

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: 24/123-
Vår ref.: 24/11291-3
Saksbehandler: Camilla Closs Walmann
Dato: 11.04.2024

Innspill til høring - endringer i pasientreiseforskriften

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets høring av endringer i pasientreiseforskriften, med høringsfrist 11. april 2024.

Generelt

I 2020 leverte Helsedirektoratet sin evaluering av pasientreiseforskriften. Vårt oppdrag var å vurdere om endringene som ble gjort i 2016 hadde hatt utilsiktede konsekvenser. Vi skulle også utarbeide forslag til forenklinger og forbedringer i regelverket. Det har skjedd en utvikling av feltet siden 2020, og vi ser at noen av problemstillingene vi tok opp er, eller er i ferd med å bli, løst i praksis. Andre vil bli håndtert gjennom endringene som departementet foreslår i dette høringsnotatet, og vi støtter i hovedsak forslagene.

Departementet har valgt å foreslå enkeltendringer innen rammen av dagens forskrift og at det ikke gjøres gjennomgripende endringer i forskriftens struktur. En fordel med en slik tilnærming er at det ikke må brukes ressurser på å innarbeide en helt ny forskrift i helseforetakene og hos statsforvalterne, særlig når det ikke foreslås store materielle omlegginger. Forskriften vil imidlertid fremdeles være komplisert og vanskelig å sette seg inn i. De foreslåtte endringene vil bidra til å fjerne noen uklarheter. Det foreslåtte rundskrivet som gir helseforetakene nærmere føringer for hvordan de enkelte bestemmelsene skal praktiseres vil antakelig også kunne bidra til bedre forståelse.

Departementet skriver at man ikke følger opp anbefalinger som ikke kan følges opp innenfor den økonomiske rammen i den nåværende pasientreiseordningen. Retten til reisestønad eller dekning av utgifter er begrunnet i at reiseutgiftene ikke skal være til hinder for at pasienten kan motta nødvendig undersøkelse eller behandling. Enhver endring som påvirker hvilke reiser som dekkes, vil dermed få økonomiske konsekvenser, enten for helsetjenesten eller for pasientene. Hvis man avgrenser seg fra endringer som øker kostnadene for helseforetakene, kan man heller ikke rette opp tidligere regelverksendringer som har hatt utilsiktede konsekvenser, eller gjøre endringer som retter opp skjevheter som er oppstått som følge av utviklingen i andre samfunnssektorer. Et eksempel på det siste er forskriftens regel om at det ikke utbetales reisestønad dersom "rutegående transportmiddel til lokal minstetakst eller enhetstakst kunne vært benyttet". I evalueringen viste direktoratet til at utviklingen i kollektivtransporttilbudet og takstsystemene i de ulike fylkene og regionene medfører at personer i ulike fylker får ulike

Helsedirektoratet

Avdeling for helserett

Camilla Closs Walmann

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4 • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

rettigheter, at denne regelen gir dårlig forutberegnelighet, er utfordrende å praktisere riktig og at den gir opphav til mange klager. Det bør vurderes om forskriften kan avgrenses på en mer hensiktsmessig måte, selv om en oppretting av utilsiktede skjevheter som har utviklet seg over tid ville ha økonomiske konsekvenser for helseforetakene.

Det samlede forslaget inneholder mange endringer i forskriften. Endringene er i varierende grad forklart og kommentert i høringsnotatet. Det har gjort det vanskelig å få oversikt over de samlede endringene. Nedenfor kommenterer vi enkelte av forslagene i høringsnotatet nærmere. Kommentarene følger høringsnotatets oppbygning.

Til høringsnotatet kapittel 7 – Reiser til og fra spesialisthelsetjenester

Dagens forskrift gir ikke pasienter rett til å få dekket utgifter under institusjonsopphold i spesialisthelsetjenesten. Departementet foreslår ikke at det tas inn en bestemmelse om dette i forskriften, men foreslår at dette skal presiseres i et rundskriv til forskriften.

