivisere saksbehandlingen ved at det kun i helt spesielle tilfeller vil være nødvendig å skille mellom planlagt og ikke-planlagt behandling.

Utgiftsdekningen foreslås begrenset til kostnaden ved å reise fra bostedet, selv om pasienten oppholder seg et annet sted. Det er ikke grunn til å tro at pasientene vil få nevneverdig lavere refusjon av dette. Departementet foreslår unntaksbestemmelser som skal fange opp tilfeller hvor hovedregelen kan gi spesielt uheldige utslag.

10.5 Egenandeler

Pasientbetalte egenandeler i forbindelse med fritt sykehusvalg var i 2013 i sum 7,6 mill. kroner. En forskriftsfesting av gjeldende praksis for forhøyede egenandeler ved bruk av ordningen for fritt sykehusvalg vil gjøre avtaler mellom de regionale helseforetakene overflødige og regelverket lettere tilgjengelig for brukerne. Ettersom en forskriftsfesting i all hovedsak vil erstatte gjeldende praksis og inngåtte avtaler, legger departementet til grunn at forslaget ikke vil ha nevneverdige økonomiske konsekvenser for pasienter eller helseforetak.

10.6 Utvide dekning til kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold og dialyse

Reiseutgifter i forbindelse med at pasientene oppsøker tilbud om øyeblikkelig hjelp, dialyse og andre spesialisthelsetjenester dekkes i dag etter syketransportforskriften. Ved opprettelse av tilbud i kommunene, er det ikke grunn til å tro at den samlede

utgiftsdekningen til pasientene vil øke dersom refusjonsadgangen videreføres. De kommunale tilbudene vil som regel være nærmere pasientens bosted enn sykehuset hvor tilbudet har blitt gitt tidligere. Reise til kommunale tilbud vil derfor trolig være billigere i de fleste tilfeller enn reise til sykehus. Flere pasienter enn i dag vil reise kortere enn minstekilometergrensen eller i minstetakstsone og vil derfor ikke ha rett til refusjon. Et tydeligere regelverk som åpner for mindre skjønn og færre dokumentasjonskrav vil være en fordel for pasienter, helsepersonell og helseforetakene.

10.7 Barns opphold på institusjon – saksbehandling og utbetaling

Departementet foreslår i punkt 8.5 at ett og samme rettssubjekt – de regionale helseforetakene – blir ansvarlig for saksbehandling og utbetaling av stønad til reiser som foreldre har i tilknytning til barns opphold på institusjon. Dette vil oppleves som en forenkling for foreldrene og for helsepersonell på sykehusenes barneavdelinger. Forslaget vil innebære at de regionale helseforetakene overtar kostnader til reiserefusjon som i dag påligger private helseinstitusjoner som behandler innlagte barn. De regionale helseforetakene har i dag avtale med slike institusjoner. Ansvarsoverføringen vil kunne tas i betraktning når nye avtaler inngås. I en overgangsperiode vil kostnadene imidlertid også reelt sett trolig overføres fra de private institusjonene til de regionale helseforetakene.

Behandling av innlagte barn foregår i dag nesten utelukkende i helseforetakenes egne sykehus eller i store ideelle sykehus som har driftsavtale med de regionale helseforetakene. Disse enhetene er så tett integrert økonomisk og organisatorisk at de regionale helseforetakene uansett kan sies å dekke utgiftene også i dag. Forslaget til hjemmel for de regionale helseforetakene til å kreve utgiftene betalt av de enkelte institusjonene kan bidra til at de økonomiske konsekvensene for de regionale helseforetakene uansett ikke blir betydelige. De regionale helseforetakene vil i så fall selv kunne kontrollere kostnadene.

Departementet legger til grunn at forslaget i punkt 8.5 om å forskriftsfeste at to foreldre har rett til dekning av utgifter ved reise til og fra institusjon ved innleggelse av alvorlig eller livstruende sykt barn i hovedsak forskriftsfester gjeldende praksis og legger bedre til rette for likebehandling. Forslaget vil kunne øke kostnadene noe for de pasientreisekontorene som har strammet inn praksis for dekning til kun å gjelde en forelder. Presiseringen vil imidlertid ikke føre til en utgiftsvekst ut over det som allerede følger av handlingsrommet innenfor gjeldende rett. Departementet er også kjent med at sykehusenes avdelinger selv dekker foreldrenes reiseutgifter i spesielle tilfeller.

10.8 Reise til institusjoner med landsdekkende funksjon

Utgangspunktet er at pasienten har rett til dekning av utgifter ved reise til det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis. Reise til helseinstitusjoner med landsdekkende funksjon, herunder reiser til Hernes Institutt, Beitostølen Helsesportsenter, Valnesfjord Helsesportssenter, Rehabiliteringssenteret AiR, Granheim lungesenter og Glitreklinikken, dekkes i dag selv om disse ikke er nærmeste relevante tilbud for pasienten. Reisen dekkes

uavhengig av om de ligger innenfor eller utenfor pasientens bostedsregion. Pasientene betaler kun ordinær egenandel.

Når behandlingstilbud er lagt til en nasjonal eller flerregional behandlingstjeneste vil dette være det nærmeste sted der behandling kan gis. Pasientens reiseutgifter dekkes derfor allerede etter dagens regelverk. Det samme gjelder for de særskilte nasjonale kompetansetjenestene som har et behandlingstilbud eller som tilbyr pasientopplæring og kurs. Dette innebærer at reiser til Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse (Valnesfjord Helseportssenter) og Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering (Rehabiliteringssenteret AiR) dekkes for alle pasienter uavhengig pasientens bostedsregion når det gjelder pasientopplæring og kurs. Dersom regionalt helseforetak har avtale med disse institusjonene, ut over det som inngår i den nasjonale kompetansetjenesten, dekkes det på samme måte som alle andre reiser til private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak – se nedenfor.

Granheim lungesenter er nå en del av sykehuset Innlandet. Reiser dit dekkes for pasienter fra hele landet fordi vi har fritt sykehusvalg i Norge. Det samme vil gjelde for det private sykehuset Glitreklinikken, som har avtale med Helse Sør-Øst RHF. Dersom pasienter i denne sammenheng benytter fritt sykehusvalg, uten å bli henvist dit av et helseforetak, vil pasienten kunne bli belastet med en forhøyet egenandel. Dette til forskjell fra i dag, da pasienter kun betaler ordinær egenandel uansett i hvilken helseregion pasienten er bosatt.

Når det gjelder Hernes institutt og Beitostølen Helseportssenter, vil departementets forslag innebære at pasienter i Helse Sør-Øst (der institusjonene ligger) har rett til å få dekket sine reiseutgifter – forutsatt at Helse Sør-Øst RHF har avtale med institusjonene. Pasientene stilles på denne måten likt med andre pasienter som reiser til private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak. På samme måte som i dag, vil pasienter som reiser til rehabiliteringsinstitusjoner utenfor bostedsregionen ikke ha rett til å få dekket sine reiseutgifter, med mindre relevant tilbud ikke finnes i bostedsregionen.

10.9 Drosje og fly

Departementets forslag om når pasientens rett til dekning av utgifter til drosje og fly faller bort, viderefører i all hovedsak gjeldende praksis ved de fleste pasientreisekontorene. Det antas derfor at forslaget ikke vil ha nevneverdige økonomiske konsekvenser. Flyreiser bestilt av pasientene selv vil kunne dekkes i noe større utstrekning enn i dag. Dette vil likevel ikke skje til en større kostnad enn om pasientreisekontorene selv hadde bestilt reisen. Pasientreisekontorene opplyser at det gis avslag på refusjon kun i få tilfeller som følge av at pasientene selv bestiller drosje eller fly. Pasientreisekontoret i Helse Sør-Øst RHF, som saksbehandler ca 40 prosent av landets reiser, har erfaring med at det kan gjelde 4-5 reiser per måned for både fly og drosje. Det må antas at flyreisene utgjør et mindretall. Forskriftsfesting av den praksis som føres ved de fleste pasientreisekontorene vil kunne lede til større likebehandling av pasientene.

11 Forslag til lovendringer

Forslag til ny pasient- og brukerrettighetslov § 2-6 lyder (endringer kursivert):

§ 2-6 Rett til pasienttransport

Pasienten og ledsager har rett til dekning av nødvendige utgifter når pasienten må reise i forbindelse med en helsetjeneste som omfattes av lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. og som dekkes av et foretak etter lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. Det samme gjelder helsetjenester som omfattes av lov om folketrygd av 28. februar 1997 nr. 19 kapittel 5 og *helsetjenester som ytes ved familievernkontor og helsestasjon. Departementet kan i forskrift bestemme at retten til dekning av nødvendige utgifter også skal gjelde når pasienten må reise til og fra annen helsetjeneste som omfattes av lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester.*

Stønad ytes bare til dekning av reiseutgifter til det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis.

Ved beregning av stønaden *skal sats per kilometer fastsatt av departementet legges til grunn, uavhengig av om pasient eller ledsager har hatt faktiske utgifter. Når pasienten reiser lenger enn 300 kilometer en vei, skal taksten for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel legges til grunn. Når pasientenes helsetilstand gjør det nødvendig å nytte drosje eller bil, eller det ikke går rutegående transport, skal nødvendige faktiske utgifter til drosje og tilleggsutgifter ved bruk av bil legges til grunn.*

Retten til dekning av utgifter etter første ledd faller bort dersom pasienten får tilbud om transport med transportør som har avtale med regionalt helseforetak. Retten til dekning av utgifter faller også bort i den utstrekning utgiftene *på annen måte dekkes av det offentlige.*

Departementet kan gi forskrifter om dekning av reise- og oppholdsutgifter for pasienter og pårørende og utgifter til nødvendig *reiseledsager, herunder dekning av utgifter til andre steder enn geografisk nærmeste sted, egenandel, kjøregodtgjørelse, rett til dekning av faktiske reiseutgifter i særlige tilfeller, utbetaling av refusjon og frister for fremsetting av krav.*

Forslag til ny pasient- og brukerrettighetslov § 2-6 a lyder:

§ 2-6 a Tilbakekreving etter feilaktig utbetaling

En utbetaling av stønad etter § 2-6 til noen som ikke hadde krav på den, kan kreves tilbake dersom den som har fått utbetalingen (mottakeren) eller noen som opptrådte på vegne av mottakeren forsto eller burde ha forstått at utbetalingen skyldtes en feil. Det samme gjelder dersom vedkommende har forårsaket utbetalingen ved forsettlig eller uaktsomt å gi feilaktige eller mangelfulle opplysninger.

Krav etter første ledd skal rettes mot mottakeren av feilutbetalingen. Dersom kravet ikke dekkes hos mottakeren, kan det rettes mot noen som har opptrådt på vegne av mottakeren og som har utvist forsett eller uaktsomhet som angitt i første ledd.

Det skal settes fram krav om tilbakebetaling etter første og andre ledd med mindre særlige grunner taler mot det. Det legges blant annet vekt på graden av uaktsomhet hos

den som kravet retter seg mot, størrelsen av det feilutbetalte beløpet, hvor lang tid det er gått siden utbetalingen fant sted og om feilen helt eller delvis kan tilskrives regionalt helseforetak eller underliggende virksomhet. Tilbakebetalingskravet kan herunder settes til en del av det feilutbetalte beløpet. Når den som kravet retter seg mot har opptrådt forsettlig, skal krav alltid fremmes, og beløpet kan ikke settes ned.

Feilutbetalte beløp som er mottatt i aktsom god tro, kan kreves tilbake, begrenset til det beløp som er i behold når vedkommende blir kjent med feilen. Ved vurderingen av om dette beløpet helt eller delvis skal kreves tilbake, legges det blant annet vekt på størrelsen av det feilutbetalte beløpet, hvor lang tid det er gått siden feilutbetalingen fant sted og om vedkommende har innrettet seg i tillit til den.

Vedtak om tilbakekreving etter paragrafen her er tvangsgrunnlag for utlegg. Kravet kan innkreves ved trekk i framtidige stønader til dekning av reiseutgifter etter § 2-6, eller inndrives etter reglene i lov om Statens innkrevingsssentral. Krav innkreves av Statens innkrevingsssentral med mindre departementet bestemmer annet.

Ved tilbakekreving etter første og andre ledd på grunnlag av forsett eller grov uaktsomhet hos den som kravet retter seg mot, beregnes et rentetillegg på 10 prosent av det beløp som kreves tilbake.

Forslag til pasient- og brukerrettighetslov § 2-7 første ledd lyder:

Forvaltningsloven kapittel IV og V gjelder for vedtak som treffes etter § 2-6 a, men ikke for andre vedtak etter dette kapitlet.

12 Forslag til ny pasientreiseforskrift

Kapittel 1. Pasientens rett

- § 1 Dekning av reiseutgifter - spesialisthelsetjenester
- § 2 Dekning av reiseutgifter - helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5
- § 3 Dekning av reiseutgifter – familievernkontor, kommunale tilbud mv.
- § 4 Samisktalende pasient
- § 5 Avkortning ved annet reisemål
- § 6 Dekning av reiseutgifter ved behov for kontinuitet i behandlingen
- § 7 Krav om medisinske eller behandlingmessige grunner - unntak for reise til visse tjenester
- § 8 Unntak for korte reiser
- § 9 Unntak når gratis offentlig transporttilbud ikke benyttes
- § 10 Unntak for reiser til og fra utlandet
- § 11 Unntak for reiser som dekkes etter annet regelverk
- § 12 Rett til dekning av kost- og overnattingsutgifter mv.
- § 13 Rett til dekning ved permisjon
- § 14 Rett til tapt arbeidsinntekt ved yrkesskade
- § 15 Rett til dekning ved rengjøring og forsendelse av reisegods
- § 16 Forlengelse av opphold

Kapittel 2. Ledsager og nære pårørende

- § 17 Reiseledsagers rett til dekning av reiseutgifter
- § 18 Reiseledsagers rett til dekning av tapt arbeidsinntekt
- § 19 Nære pårørendes rett til dekning av reiseutgifter

Kapittel 3. Beregningen og utbetalingen

- § 20 Stedet reisen anses å starte og slutte
- § 21 Beregningen av reiseutgiftene
- § 22 Dekning av faktiske utgifter til drosje og bil mv.
- § 23 Dekning av utgifter til flyreiser
- § 24 Egenandel
- § 25 Krav på dekning av utgifter
- § 26 Dokumentasjon og kontroll
- § 27 Utbetaling

Kapittel 4. Sluttbestemmelser

§ 28 *Ikrafttredelse*

§ 29 *Endringer i andre forskrifter*

Forskrift om pasienters, ledsagerses og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester (pasientreiseforskriften)

Kapittel 1. Pasientens rett

§ 1 *Dekning av reiseutgifter - spesialisthelsetjenester*

En pasient har rett til å få dekket utgifter ved å reise til og fra spesialisthelsetjenester ved sykehus, distriktpspsykiatrisk senter eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Institusjonen skal eies av et regionalt helseforetak eller ha avtale med et regionalt helseforetak.

En pasient har i tillegg rett til å få dekket utgifter ved å reise til og fra andre spesialisthelsetjenester som finansieres av et regionalt helseforetak og er

- a) det geografisk nærmeste stedet helsetjenesten kan gis
- b) opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, legespesialister, spesialister i klinisk psykologi, laboratorier og røntgeninstitutter i den helseregionen pasienten er bosatt
- c) legespesialister, spesialister i klinisk psykologi, laboratorier og røntgeninstitutter utenfor pasientens bostedsregion når de har avtale om å tilby helsehjelp med det regionale helseforetaket i den helseregionen pasienten er bosatt
- d) en godkjent nasjonal eller flerregional behandlingstjeneste eller en nasjonal kompetansetjeneste for det tilbudet som oppsøkes, jf. forskrift 17. desember 2010 nr. 1706 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten.

§ 2 *Dekning av reiseutgifter - helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5*

En pasient har rett til å få dekket utgifter ved å reise til og fra helsetjenester som gis av en fastlege

- a) i pasientens bostedskommune,
- b) som er geografisk nærmest pasientens oppholdssted eller
- c) i en kommune som samarbeider med bostedskommunen om å tilby fastlege.

En pasient har rett til å få dekket utgifter ved å reise til og fra andre helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5 som gis i pasientens bostedskommune eller som er geografisk nærmest pasientens oppholdssted. Utgiftene dekkes bare dersom helsetjenesten gis av kommunalt ansatt helsepersonell som nevnt i folketrygdloven kapittel 5 eller helsepersonell som får stønad etter folketrygdloven kapittel 5.

Reise til helsetjenester som det gis bidrag til etter folketrygdloven § 5-22 dekkes ikke.

Reiseutgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester dekkes ikke etter forskriften her for pasient som betaler egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon, jf. forskrift 16. desember 2011 nr. 1349 om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester.

§ 3 Dekning av reiseutgifter – familievernkontor, kommunale tilbud mv.

En pasient har rett til å få dekket utgifter ved å reise til og fra følgende tjenester som gis i pasientens bostedskommune, i samarbeidende kommune eller som er geografisk nærmest pasientens oppholdssted:

- a) hjelp ved familievernkontor og helsestasjon
- b) sykehjem, begrenset til innleggelse og utskriving
- c) kommunalt tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd
- d) kommunalt tilbud om dialyse.

Ved reise til familievernkontor der det er nødvendig at parter som bor ulike steder i landet møtes samme sted, dekkes utgifter til reise til det familiekontoret som er nærmest for en av partene, dersom familievernkontorets faglige leder bekrefter at dette er nødvendig av medisinske eller behandlingmessige grunner.

Pasienten har rett til å få dekket utgifter ved å reise til og fra det geografisk nærmeste stedet kjeveortopedi tilbys. Tar ikke nærmeste kjeveortoped imot nye pasienter, dekkes reiseutgiftene til og fra kjeveortoped i den helseregionen pasienten er bosatt.

§ 4 Samisktalende pasient

En samisktalende pasient som er bosatt i forvaltningsområdet for samisk språk og som ønsker prioritet på liste hos samisktalende leger, har rett til å få dekket utgifter ved å reise til samisktalende leger.

§ 5 Avkortning ved annet reisemål

En pasient som reiser til helsehjelp som nevnt i §§ 1, 2 og 3 på et annet sted enn det som følger av bestemmelsene der, har rett til å få dekket reiseutgifter som om reisen var foretatt til det geografisk nærmeste stedet helsetjenesten kan gis.