Pasientreiseforskriften § 13 gir pasienter rett til dekning ved permisjon fra sykehusopphold for pasienter med livstruende sykdom. Departementet skriver at denne bestemmelsen er et unntak fra utgangspunktet om at institusjonen må dekke utgifter som er nødvendige for å behandle pasientene, og foreslår å oppheve bestemmelsen. Departementet viser til at utgiftene uansett må dekkes av institusjonen og mener at det vil være mer formålstjenlig at de regionale helseforetakene selv avgjør om pasienten skal få dekket utgifter til reiser ved permisjon.

Pasientreiseforskriften § 13 gir innlagte pasienter med livstruende sykdom en rettighet ved at de har mulighet til å reise hjem selv om reisen ikke er nødvendig av behandlingsmessige grunner. En opphevelse av bestemmelsen vil etter vår vurdering få betydning for denne pasientgruppens rettsstilling, uten at det er redegjort for dette i høringsnotatet. Hvis bestemmelsen tas ut av pasientreiseforskriften vil helseforetakene måtte etablere nye rutiner og finne annen budsjettmessig dekning for utgiftene dersom de ønsker å opprettholde denne muligheten for pasientgruppen. Pasientene med livstruende sykdom vil i så fall likebehandles med pasienter som må reise hjem på permisjon av behandlingsmessige grunner eller fordi behandlingsinstitusjonen stenger i helg eller i forbindelse med ferieavvikling. Disse permisjonsreisene dekkes heller ikke etter pasientreiseforskriften i dag. En risiko med å fjerne en rettighet som er i innarbeidet i tjenestene er at pasienter ender opp med å betale for reiser, fordi de har fått uriktig informasjon fra behandlingsstedet. Det vil være viktig at behandlingsstedene får tydelig informasjon om endringen, og om at Pasientreiser ikke lenger dekker reiseutgifter for pasienter som reiser på permisjon. Det kan evt vurderes en overgangsordning, for eksempel en praksis der reisene dekkes i en overgangsperiode, og at behandlingssteder som følger det gamle regelverket får informasjon fra Pasientreiser om endringene og at de må innrette sine systemer i tråd med ny ordning.

Til høringsnotatet kapittel 8 – Reiser til og fra helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5

Departementet foreslår å forskriftsfeste at pasienter som ikke får plass på liste hos en fastlege som er listet opp i gjeldende § 2, kan få dekket reise til den nærmeste tilgjengelige fastlegen der pasienten kan stå på liste. Direktoratet er enig i at departementets fortolkning på dette området bør tas inn i forskriften. I utgangspunktet dekkes reiser til fastlege i kommunen, eller til geografisk nærmeste fastlege. Tilføyelsen er dermed et unntak fra forskriftens utgangspunkt, og det vil være et spørsmål hvordan pasienter skal dokumentere at de kommer inn under dette unntaket. Vi antar at det kan bli aktuelt å gi føringer for dette i et rundskriv.

Til kapittel 10 – Reiser som blir organisert av helseforetaket

Departementet foreslår en ny bestemmelse om reiser som blir organisert av helseforetaket.

Bestemmelsen inneholder

- Krav om forsvarlighet
- Adgang for helseforetaket til å beslutte hvilket transportmiddel som skal benyttes og om flere pasienter skal reise sammen
- Plikt for pasientens behandler eller utpekt personell til å vurdere om det er behov for særskilt tilrettelegging. Adgang for ansatte i helse- og omsorgstjenesten til å vurdere det samme ved reiser til TSB-institusjoner. Plikt til å informere helseforetaket om eventuelt behov for særskilt tilrettelegging.
- Plikt for helseforetaket til å legge en slik helsefaglig vurdering til grunn for gjennomføringen av transporten.
- Videreføring av hjemmel for helseforetaket eller andre som har fått myndigheten til det, til å attestere behov for organisert transport på grunn av manglende rutegående tilbud.