§ 6 Dekning av reiseutgifter ved behov for kontinuitet i behandlingen

En pasient som flytter beholder sine rettigheter etter §§ 1, 2 og 3 dersom det av behandlingmessige eller kontrollmessige grunner er nødvendig å fortsette hos samme behandler. Det samme gjelder dersom tjenestetilbudet flytter.

§ 7 Krav om medisinske eller behandlingmessige grunner - unntak for reise til visse tjenester

En pasient har bare rett til dekning av reiseutgifter for å motta helsetjenester etter §§ 1, 2 og 3 som er nødvendige av medisinske eller behandlingmessige grunner.

Retten til dekning av reiseutgifter gjelder ikke for

- a) undersøkelser og behandlinger som er nødvendige av administrative, organisatoriske og lignende grunner
- b) forebyggende helsearbeid, med unntak av helsestasjoner
- c) henting av medisin
- d) deltakelse i forskningsprosjekt, med unntak av forskning som kommer til erstatning for ordinær helsehjelp
- e) evalueringsprosjekter.

Utgifter ved reise til og fra familievernkontor og sykehjem etter § 3 dekkes selv om innleggelsen ikke er nødvendig av medisinske eller behandlingmessige grunner.

§ 8 Unntak for korte reiser

En pasient har ikke rett til dekning av reiseutgifter når avstanden fra oppholdsstedet til behandlingsstedet er mindre enn 10 km, eller rutegående transportmiddel til lokal minstetakst eller enhetstakst kan benyttes.

Pasienten har rett til å få dekket reiseutgiftene også når avstanden er under 10 km, dersom reisen gjelder øyeblikkelig hjelp eller helsepersonell som nevnt i § 22 tredje ledd har attestert at pasientens helsetilstand gjør det nødvendig å bruke drosje eller bil.

§ 9 Unntak når gratis offentlig transporttilbud ikke benyttes

En pasient har ikke rett til å få dekket utgifter til transport dersom pasienten

- a) får tilbud om transport med transportør som er ansatt i et helseforetak eller regionalt helseforetak, eller som har avtale med regionalt helseforetak
- b) i et tidligere vedtak om dekning av reiseutgifter fra et helseforetak har fått opplyst at gratis offentlig transport skal benyttes på strekningen.

§ 10 Unntak for reiser til og fra utlandet

En pasient har ikke rett til å få dekket utgifter til reise til eller fra utlandet etter forskriften her.

§ 11 Unntak for reiser som dekkes etter annet regelverk

En pasient har ikke rett til dekning av reiseutgifter som dekkes etter annet regelverk enn pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 og forskriften her.

§ 12 Rett til dekning av kost- og overnattingsutgifter mv.

En pasient som har rett til å få dekket reiseutgifter, har også rett til kostgodtgjørelse når pasienten må være borte fra hjemmet mer enn 12 timer. Kostgodtgjørelsen er kr 200 per døgn. Varer fraværet mer enn ett døgn, gir 6 timer eller mer inn i det nye døgnet rett til dekning som et helt døgn.

En pasient som har rett til å få dekket reiseutgifter, har også rett til dekning av utgifter til nødvendig overnatting under reisen. Utgifter til overnatting dekkes med inntil kr 500 per døgn. Utgifter til privat overnatting dekkes ikke.

Velger en pasient å overnatte ved behandlingsstedet i stedet for å reise hjem mellom flere behandlinger, har pasienten rett til å få dekket utgifter til kost- og overnatting utover det som følger av første og andre ledd dersom dette samlet sett gir lavest utgift til transport, kost og overnatting for det regionale helseforetaket.

§ 13 *Rett til dekning ved permisjon*

Ved livstruende sykdom, har pasienten rett til å få dekket reiseutgifter ved permisjon fra sykehusoppholdet. Det må foreligge en bekreftelse fra behandlende lege på at pasienten lider av livstruende sykdom.

§ 14 *Rett til tapt arbeidsinntekt ved yrkesskade*

En pasient som er yrkesskadet, har rett til å få dekket tapt arbeidsinntekt når det dokumenteres at pasienten ellers ville vært i inntektsgivende arbeid. Tapt arbeidsinntekt dekkes med kr 60 per time opp til kr 315 per dag ved fravær fra arbeidsplassen som skyldes en nødvendig reise til lege, sykehus og lignende. Fravær mindre enn to timer dekkes ikke.

Er pasienten arbeidstaker, dekkes tapet etter opplysninger om timelønn, fraværets lengde og det beløp som ellers ville bli trukket i lønnen.

Har pasienten annen ervervsinntekt, dekkes tapet på grunnlag av opplysninger om antatt årlig arbeidsinntekt omregnet til timefortjeneste og fraværets lengde.

Uførepensjon som pasient mottar på grunn av skaden eller sykdommen, skal ikke trekkes fra.

§ 15 *Rett til dekning ved rengjøring og forsendelse av reisegods*

En pasient har rett til å få dekket nødvendige utgifter til:

- a) forsendelse av reisegods
- b) ekstra rengjøring av drosje, leiet bil eller egen bil etter endt transport.

§ 16 *Forlengelse av opphold*

En pasient har ikke rett til å få dekket tilleggsutgifter til opphold, kost og annet som skyldes at oppholdet forlenges av andre årsaker enn behovet for helsetjeneste.

Kapittel 2. Ledsager og nære pårørende

§ 17 *Reiseledsagers rett til dekning av reiseutgifter*

En reiseledsager har rett til å få dekket utgifter forbundet med å følge en pasient med rett til dekning av utgifter etter forskriften når

- a) pasienten av medisinske eller behandlingmessige grunner har behov for ledsager på reise, eller
- b) det er nødvendig for å hindre at pasienten rømmer eller nyter rusmidler under reisen.

Pasientens behandler skal bekrefte at det er behov for ledsager på reisen av medisinske eller behandlingmessige grunner.

Utgifter til transport, kost og overnatting for ledsager dekkes etter reglene som gjelder for pasienten. Ledsager har rett til dekning av utgifter ved reise etter forskriften, selv om det etter § 8 er mulig for ledsageren å benytte rutegående til lokal minstetakst eller enhetstakst og selv om avstanden fra ledsageren til behandlingssteder er mindre enn 10 kilometer.

Utgiftene til særskilt kvalifisert ledsager som er nødvendige for reisen dekkes etter ledsagerens lønnsregulativ, tariffavtale eller takster fastsatt i forskrift. De særskilte kvalifikasjonene kan blant annet være medisinsk kompetanse, politimyndighet og tolkekompetanse.

Reiseledsagerens samlede utgifter kan avkortes til kostnaden for den billigste forsvarlige reiseledsageren som kunne vært skaffet til reisen.

§ 18 Reiseledsagers rett til dekning av tapt arbeidsinntekt

En reiseledsager har rett til å få dekket dokumentert tapt arbeidsinntekt med kr 110 per time. Kan ikke tapt arbeidsinntekt dokumenteres, har ledsageren rett til å få dekket dokumenterte nødvendige utgifter til leiet hjelp til erstatning for eget arbeid under fraværet med opp til kr 35 per time. Leiet hjelp fra pasientens eller ledsagerens nære pårørende dekkes ikke.

Er det av medisinske eller behandlingmessige grunner påkrevd med en særskilt kvalifisert ledsager, eller billigere forsvarlig ledsager ikke kunne vært skaffet, dekkes tapt arbeidsinntekt etter ledsagerens lønnsregulativ, tariffavtale eller takster fastsatt i forskrift.

Tapt arbeidsinntekt dekkes med inntil åtte timer per døgn. Særskilt kvalifiserte ledsagere som er nødvendig for reisen har rett til dekning for flere enn åtte timer.

Fravær innenfor ledsagerens vanlige arbeidstid som ikke gir trekk i lønn, dekkes ikke. Tapt arbeidsinntekt for særskilt kvalifisert ledsager utbetales til arbeidsgiver dersom ledsager ikke trekkes i lønn, jf. § 27.

Ansatte i hjemmesykepleien og ledsager som mottar stønad etter folketrygdloven kapittel 4 eller 8, har ikke krav på dekning av tapt arbeidsinntekt.

§ 19 Nære pårørendes rett til dekning av reiseutgifter

En pasients nære pårørende har rett til å få dekket nødvendige utgifter ved reise til

- a) pasient som har livstruende sykdom, har omsorg for barn under 14 år, ikke makter å reise hjem og den behandlende lege har gitt en uttalelse om at behandlingen varer minst to uker.

- b) psykiatrisk poliklinikk for barn og ungdom og familievernkontor dersom poliklinikkens ansvarlige leder eller familievernkontorets faglige leder attesterer at det er nødvendig at den pårørende kommer
- c) et kompetansesenter for personer med sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger
- d) kurs eller opplæring i regi av helseinstitusjon forutsatt at kurset eller opplæringen har et medisinsk eller behandlingmessig innhold, kursdeltagelsen er nødvendig for fremtidig oppfølging av pasienten og pasienten er over 18 år.

Reisen dekkes etter samme regler som for pasienter. Etter første ledd bokstav a dekkes én reise per uke.

Kapittel 3. Beregningen og utbetalingen

§ 20 *Stedet reisen anses å starte og slutte*

Reiseutgifter dekkes fra oppholdssted til behandlingsstedet. Etter at helsehjelpen er gitt dekkes reiseutgifter

- a) tilbake til oppholdsstedet, eller
- b) til bosted i den utstrekning utgiftene ikke overstiger kostnaden ved å reise tilbake til oppholdsstedet.

Utgiftene skal likevel ikke dekkes med mer enn kostnaden ved å reise mellom bostedet og behandlingsstedet. Som bosted regnes også nødvendig midlertidig oppholdssted på grunn av arbeid, studier, militærtjeneste og opphold på institusjon.

Begrensningen etter andre ledd gjelder ikke dersom

- a) dekning fra bosted ville påføre pasienten urimelig store reiseutgifter,
- b) helsehjelpen av hensyn til behandlingen eller oppfølgingen ikke kunne ytes andre steder, og
- c) behovet for helsehjelp var uventet og oppstod på stedet.

Etter en yrkesskade dekkes nødvendige utgifter til hjemtransport, jf. folketrygdloven § 5-25.

Pasienter bosatt på Svalbard har rett til å få dekket hjemreisen fra sykehuset på fastlandet ved utskrivning, tilbake til Svalbard eller til bosted på fastlandet.

§ 21 *Beregningen av reiseutgiftene*

Reiser pasienten kortere enn 300 kilometer hver vei, dekkes reiseutgiftene med kr xx per kilometer.

Kan pasienten dokumentere at det ble benyttet rutegående båt på strekningen, dekkes kostnaden til billigste rutegående transport i stedet for sats per kilometer etter første ledd.

Dersom pasienten kan dokumentere at det var nødvendig å benytte båt, snøscooter eller ATV, dekkes reiseutgiftene etter satsene i Statens reiseregulativ.

Reiser pasienten lenger enn 300 kilometer hver vei, dekkes reiseutgiftene med taksten for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel.

Når pasienten ledsages på reisen etter § 17 har enten ledsageren eller pasienten rett til å få dekket reiseutgifter. Både pasient og ledsager har likevel rett til dekning med

standardsats etter første ledd eller faktiske kostnader etter andre og fjerde ledd dersom det dokumenteres at rutegående transport er benyttet på strekningen.

§ 22 Dekning av faktiske utgifter til drosje og bil mv.

Pasienten har rett til å få dekket nødvendige dokumenterte utgifter til drosje eller dokumenterte utgifter til ferje, bomvei, parkering og piggdekkavgift ved bruk av bil dersom

- a) reisen gjelder øyeblikkelig hjelp
- b) personell som nevnt i tredje ledd attesterer at pasientens helsetilstand gjør det nødvendig å bruke drosje eller bil
- c) pasientreisekontor eller en annen som har fått myndighet til det, attesterer at kommunikasjonsmessige forhold gjør det nødvendig å bruke drosje eller bil.

Dersom helseforetaket har opplyst om at helseforetaket skal bestille drosje i et tidligere enkeltvedtak om retten til å få dekket reiseutgifter, men pasienten likevel selv legger ut for drosje, har pasienten bare rett til å få dekket utgifter etter første ledd når reisen gjelder øyeblikkelig hjelp.

Pasientens behandler, oversykepleier, avdelingssykepleier og faglig ansvarlig på røntgenavdelingen eller laboratorium i sykehus kan attestere et behov for drosje eller bil etter første ledd bokstav b. Ansatte i helse- og omsorgstjenesten kan attestere et slikt behov for å reise til en institusjon som yter tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Bruk av ambulansébåt til pasientreiser skal være rekvirert av lege og dekkes bare når billigere forsvarlig transport ikke kan skaffes. Dette gjelder ikke når pasientens situasjon krever øyeblikkelig hjelp.

§ 23 Dekning av utgifter til flyreiser

Helseforetaket skal bestille flyreiser. Dersom pasienten likevel selv legger ut for transport med fly, har pasienten rett til følgende dekning:

- a) ved reiser som er kortere enn 300 kilometer hver vei, dekkes reiseutgiftene med kr xx per kilometer
- b) ved reiser som er lenger enn 300 kilometer hver vei, dekkes reiseutgiftene med taksten for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel.

§ 24 Egenandel

Pasienten skal betale en egenandel ved hver enkeltreise på kr 135 hver vei. Det skal ikke betales egenandel

- a) for ledsager
- b) for barn under 16 år
- c) ved reise for å undersøke eller behandle yrkesskade eller krigsskade
- d) ved reise for å undersøke, behandle og kontrollere en allmennfarlig smittsom sykdom
- e) ved reise for å legges inn i tvungent psykisk helsevern

- f) ved reise for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon
- g) ved pårørendes reise til psykiatrisk poliklinikk for barn og ungdom som oppfyller vilkårene i § 19 bokstav b
- h) ved reise for donor ved transplantasjon
- i) ved overføring mellom institusjoner innad i et helseforetak.

Reiser pasienten til sykehus, distriktpspsykiatrisk senter eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk utenfor egen bostedsregion, skal pasienten betale en egenandel på kr 400 hver vei. Pasienten skal likevel bare betale egenandel på kr 135 hver vei dersom helsetjenesten gis på det nærmeste stedet den kan gis, eller det regionale helseforetaket ikke tilbyr helsehjelpen i pasientens bostedsregion.

§ 25 Krav på dekning av utgifter

Utgiftene skal kreves dekket senest seks måneder etter at kravet tidligst kunne vært satt fram. Utgiftene kan dekkes tilbake til tre år før utgiftene ble krevd dekket dersom den som har rett til refusjon åpenbart ikke har vært i stand til å kreve utgiftene dekket tidligere. Det samme gjelder dersom vedkommende ikke krevd utgiftene dekket før fordi det regionale helseforetaket, eller noen på foretakets vegne, har gitt misvisende opplysninger.

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion dekker utgiftene. Pasienten har ikke krav på renter.

§ 26 Dokumentasjon og kontroll

Helseforetaket kan kreve at krav om dekning av utgifter skal dokumenteres, med unntak av utgifter til kost. Det skal innhentes nødvendig dokumentasjon før vedtak om dekning av tapt arbeidsfortjeneste fattes.

Helseforetaket kan unnlate å innhente dokumentasjon for pasientens oppmøte hos behandler dersom det er mulig å kontrollere og finne tilbake til dokumentasjonen ved senere stikkprøver, jf. bokføringsloven § 6.

Helseforetaket skal i rimelig grad kontrollere de opplysningene som pasienten gir. I vurderingen av kontrollens omfang skal det legges vekt på kostnader ved kontrolltiltakene, målt opp mot nytten. Bokføringslovens regler om dokumentasjon gjelder.

§ 27 Utbetaling

Utgifter på mindre enn kr 100 utbetales ikke. Har pasienten rett til å få dekket flere utgifter innen 6 måneder, og summen av utgiftene utgjør minst kr 100, kan beløpene kreves utbetalt under ett.

Har kommunen, fylkeskommunen eller staten dekket utgifter til ledsager, kan beløpet utbetales direkte til disse. Avtaler en transportør å få direkte oppgjør for en pasients reiseutgifter, utbetales utgiftsdekningen direkte til transportøren.

Kapittel 4. Sluttbestemmelser

§ 28 *Ikrafttredelse*

Forskriften trer i kraft xx.yy zzzz. Fra samme tid oppheves forskrift 4. juli 2008 nr. 788 om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling (syketransportforskriften).

§ 29 *Endringer i andre forskrifter*

Følgende endringer gjøres i andre forskrifter:

1. Forskrift 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon § 10 skal lyde

Reiseutgifter for ledsager i forbindelse med innleggelse og utskrivning dekkes av det regionale helseforetaket i barnets bostedsregion, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 og *forskrift dd.mm.åååå nr. xxx om pasienters, ledsageres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester. Begge foreldre har rett til å få dekket reiseutgifter når de ledsager alvorlig eller livstruende sykt barn til og fra institusjon.*

Det regionale helseforetaket i barnets bostedsregion dekker reiseutgifter til og fra helseinstitusjon

- a) *når helseinstitusjonen av medisinske grunner innkaller foreldre for å være hos barnet, for informasjon om sykdomsutvikling eller for nødvendig opplæring i forbindelse med barnets sykdom og videre behandling og pleie,*
- b) *etter 14 dagers liggetid én gang i uken for én forelder som er hos barnet under opphold i helseinstitusjon.*

Krav om dekning av reiseutgifter etter andre ledd sendes til Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS. Dekningen beregnes etter reglene i pasientreiseforskriften.

Det regionale helseforetaket i barnets bostedsregion kan kreve utbetalte reiseutgifter etter andre og tredje ledd dekket av helseinstitusjonen.

2. Forskrift 18. april 1997 nr. 334 om egenandelstak 1 § 3 andre ledd skal lyde:

Når medlemmet skal betale egenandel på kr 400 hver vei etter forskrift dd.mm.åååå nr. xxx om pasienters, ledsageres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester, er egenandelen for reise ikke omfattet av denne forskriften.