Det er positivt at grunnleggende prinsipper for helseforetakenes organisering og tilrettelegging av transport for pasienter blir forskriftsfestet. Det er vanskelig å vurdere hvilke konsekvenser det vil ha og hvilke problemstillinger en slik regulering vil reise før man har høstet erfaringer med den. Det kan tenkes at en slik ny bestemmelse vil medføre et økt antall klagesaker for statsforvalterne fordi pasientenes rettigheter nå blir forskriftsfestet.

Dagens pasientreisesystem baserer seg på at pasientens behandler rekvirerer transport for pasienter som har behov for dette av helsemessige grunner, uten at det har vært en plikt i henhold til forskriften å vurdere dette eller å melde fra til helseforetaket om behovet. Det har heller ikke vært en forskriftsfestet plikt for pasientreisekontoret til å legge behandlers vurderinger til grunn. Fastlegene har tidligere pekt på at det er et stort omfang av administrative oppgaver knyttet til pasientreiser. Dagens ordning er basert på at behandlere attesterer og dokumenterer behov. Vi antar derfor at den nye bestemmelsen i praksis ikke vil medføre en større arbeidsbyrde for behandlere. Vi er også kjent med at Pasientreiser stadig utvikler systemene for å gjøre det enklere for pasienter og behandlere å rekvirere reiser.

Departementets forslag inneholder ikke en opplisting av hvilke personellgrupper som, i tillegg til behandler, skal ha plikt/adgang til å vurdere behovet for særskilt tilrettelegging. Dette i motsetning til gjeldende § 22 som åpner for at oversykepleier, avdelingssykepleier og faglig ansvarlig på røntgenavdelingen eller laboratorium i sykehus kan attestere et behov for drosje eller bil. Praksis i dag er etter det vi forstår at personell som skal kunne rekvirere reiser gis tilgang fra Pasientreiser HF til å bruke systemet for rekvirering av reiser. Vi legger til grunn at bruken av ordet "utpeke" i forslaget ikke medfører krav om at det gjøres et formelt vedtak el. fra helseforetakene om hvilke personer/personellgrupper som kan gjøre dette. For pasienter vil det være viktig at det finnes noen som har adgang til å gjøre denne helsefaglige vurderingen når behovet for transport oppstår, også der behandlingsansvarlig ikke er til stede.

Til kapittel 11.1 - Reiseledsagere

Departementet foreslår å opprettholde prinsippet om at reiseledsagers rett til dekning av utgifter er avledet av pasientens rett. En reiseledsager vil bare ha rett til dekning dersom pasientens behandler har bekreftet behovet for en ledsager. Pasientreiseforskriften § 8 innebærer at pasienter ikke får dekning for reiser som er kortere reisevei enn 10 kilometer og reiser der rutegående transportmiddel til lokal minstetakst eller enhetstakst kunne vært benyttet. Det er presisert i § 17 at ledsagere har rett til dekning selv om ledsageren selv kommer inn under unntakene i § 8 første ledd. Departementet foreslår å presisere i et nytt

fjerde ledd at reiseledsagere også har rett til dekning selv om pasienten kommer inn under unntakene i § 8 første ledd. Vi støtter forslaget, men det bør vurderes om bestemmelsen kan forenkles ved å erstatte § 17 tredje ledd andre punktum og forslaget til nytt fjerde ledd, for eksempel med følgende formulering: "Utgifter til transport, kost og overnatting for ledsageren dekkes etter reglene som gjelder for pasienten. *Unntakene som følger av § 8 første ledd gjelder ikke.*"

Etter gjeldende § 17 femte ledd kan reiseledsagerens samlede utgifter avkortes til kostnaden for den billigste forsvarlige reiseledsageren som kunne vært skaffet til reisen. Denne bestemmelsen er ikke videreført i forslag til ny forskrift, og det er ikke kommentert i høringsnotatet hvorfor den er tatt ut.