3. Forskrift 18. desember 2009 nr. 1640 om registre for administrering og samordning av syketransport (syketransportregisterforskriften) § 6 første ledd nr. 14, 15, 16 og 17 skal lyde:

14. behandlerens bekreftelse på at det er medisinske eller behandlingmessige grunner til at pasienten må benytte egen bil eller drosje i stedet for kollektivtilbud
15. hvem som har rekvirert reisen
16. opplysninger om at pasienten har takket nei til tilbud om reise fra helseforetaket eller transportør helseforetaket har avtale med
17. behandlerens navn og behandlingsstedets navn og adresse

4. Forskrift 18. desember 2009 nr. 1640 om registre for administrering og samordning av syketransport (syketransportregisterforskriften) § 7 første ledd nr. 5, 20, 21 og 22 skal lyde:
 5. *behandlerens navn og behandlingsstedets navn og adresse*
 20. behandlerens bekreftelse på at det er medisinske eller behandlingsmessige grunner til at pasienten må benytte egen bil eller drosje i stedet for kollektivtilbud
 21. om behandleren får refusjon fra HELFO for helsehjelpen
 22. opplysninger om at pasienten har takket nei til tilbud om reise fra helseforetaket eller transportør helseforetaket har avtale med

13 Merknader til forslag om lovendringer

Til § 2-6

Departementet foreslår å lovfeste i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 at departementet i forskrift kan bestemme at retten til dekning av nødvendige utgifter også skal gjelde reise til og fra bestemte helsetjenester som omfattes av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette er først og fremst aktuelt for dialyse og kommunale tilbud om døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp. Se omtale i punkt 8.3.

Tredje ledd bestemmer i dag at ”taksten for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel [skal] legges til grunn, med mindre pasientenes helsetilstand gjør det nødvendig å nytte et dyrere transportmiddel, eller det ikke går rutegående transport”. I høringsnotatets kapittel 4 omtales forslagene om å innføre en standardsats per kilometer reisevei. Ved reiser som er lenger enn 300 kilometer en vei, foreslås det at billigste rutegående transportmiddel fortsatt skal dekkes. I notatets punkt 8.8 omtales forslaget om at refusjon med standardsats kan gis selv om pasient eller ledsager ikke har hatt faktiske utgifter til reise. Ordlyden i tredje ledd er foreslått endret i tråd med forslagene. Det foreslås videre presisert at det er de nødvendige faktiske utgiftene til drosje og tilleggsutgifter ved bruk av bil som skal dekkes når pasientenes helsetilstand gjør det nødvendig å nytte drosje eller bil, eller det ikke går rutegående transport. I dag vil tilleggsutgifter ved bruk av bil være dokumenterte utgifter til ferge, bomvei, parkering og piggdekkavgift.

Departementet foreslår at fjerde ledd endres til å omfatte alle tilfeller der reisen dekkes av det offentlige. Som omtalt i punkt 8.8, bør retten til refusjon blant annet falle bort når fylkeskommunen tilbyr gratis transport på den aktuelle strekningen. Nærmere vilkår for bortfall av refusjon skal kunne fastsettes med hjemmel i § 2-6 femte ledd.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 gir rett til dekning av reise til helsetjeneste som omfattes spesialisthelsetjenesteloven og folketrygdloven kapittel 5. I tillegg omfattes reise til helsestasjon og familievernkontor. Reise til sykehjem omtales ikke. Loven hjemler derfor ikke dekning av transport til og fra sykehjem. Gjeldende syketransportforskrift § 2 bokstav d gir likevel pasienten rett til dekning av utgifter ved reise ”ved innleggelse og utskrivning av sykehjem”. Det er også langvarig og konsekvent praksis for dekning av slike utgifter. Det vil derfor ikke oppstå merutgifter eller økte administrative konsekvenser ved å hjemle retten til refusjon i loven. Forskriftshjemmelen som nevnt i høringsnotatets punkt 8.3 om reise til og fra helsetjeneste som omfattes av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester vil hjemle forskriftens bestemmelser om dekning av transport til og fra sykehjem. Slik ivaretas behovet for en klar hjemmel i lov, samtidig som man unngår en lite hensiktsmessig opplisting av konkrete reisemål i loven.

I følge gjeldende lov § 2-6 femte ledd kan departementet gi forskrifter om ”dekning av reise- og oppholdsutgifter for pasienter og utgifter til nødvendig ledsager, herunder dekning av utgifter ved fritt sykehusvalg, om utbetaling av refusjon og om frister for fremsetting av krav”. Departementet foreslår å presisere at forskriftshjemmelen også gjelder forskrifter om dekning av utgifter for pårørende, egenandeler og kjøregodtgjørelse.

Videre foreslås det presisert at det i forskrift også kan gis andre regler om dekning ved reise til steder som ikke er geografisk nærmeste sted. Begrepet ledsager foreslås erstattet av reiseledsager.

Til § 2-6 a

Se omtale i høringsnotatets punkt 7.5.

Til § 2-7

Se omtale i høringsnotatets punkt 7.5.

14 Merknader til forslag til ny pasientreiseforskrift

Generelle kommentarer

Forskriften omfatter dekning av utgifter ved reise i forbindelse med at pasienter mottar helsetjenester. Hvilke helsetjenester pasienten kan reise til, fremgår nærmere av forskriften §§ 1 til 3. Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 definerer hvem som er pasient.

Forskriften gir uttrykk for de nødvendige utgifter pasienten har rett til å få dekket. Forskriften er ikke til hinder for at de regionale helseforetakene selv kan velge å innføre en fast og konsekvent praksis for i bestemte tilfeller å dekke utgifter ut over det som følger av rettighetene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 og denne forskriften.

Forskriftens bestemmelser om dekning av utgifter ved reise gjelder i utgangspunktet både rekvirert transport og transport som pasienten selv sørger for. Ved rekvirert transport oppstår imidlertid ikke kostnader for pasienten til selve transporten. En rekke av forskriftens bestemmelser får derfor liten praktisk betydning for rekvirert transport. Kostgodtgjørelse og overnatting, samt nødvendige ledsageres utgifter, skal uansett dekkes etter forskriftens regler.

Personer som oppholder seg midlertidig i Norge, uten å være medlem av folketrygden, vil ikke ha rett til dekning av utgifter ved reise og opphold i forbindelse med helsetjenester som ytes i Norge etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6. Se forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Unntak gjelder når vedkommende har rettigheter i henhold til gjensidighetsavtale. Dette gjelder for eksempel statsborgere fra EØS-land. Disse vil etter artikkel 19 i forordning (EF) nr. 883/2004 (til EØS-avtalen) kunne ha samme rettigheter som personer som har fast opphold i Norge eller som er medlemmer i folketrygden uten å være bosatt her, herunder ved behov for nødvendig helsehjelp og dekning av utgifter ved reise og opphold i forbindelse med helsehjelpen.

Til § 1 Dekning av reiseutgifter - spesialisthelsetjenester

Første ledd viderefører gjeldende syketransportforskrift § 4 første ledd bokstavene d (for så vidt gjelder sykehus), e, i og j, samt § 4 andre ledd om fritt sykehusvalg.

For at pasienten skal ha rett til dekning av utgifter ved reise i forbindelse med spesialisthelsetjenester, forutsettes det at behandlingen finansieres av et regionalt helseforetak (eventuelt helseforetak). Forskriften omfatter derfor spesialisthelsetjeneste som ytes av institusjoner som er eid av regionalt helseforetak eller som ytes av private tjenesteytere med avtale med regionalt helseforetak. Ved helsehjelp hos legespesialister, spesialister i klinisk psykologi, laboratorier og røntgeninstitutter, må behandlingen dekkes av fastsatte refusjonstakster for å anses dekket. Dersom pasienten selv eller andre dekker behandlingsutgiftene, gir ikke forskriften rett til å få dekket utgiftene ved reisen.

Begrepet ”spesialisthelsetjeneste” omfatter en type helsetjenester man ikke har funnet det hensiktsmessig å gi det kommunale nivået ansvar for. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a inneholder eksempler på hva som omfattes av de regionale helseforetakenes ansvar, men er ingen uttømmende oppstilling. Hva som til enhver tid omfattes av spesialisthelsetjenesteloven vil kunne variere over tid, både på bakgrunn av endringer i organiseringen av helsetjenestene og den medisinske utvikling. Spesialisthelsetjeneste er blant annet sykehus tjenester, laboratorie- og røntgentjenester, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, psykisk helsevern, opptrenings- og rehabiliteringstjenester og tjenester ytet av legespesialister.

Kurs eller opplæring i regi av helseforetakene, herunder ved lærings- og mestringssenter, er en del av spesialisthelsetjenesten. Pasienten vil i slike tilfeller være innkalt fra helseforetaket eller henvist til helseforetaket for nødvendig kurs eller opplæring. Det er ikke et vilkår at kurset eller opplæringen finner sted i helseforetakets lokaler. Utgifter til kost og overnatting under kurs dekkes ikke hvis disse utgiftene dekkes av andre enn pasienten.

Forskriften omfatter også pasienters reise mellom institusjoner etter utskrivning.

Andre ledd omhandler reiser til spesialisthelsetjenester som ikke gis ved sykehus, distriktpspsykiatrisk senter eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Dette er tilbud som ikke omfattes av ordningen for fritt sykehusvalg etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4.

Etter bokstav a har pasienten rett til dekning av utgifter ved reise til det behandlingsstedet der helsetjenesten kan gis som geografisk er plassert nærmest pasientens eget bosted. Dette gjelder også behandlingssteder utenfor egen bostedsregion.

Ved vurderingen av hvor helsetjenesten ”kan gis” skal det legges vekt på om helsetjenesten kan gis innen forsvarlig tid, om behandler er spesielt egnet til å behandle bestemte lidelser og om det av hensyn til behandlingen eller kontroll er nødvendig å fortsette hos samme behandler. Se også utkastets § 6. Alternativet vil også være aktuelt i tilfeller hvor pasientens bostedsregion ikke har et tilbud på grunn av manglende kompetanse.

Bokstav b viderefører gjeldende syke transportforskrift § 4 første ledd bokstavene d og g.

Bokstav c viderefører gjeldende syke transportforskrift § 4 første ledd bokstav h.

Bokstav d erstatter gjeldende syke transportforskrift § 4 første ledd bokstav f. I stedet for å navngi konkrete helseinstitusjoner, er det vist til nasjonal eller flerregional behandlingstjeneste eller nasjonal kompetansetjeneste. Reiseutgiftene til disse institusjonene dekkes fra hele landet, uavhengig av om de ligger innenfor eller utenfor pasientens bostedsregion. Informasjon om nasjonal eller flerregional behandlingstjeneste og nasjonal kompetansetjeneste med behandlingstilbud er tilgjengelig på helse- og omsorgsdepartementets nettsider og på nettsidene til de regionale helseforetakene. Se også forskrift 17. desember 2010 nr. 1706 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten kapittel 4 om godkjenning av nasjonale tjenester.

For reiser til nasjonale kompetansetjenester er det en forutsetning at det er åpnet for å tilby behandling eller det er etablert et tilbud om pasientopplæring eller kurs. For eksempel vil forskriften dekke utgifter ved reise til kompetansesenter for pasienter som er cocleaimplanterte, forutsatt at innkalling til kontroll skjer som ledd i oppfølgingen av behandlingen. Forskriften gjelder ikke ved reise til nasjonale kompetansesenter i forbindelse med spesialpedagogisk virksomhet, da dette ikke regnes som spesialisthelsetjeneste.

Til § 2 Dekning av reiseutgifter - helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5

Forskriften § 2 viderefører gjeldende forskrift § 1 bokstav e og f, § 3 bokstav a og § 4 første ledd bokstavene a og b.

Pasienten har rett til dekning av utgifter ved reise til tilbud som gis i pasientens bostedskommune eller på det behandlingsstedet som er geografisk nærmest pasientens eget bosted. Det nærmeste stedet kan også være behandlingssted utenfor egen kommune. Når det gjelder fastleger, dekkes også reise til og fra helsehjelp i en kommune som samarbeider med bostedskommunen om å tilby fastlege.

Dersom pasienten velger fastlege i en annen kommune uten at det foreligger et fastlegesamarbeid med pasientens bostedskommune som nevnt i første ledd, gjelder hovedregelen om dekning av utgifter ved reise til det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis.

For at det skal foreligge en rett til dekning av utgifter ved reise etter denne bestemmelsen, må den som yter helsetjenesten være nevnt i folketrygdloven kapittel 5. Den som yter helsetjenesten må videre enten være ansatt i kommunen eller utløse stønad etter en av bestemmelsene i kapittel 5. Det er ikke tilstrekkelig at kommunen har ansvaret for den aktuelle helsetjenesten dersom den ikke er nevnt i kapittel 5. Folketrygdloven kapittel 5 nevner allmennleger (fastleger), jordmødre, psykologer, fysioterapeuter, kiropraktorer, tannleger, logopedier, audiopedagoger og ortoptister.

Reise til ortopedisk verksted, jf. folketrygdloven § 10-7 dekkes ikke. Det er ikke funnet hensiktsmessig å presisere dette i forskriften på samme måte som i gjeldende forskrift § 1 bokstav f.

Se utkastets § 5.

Til § 3 Dekning av reiseutgifter – familievernkantor, kommunale tilbud mv.

Forskriften § 3 viderefører gjeldende forskrift § 3 bokstavene c og d og § 4 bokstav k. Bestemmelsene om kommunalt tilbud om døgnopphold og dialyse er nye.

Utgifter ved reise til familievernkantor og helsestasjon dekkes etter første ledd bokstav a, selv om det ikke gis undersøkelse og behandling som nevnt i folketrygdloven kapittel 5.

Reiseutgifter til familievernkantor ved mekling etter barnelov eller ekteskapslov dekkes av Fylkesmannen - ikke etter pasientreiseforskriften

Bokstav c omfatter tjenester som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd. Det følger av loven at kommunene ”skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp”. Bestemmelsen er ikke trådt i kraft. Det vil trolig skje i 2016. Flere kommuner har opprettet, eller er i ferd med å opprette, slike tilbud. Tilbudene erstatter tilbud i spesialisthelsetjenesten, særlig for eldre pasienter.

I andre ledd bestemmes at ved reise til familievernkontor der det er nødvendig at parter som bor ulike steder i landet møtes samme sted, dekkes utgifter til reise til det familiekontoret som er nærmest for en av partene, dersom familievernkontorets faglige leder bekrefter at dette er nødvendig av medisinske eller behandlingsmessige grunner. Dette viderefører etablert praksis.

Til tredje ledd: Se også forskrift 19. desember 2003 nr. 1755 om dekning av reise- og oppholdsutgifter ved ambulant kjeveortopedtjeneste i Nord-Norge.

Til § 4 Samisktalende pasient

Forskriften § 4 viderefører gjeldende forskrift § 4 første ledd bokstav c.

Til § 5 Avkortning ved annet reisemål

Forskriften § 5 forskriftsfester praksis.

Til § 6 Dekning av reiseutgifter ved behov for kontinuitet i behandlingen

Forskriften § 6 forskriftsfester praksis som omtalt i merknaden til gjeldende forskrift § 4.

Til § 7 Krav om medisinske eller behandlingsmessige grunner - unntak for reise til visse tjenester

Første ledd viderefører gjeldende forskrift § 2 første ledd.

Andre ledd gir praktiske eksempler på reisemål som ikke dekkes. Undersøkelser og behandlinger som kun gjøres av administrative, organisatoriske eller lignende grunner er ikke nødvendig av medisinske eller behandlingsmessige grunner. Dette gjelder eksempelvis dersom pasienten reiser til lege i anledning søknad om oppholdstillatelse, helseattest til førerkort eller tegning av forsikring. Retten gjelder heller ikke ved reise i forbindelse med helseterapi, henting av medisin, forskning, evalueringsprosjekt o.l. Reise i forbindelse med assistert befruktning ved offentlig poliklinikk (gjelder tre forsøk) og reise til offentlig sykehus for donor ved transplantasjon eller sæddonasjon, dekkes.

Tredje ledd viderefører gjeldende praksis, beskrevet i merknadene til gjeldende § 3 bokstav d i syketransportforskriften, om å dekke reiseutgifter ved innleggelse og utskrivning av sykehjem selv om innleggelsen ikke er nødvendig av medisinske eller

behandlingsmessige grunner. Det samme gjøres gjeldende for reise til og fra familievernkontor.

Til § 8 Unntak for korte reiser

Forskriften § 8 viderefører gjeldende forskrift § 1 bokstav a og b om forskriftens virkeområde, samt § 5 tredje ledd.

Første ledd innebærer at pasienter, ledsagere og nære pårørende som hovedregel ikke har rett til dekning når avstanden til behandlingsstedet er mindre enn 10 km eller når rutegående transportmiddel til lokal minstetakst eller enhetstakst kunne ha vært benyttet. Med reiser til "lokal minstetakst" menes reiser innenfor en sone der man reiser til laveste pris det aktuelle transportselskapet opererer med på strekningen. Med reiser til "enhetstakst" menes reiser hvor prisen er uavhengig av kjørelengden, for eksempel ved reise innenfor en bys grenser.

Det fremgår av andre ledd at pasienten likevel skal ha rett til dekning av reiseutgifter ved øyeblikkelig hjelp og ved attest på medisinske behov fra nærmere angitt helsepersonell. Utgiftsdekningen utvides til å gjelde faktiske utgifter til bruk av bil eller drosje i disse tilfellene, se § 22.

Til § 9 Unntak når gratis offentlig transporttilbud ikke benyttes

Forskriften § 9 utdyper unntaket i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 fjerde ledd. Bokstav a viderefører gjeldende forskrift § 2 andre ledd. Bokstav b er ny.

Til § 10 Unntak for reiser til og fra utlandet

Forskriften gjelder reiser i riket. Dekning for reise- og oppholdsutgifter i forbindelse med helsehjelp i et annet EØS-land reguleres blant annet av forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land. Nordisk konvensjon om sosial trygghet gir regler om dekning av utgifter ved reise til andre Nordiske land. Gjeldende tolkning forskriftsfestes.

Til § 11 Unntak for reiser som dekkes etter annet regelverk

Forskriften § 11 viderefører gjeldende forskrift § 1 bokstaver c, d, e, f og g. Det bestemmes at pasienten ikke har rett til dekning av reiseutgifter som dekkes etter annet regelverk enn pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6, jf. loven fjerde ledd andre punktum. Tilsvarende vil gjelde for ledsager og pårørende.

Ambulansetransport er regulert i forskrift 18. mars 2005 nr. 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og er en tjeneste som inngår i regionale helseforetaks akuttmedisinske beredskap ved behov for øyeblikkelige hjelp. Båretransport

anses ikke i seg selv som ambulansetransport. Dersom forskriftens vilkår er oppfylt, kan derfor utgiftene til båretransport dekkes etter reglene i forskriften

Når helsepersonell har utgifter i forbindelse med reise for å foreta undersøkelse eller behandling og ikke reiser som kvalifisert ledsager etter denne forskriften § 9 og § 10, dekkes utgiftene etter forskrift 19. desember 2003 nr. 1728 om dekning av utgifter til transport av helsepersonell m.m. i forbindelse med reise for å foreta undersøkelse eller behandling.