Særlig om politi som bistår ved transport

Departementet foreslår videre en ny ordning for refusjon av politiets utgifter ved bistand til transport som omfattes av pasientreiseforskriften. Helsedirektoratet reviderte i 2023 et felles rundskriv med Politidirektoratet om samarbeid opp mot personer med alvorlig psykisk lidelse. I den forbindelse spilte direktoratene inn at regelverket knyttet til politiets adgang til å få refundert utgifter ved bistand til helsetjenesten er uklart og bidrar til unødig konflikter og tidsbruk. Helsedirektoratet er derfor positiv til at regelverket nå klargjøres, herunder at det gis en generell takst for politiet ved bistand.

Vi ser behov for noe ytterligere klargjøring enn det som fremgår direkte av forskriftsbestemmelsen. Vi har tatt utgangspunkt i teksten i høringsnotatets kapittel 11.1.1.1 fjerde avsnitt, og utdypet noe (understreket tekst), slik at kommentaren ikke kan bidra til forvirring rundt hva som er nødvendig bistand fra politiet. Vi foreslår at denne teksten benyttes som kommentar/rundskriv til ny § 18 a:

§ 18 a Rett til dekning av utgifter for særskilt kvalifisert ledsager, herunder politi
Pasientreiseforskriften regulerer berre politiet sin rett til refusjon av utgifter ved nødvendig bistand ved transport av pasientar etter denne forskriften. Det betyr at reisefølge i samheng med ambulansetransport fell utanfor dette regelverket. Bistand ved rømmingar, leiteaksjonar og vakthald på institusjon er heller ikkje omfatta. Forskrifta gir heller ikkje rett til refusjon av utgifter når politiet gir bistand til helsetenesta, i andre situasjonar enn etter forskriften, der pasienten utgjer ein fare for helsepersonell og/eller andre pasientar jf. politiloven § 7.

Til kapittel 11.2 Nære pårørende

Helsedirektoratet støtter forslaget om å fjerne aldersgrensen på 14 år for barn av pasienter som har en livstruende sykdom og som vil besøke dem mens de er innlagt. Vi påpeker at barn mellom 16 og 18 år vil måtte betale egenandel for reisen ettersom fritak for egenandel bare gjelder for barn under 16 år, jf. pasientreiseforskriften § 24.

Til kapittel 14 Egenandel

Helsedirektoratet støtter forslaget om å endre § 24 slik at spørsmål om forhøyet egenandel ikke lenger knyttes opp til om pasienten har benyttet retten til å velge behandlingssted jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4. Forslaget innebærer at pasienter skal betale forhøyet egenandel dersom de reiser ut av bostedsregionen, med mindre de reiser til geografisk nærmeste sted eller tilbudet ikke finnes i bostedsregionen. Etter forslagets § 1a tredje ledd bokstav a kan pasienter også reise til behandlere/virksomheter utenfor bostedsregionen som

har avtale med RHF i pasientens bostedsregion. Disse reisene vil ikke komme inn under unntaket fra forhøyet egenandel slik det nå er formulert i § 24 andre ledd annet punktum.

Annet

Særlig om reiseutgifter i forbindelse med screeningprogrammer

De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Sør-Øst innført et nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft som i løpet av 2023 er blitt et tilbud til 55-åringer i hele landet. I implementeringsfasen tok Helsedirektoratet og Helse Sør-Øst opp med departementet at det er behov for avklaring om spørsmål knyttet til hvilke utgifter de som deltar i det nasjonale screeningprogrammet selv må dekke i forbindelse med screeningundersøkelser. I den forbindelse ble det også anbefalt at det gjøres nødvendige endringer i ulike forskrifter, herunder pasientreiseforskriften.