Fylkeskommunen dekker reiseutgifter for noen pasientgrupper i den offentlige tannhelsetjenesten, jf. tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd. Bestemmelsen begrenser også retten til dekning av reiseutgifter for militært personell. Eksemplene er ikke uttømmende.

Til § 12 Rett til dekning av kost- og overnattingsutgifter mv.

Forskriften § 12 viderefører gjeldende forskrift §§ 6 og 12.

Det er bare nødvendig fraværstid på grunn av transport, undersøkelse og behandling, samt nødvendig ventetid på grunn av kommunikasjonsforhold som skal regnes med i fraværet. Den delen av fraværet som skyldes private ærender, forlengelse av opphold på eget initiativ mv. vil ikke gi rett til utgiftsdekning. Ved avgjørelsen etter andre ledd om det er nødvendig med overnatting i nærheten av sykehus/fødehjem i forbindelse med fødsel, legges det blant annet vekt på avstanden til hjemstedet, kommunikasjonsforhold, værforhold, samt spesielle medisinske grunner, for eksempel fare for komplikasjoner ved fødsel.

Pasientens utgifter til overnatting dekkes med inntil kr 500,- per døgn, uavhengig av om overnatting har funnet sted i hotell, pensjonat, gjestgiveri o.l. eller sykehotell/pasienthotell eid av regionalt helseforetak.

I praksis dekker pasientreisekontorene utgifter til dagrom i spesielle tilfeller. Det legges vekt på pasientens alder og helsetilstand, oppholdsmulighetene på behandlingsstedet, værforhold og oppholdets varighet. Utgiftene dekkes med inntil satsen for overnattingsgodtgjørelse.

Når pasienten er innlagt i institusjon er det institusjonens ansvar å sørge for å dekke utgifter som er nødvendig for å behandle pasienten, herunder om personer med nær tilknytning til pasienten bør oppholde seg i institusjonen sammen med pasienten.

Til § 13 Rett til dekning ved permisjon

Forskriften § 13 viderefører gjeldende forskrift § 7.

Formålet med bestemmelsen er å gi særlige rettigheter i tilfeller hvor pasienten ikke bare har en potensielt livstruende sykdom, men faktisk befinner seg på et stadium i sykdomsforløpet som er livstruende. Det kreves likevel ikke at sykdommen er gått inn i en såkalt terminal fase.

Behandlerne skal vurdere om vilkåret er oppfylt. En slik medisinsk faglig vurdering skal ikke overprøves av pasientreisekontoret.

Permisjonsreiser for innlagte pasienter dekkes ikke i andre tilfeller enn nevnt i § 13, heller ikke når institusjonen helt eller delvis holder stengt i helg, høytid eller ferie.

Når en pasient er innlagt på sykehus og har reiser til annen behandling som ikke er knyttet til det han er innlagt for, regnes ikke denne reisen som "reise knyttet til permisjon". En slik reise vil dekkes etter pasientreiseforskriftens regler fra det stedet pasienten oppholder seg. Forskriften § 13 er derfor ikke et hinder for at reiseutgifter til annen helsehjelp dekkes etter forskriften.

Til § 14 Rett til tapt arbeidsinntekt ved yrkesskade

Forskriften § 14 viderefører gjeldende forskrift § 8. Bestemmelsene er omformulert for å lette forståelsen.

Til § 15 Rett til dekning ved rengjøring og forsendelse av reisegods

Forskriften § 15 viderefører gjeldende forskrift § 5 sjette ledd om reisegods og inntar i forskrift retten til dekning av rengjøringsutgifter som nevnt i merknadene til § 5 sjette ledd.

Med forsendelse av reisegods menes for eksempel separat frakt av rullestol. Rengjøringsutgifter dekkes for eksempel ved fødsel i bil.

Til § 16 Forlengelse av opphold

Forskriften er ikke et hinder for at oppholdet forlenges før eller etter at helsehjelpen er mottatt. Kostnadsdekningen skal likevel ikke overstige de reisekostnadene som ville påløpt ved reise i umiddelbar tilknytning til behandlingstidspunktet. Tilleggsutgifter i forbindelse med ekstraopphold dekkes derfor ikke. Bestemmelsen forskriftsfester gjeldende tolkning.

Til § 17 Reiseledsagers rett til dekning av reiseutgifter

Forskriften § 17 viderefører gjeldende forskrift § 9.

Med reiseledsager menes person som følger pasient til og fra behandler eller til og fra behandlingssted.

Første ledd er omformulert for å tydeliggjøre at ledsagerens rett til refusjon av reiseutgifter er avledet av pasientens rett til refusjon. Dersom pasienten ikke har rett til refusjon etter forskriften, skal heller ikke ledsageren ha rett til refusjon. En person som ledsager en pasient som bor to kilometer fra behandlingssted, og ikke har medisinsk behov

for tilrettelagt transport, vil for eksempel ikke ha rett til dekning av reiseutgifter. Med dette forskriftsfestes gjeldende praksis og tolkning.

Etter langvarig praksis gis rett til dekning av utgifter selv om ledsageren kan ta rutegående transportmiddel til minstetakst og selv om ledsageren bor nærmere enn 10 kilometer fra behandlingsstedet. Praksis er basert på betraktningen om at det uansett vil være billigere for helseforetaket å dekke slike ledsageres utgifter enn ledsagere som har lenger reiseavstand. Praksis foreslås forskriftsfestet i tredje ledd tredje punktum.

Normalt dekkes utgiftene for én reiseledsager. Dersom reiseledsager ikke makter oppgaven alene, kan utgifter for to reiseledsagere dekkes, for eksempel dersom pasienten er særlig pleietrengende, bruker rullestol o.l. Det foreslås presisert i barneforskriften § 10 at to foreldre som faktisk ledsager alvorlig eller livstruende sykt barn på reise skal ha rett til dekning av reiseutgifter. Se forslag til forskrift § 29.

Reiseutgiftene dekkes etter pasientreiseforskriften dersom den som oppholder seg på institusjon sammen med pasienten også er nødvendig ledsager på pasientens reise. Pasientreisekontorene behandler kravet – ikke institusjonen selv.

Forskriften gjelder imidlertid ikke for de utgiftene som kun knytter seg til at en person av behandlingsmessige eller medisinske årsaker oppholder seg sammen med pasient som er innlagt i institusjon. Slike utgifter er ikke knyttet til pasientens reise. Personens tilstedeværelse i institusjonen vil være en del av den helsehjelpen som er nødvendig for å behandle pasienten. Eksempler på dette er at en bestemt person er nødvendig for å ta del i behandlingen, at det er ønskelig å sikre kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell eller for å berolige pasient som er urolig og utrygg i nye omgivelser. Dette kan blant annet være familie, andre med spesielt kjennskap til pasienten eller fagpersoner - for eksempel døvetolker. Gjeldende syketransportforskrift § 1 bokstav h gjorde uttrykkelig unntak fra forskriftens virkeområde for slike tilfeller. Det anses ikke lenger som hensiktsmessig.

I forskrift 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon §§ 8 til 11 er det gitt nærmere bestemmelser om beregning av utgiftsdekningen når en forelder oppholder seg i institusjonen sammen med barnet. Andre tilfeller er ikke særskilt regulert, noe som innebærer at institusjonen skal dekke de nødvendige faktiske utgiftene knyttet til opphold og reise.

Det er institusjonen som tar stilling til om det av medisinske eller behandlingsmessige årsaker er nødvendig at pasienten har følge under opphold på institusjonen.

Bokstav b bestemmer at reiseledsager har rett til å få dekket nødvendige utgifter forbundet med å følge pasienten på reise til eller fra en helsetjeneste når det er behov for å hindre at pasienten rømmer eller nyter rusmidler under reisen. Dette er en forskriftsfesting av langvarig praksis omtalt i forskriftens gjeldende merknader.

Etter gjeldende praksis kreves behovet for reiseledsager dokumentert av pasientens behandler. Dette foreslås presisert i andre ledd.

Med kvalifisert ledsager i fjerde ledd menes ledsagere som om nødvendig kan gi medisinsk behandling, for eksempel lege, fysioterapeut og jordmor. Etter omstendighetene kan også andre anses som kvalifiserte ledsagere, for eksempel politi, ansatte i kriminalomsorgen, spesiallærer, døvetolk og tolk for samisktalende pasienter som ikke snakker norsk. I gjeldende forskrift § 9 andre ledd bestemmes det at ”utgiftene dekkes etter særskilt regulativ til kvalifisert ledsager dersom vedkommende har krav på det”. Ordlyden er vanskelig å forstå. Det er derfor presisert at utgiftene til kvalifisert ledsager skal dekkes etter ”ledsagerens lønnsregulativ, tariffavtale eller takster fastsatt i forskrift”. Se merknadene til § 18.

Femte ledd viderefører gjeldende forskrift § 10 bokstav f. Bestemmelsen begrenser de samlede utgiftene til reise og arbeidsgodtgjørelse for reiseledsagere til det kostnaden ville ha vært for den billigste forsvarlige reiseledsager som kunne ha vært skaffet. I tråd med tolkning av gjeldende forskrift § 10 bokstav f omfattes også tapt arbeidsinntekt i de samlede utgiftene.

Til § 18 Reiseledsagers rett til dekning av tapt arbeidsinntekt

Forskriften § 18 viderefører gjeldende forskrift § 10.

Det fremgår av gjeldende forskrift § 10 bokstav c at en reiseledsager som ikke er pasientens nære pårørende har rett til å få dekket tapt arbeidsinntekt med kr 35 per time dersom tapt arbeidsinntekt eller leiet hjelp ikke kan legitimeres. Bestemmelsen er ikke videreført ettersom skattemyndighetene krever dokumentasjon for tapt arbeidsinntekt. Det er videre vanskelig å begrunne forskjellsbehandling av nære pårørende og andre ledsagere.

Arbeidsgodtgjørelse som særlig kvalifisert ledsager forutsetter at pasienten ikke kan reise uten at ledsager med aktuelle kvalifikasjoner er tilgjengelig.

Til nødvendig ledsagelse som utføres av politiet, ytes det arbeidsgodtgjørelse etter særskilt regulativ, det vil si vedkommendes ordinære lønnsregulativ. Det ytes imidlertid ikke arbeidsgodtgjørelse for vakthold utenom reisen, for eksempel over pasienter i det psykiske helsevern. Rundskriv 2011/15 om privatbetalte oppdrag kommer ikke til anvendelse. Det presiseres at politiet ikke har krav på dekning av arbeidsgodtgjørelse etter forskriften ved ledsagelse i forbindelse med ambulanseturer og ved politiets bistand ved oppdrag som ikke gjelder pasienttransport, eksempelvis i forbindelse med rømninger, leteaksjoner og ved vakthold på institusjoner.

I hovedtariffavtalen mellom Kommunenes Sentralforbund og Norsk Kommuneforbund mv., er det avtalt beregning av arbeidstid ved følge av pasienter til sykehus mv. Ledsagere som engasjeres til enkeltstående oppdrag, får sin arbeidstid godtgjort etter disse bestemmelsene.

Lege ytes arbeidsgodtgjørelse etter takst 22 i forskrifter og takster for legehjelp, fastsatt i medhold av folketrygdloven § 5-4.

Jordmor ytes arbeidsgodtgjørelse etter takst 5a i forskrift om stønad til dekning av jordmorhjelp, fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-12.

Med ”personer ansatt i hjemmesykepleien” i femte ledd menes personer som er ansatt i kommunen, som har til ansvar å oppfylle kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a og som yter helsetjenester til pasienten i pasientens bopel. Det er ikke avgjørende om tjenesten omtales som ”hjemmesykepleie” av kommunen.

Det ytes ikke feriepenger med mindre særlig kvalifisert ledsager blir trukket i lønn av arbeidsgiver. Godtgjørelse for arbeidsgiveravgift dekkes dersom arbeidsgiver har hatt slike utgifter.

Til § 19 Nære pårørendes rett til dekning av reiseutgifter

Forskriften viderefører gjeldende forskrift § 16.

Med nære pårørende menes ektefelle, samboer, barn, barnebarn, foreldre, besteforeldre, svigerbarn, svigerforeldre og søsken, samt personer som tilhører samme husstand.

Se omtale av hva som regnes som livstruende sykdom i merknaden til § 13. Bestemmelsen omfatter også tilfeller hvor en gravid kvinne må oppholde seg på sykehuset av hensyn til fosterets liv. Dette forutsetter at de øvrige vilkår i bestemmelsen er oppfylt.

For dekning av utgifter ved reise der pasienten er under 18 år, vises det til forskrift 12. januar 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon.

Til § 20 Stedet reisen anses å starte og slutte

Forskriften § 20 bygger i stor grad på merknadene til gjeldende forskrift § 4.

Sted hvor pasienten tilfeldigvis befinner seg når behovet for behandling oppstår, for eksempel et skadested, er ikke nødvendigvis å betrakte som oppholdssted. Dette innebærer at utgiftsdekning ikke begrenses til reise tilbake til skadestedet, men til oppholdsstedet eller bostedet.

Til § 21 Beregningen av reiseutgiftene

Forskriften § 21 er hovedsakelig ny.

Med rutegående transportmiddel i femte ledd menes for eksempel buss, tog, ferje og fly. Soveplass på tog dekkes om natten. Soveplass på tog dekkes om dagen dersom helsetilstanden gjør det nødvendig.

Til § 22 Dekning av faktiske utgifter ved bruk av drosje og bil mv.

Forskriften § 22 viderefører i all hovedsak gjeldende forskrift § 5.

Gjeldende begrep ”annen transport enn med billigste rutegående transportmiddel” foreslås erstattet av ”drosje eller bil”, ettersom det i praksis er disse transportmåtene som vurderes av helsepersonellet. Med bil menes egen, lånt eller leiet bil.

Pasienten bør normalt forventes å velge billigste reisemåte og reiserute. Begrepet ”nødvendige dokumenterte utgifter” er en sikkerhetsventil som åpner for avkortning blant annet i tilfeller hvor lange og svært dyre drosjeturer kreves dekket, selv om det ville vært mulig å benytte vesentlig billigere transportmuligheter eller -ruter.

Kommunikasjonsmessige forhold som nevnt i første ledd bokstav c omfatter blant annet tilfeller der det er nødvendig å benytte bil eller drosje fordi det ikke går rutegående transportmiddel på hele eller deler av strekningen.

Kompetansen til å attestere behov for drosje eller bil på grunn av helsetilstand etter bokstav b kan ikke delegeres til andre. Behandleren bør informere pasienten om rutiner for bestilling av pasientreiser.

Ved bortfall av rett til refusjon for transporten etter tredje ledd beholdes retten til dekning av andre eventuelle utgifter forbindelse med reisen, for eksempel kost, overnatting og tapt arbeidsinntekt. Bestemmelsen er forskriftsfesting av praksis.

Fjerde ledd om bruk av ambulansébåt til pasientreiser er en forskriftsfesting av merknadene til gjeldende forskrift § 5.

Til § 23 Beregningen ved flyreiser

Forskriften § 23 er ny.

Til § 24 Egenandel

Forskriften § 24 forskriftsfester i all hovedsak praktiseringen av gjeldende forskrift § 14.

Benyttes flere transportmidler på reise til eller fra behandlingsstedet eller pasienten må overnatte på vei til eller fra behandlingsstedet, skal det bare betales egenandel én gang. Ved seriebehandling betales ny egenandel for hver reise mellom bosted/oppholdssted og behandlingssted.

Egenandelen kan ikke overstige faktiske kostnader. Dersom drosjeturen koster kr 80,-, kan ikke drosjesjåføren avkreve pasienten mer enn dette beløpet.

Dersom pasienten skrives ut av et helseforetak og legges inn i et annet helseforetak, må pasienten i følge første ledd bokstav i betale egenandel på vanlig måte.

Dersom det ikke finnes et tilbud i helseregionen, skal pasienten i følge tredje ledd betale ordinær egenandel ved reise til behandlingstilbud i alle deler av landet. Helseforetakenes pasientreisekontor har oversikt over regionens tilbud og innhenter informasjon fra det regionale helseforetaket i tvilstilfeller.

Når pasienten betaler egenandel på kr 400 hver vei, er egenandelen for reise ikke omfattet av forskrift 18. april 1997 nr. 334 om egenandelstak 1, jf. § 3 andre ledd. Dette innebærer at egenandelen i slike tilfeller ikke skal refunderes selv om egenandelstaket er nådd.

Når HELFO skaffer pasienten et tilbud om helsehjelp i forbindelse med fristbrudd, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde ledd, skal det regionale helseforetaket dekke utgiftene etter spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 tredje ledd. Det er ikke hjemmel for å kreve egenandel av pasienten i slike situasjoner.

Til § 25 Krav på dekning av utgifter

Forskriften § 25 viderefører gjeldende forskrift § 15 første og tredje ledd.

Krav om dekning av utgifter etter forskriften sendes til Pasientreiser ANS. Det lokale pasientreisekontor kan kontaktes på telefon 05515.

Ved bruk av fly er ”billettstamme” tilstrekkelig dokumentasjon. For enkelte transporter gjøres utgiftene opp direkte mellom transportør og regionalt helseforetak.

Til § 26 Dokumentasjon og kontroll

Forskriften § 26 er i hovedsak ny.

Til § 27 Utbetaling

Forskriften § 27 viderefører gjeldende forskrift § 16, med unntak av tredje ledd om tilbakekreving hvor det nå foreslås lovfestet egne bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 a.

Eksempler på statlig arbeidsgiver som kan få direkte utbetaling, er politi- og lensmannsetaten. Dette er en refusjonsbestemmelse som forutsetter at arbeidsgiver har dekket utgiftene først, for eksempel på grunnlag av reiseregning eller at arbeidsgiver ikke har trukket ledsager i lønn. Bestemmelsen gjelder ikke andre enn kommunen, fylkeskommunen eller staten som arbeidsgiver.

Til § 29 Endringer i andre forskrifter

Se omtale i høringsnotatets punkter 8.4 og 8.5 om endringene i barneforskriften.

Se omtale i høringsnotatets punkter 7.4.2, 7.6.2 og 8.7.2 om endringene i syke transportregisterforskriften.