Pasientreiseforskriften § 7 første ledd slår fast at retten til å få dekket utgifter bare gjelder til tjenester som er nødvendige av medisinske eller behandlingsmessige grunner, og i tredje ledd presiseres det at retten ikke gjelder forebyggende helsearbeid. Det er derfor lagt til grunn at reise til undersøkelser i screeningprogrammer ikke dekkes etter pasientreiseforskriften. Dersom koloskopi innføres som primær screeningmetode i programmet, vil de inviterte deltakerne måtte reise til screeningstedet, som vil være et sykehus.

Problemstillingene knyttet til reiseutgifter har ikke på samme måte kommet på spissen for andre nasjonale kreftscreeningprogrammer, selv om reiseutgifter ikke dekkes. I

Mammografiprogrammet brukes det busser, noe som gjør at folk som bor et stykke fra sykehus vil kunne få tilbudet relativt nærme hjemmet. I Livmorhalsprogrammet gjøres primær screening hos fastlege.

Dersom deltakerne med lengre reisevei selv må bekoste reise og eventuelt overnatting i forbindelse med koloskopiundersøkelse i tarmkreftscreeningprogrammet, vil ikke hele befolkningen få et likeverdig tilbud. Det er ikke et aktuelt tiltak å redusere reisevei ved å gjennomføre koloskopi hos fastlege, i primærhelsetjenesten eller på busser. Å etablere en separat reise- og oppgjørsordning ved siden av pasientreiseordningen for deltakere i tarmscreeningprogrammet vil være krevende for de regionale helseforetakene, både organisatorisk og praktisk. For at koloskopi skal kunne innføres som primær screeningmetode i tarmkreftscreeningprogrammet er det nødvendig å avklare hvordan deltakernes reiseutgifter skal dekkes, eksempelvis gjennom en presisering i pasientreiseforskriften § 7.

Om utgifter til overnatting

I forslaget § 12 er det tatt inn et nytt siste ledd som presiserer at utgifter til overnatting som er nødvendig av behandlingsmessige grunner, ikke dekkes etter pasientreiseforskriften. Forslaget er etter det vi kan se ikke kommentert i høringsnotatet, men er en forskriftsfesting av fast forvaltningspraksis. For eksempel er det i dag ikke Pasientreiser som dekker utgifter til overnatting dersom en pasient som skal til koloskopi må overnatte på hotell før undersøkelsen for å kunne gjennomføre nødvendige forberedelser. Et annet eksempel kan være der pasienten skal møte opp på sykehuset to påfølgende dager uten å være innlagt, for å få utlevert og levere tilbake søvnregistreringsutstyr. Helsedirektoratet vil understreke viktigheten av informasjon til tjenestene om at pasienter ikke nødvendigvis får dekket utgifter til overnatting av Pasientreiser. Hvordan en slik bestemmelse skal forstås og i hvilke situasjoner helsetjenesten vil ha et ansvar for å dekke pasientenes kostnader, bør utdypes i det foreslåtte rundskrivet til forskriften.

Diverse

I gjeldende forskrift er utgangspunktet at pasienter ikke får dekket utgifter til drosje med mindre drosje er nødvendig. Behovet skal attesteres. Det fremgår forutsetningsvis av § 22 andre ledd at pasienter likevel kan få dekket drosje dersom de ikke var kjent med at helseforetaket skal bestille drosje. Denne bestemmelsen er tatt ut i forslaget til ny § 22a om dekning av utgifter til drosje, uten at vi kan se at bakgrunnen for endringen er kommentert i høringsnotatet.

I forslag til § 2 ny bokstav d er ordlyden "nærmeste tilgjengelige fastlege". I forslag til § 1a er "geografisk nærmeste sted" endret til "nærmeste sted", uten at dette er kommentert. Samtidig er formuleringen "geografisk nærmest pasientens oppholdssted" beholdt i § 2 bokstav b og "geografisk nærmest" i § 5.

Vennlig hilsen

Anne Louise Valle e.f.
direktør

Wenche Dahl Elde
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk