

Helse - og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres referanse	Vår referanse	Dato
	14/00099-2	24. november 2014

Høring - Forenkling av regelverket for dekning av pasienters reiseutgifter (pasienttransport)

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 12. september 2014 der det bes om høringssvar innen 26. november 2014 til høringsnotatet om forenkling av regelverket for dekning av pasienters reiseutgifter.

De fire regionale helseforetakene og Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS (Pasientreiser ANS) er egne høringsinstanser. Samarbeidsmøtet mellom de fire RHF-enes AD-er (AD-møtet) vurderte det som hensiktsmessig at de fire RHF-ene som sammen har ansvar for pasientreiseordningen også står sammen om en uttalelse til regelverksendring som forventes å ville føre til vesentlige endringer i måten ordningen skal utøves på i fremtiden. AD-møtet sluttet seg videre til at Pasientreiser ANS skulle koordinere arbeidet med en felles høringsuttalelse fra de fire RHF-ene og selskapet.

Pasientreiser ANS har samlet innspillene fra de fire RHF-ene i foreliggende høringssvar samt kommet med egne kommentarer og innspill til notatet. I det følgende gjengis hovedpunktene i høringssvaret der disse er sammenfallende. I tillegg fremkommer særskilte merknader som en eller flere av høringsinstansene har gitt uttrykk for.

Pasientreiser ANS vil i det følgende dele høringssvaret i tre hoveddeler – en del der overordnede og mer prinsipielle spørsmål tas opp, en del med kommentarer til enkelte kapitler i høringsnotatet og en del der enkeltdeler av forslag til forskrift kommenteres. Pasientreiser ANS vil i høringssvaret i stor grad følge disposisjonen i høringsnotatet.

1. Overordnet tilbakemelding

I innledningen til høringsnotatet redegjøres det for formålet med endringsforslagene i høringsnotatet.

”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”.

De fire regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS ser behovet for en forenkling og effektivisering av pasientreiseområdet og støtter formålet med endringsforslagene. Forslagene som fremkommer i høringsnotatet vil forenkle ordningen for brukerne ved å legge til rette for digital innsending av refusjonssøknader og en enklere og mer effektiv saksgang. De fire regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS mener likevel det er områder som kan forenkles ytterligere, spesielt i forhold til enklere regler for tilleggsutgifter som omtales i høringskapittel 4.6 og for reise fra pasientens bosted som omtales i høringskapittel 8.1. Dette utdypes senere i høringsvaret.

Det er en viktig forutsetning for en effektivisering av området at det er tilgang til registre som omtales i høringsnotatets kapittel 7.4. De fire regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS understreker at det er en viktig forutsetning for effektivisering og forenkling at det finnes gode oppdaterte registre over de ulike aktørene i spesialist- og primærhelsetjenesten som inneholder korrekt informasjon om pasientenes oppmøte.

De fire regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS ønsker også at departementet dreier språkbruken i regelverket fra "dekning", "refusjon" og "oppgjør" og heller benytter begreper som «tilskudd til reise» og lignende. Det vil gjøre senere endringer enklere å kommunisere, og hjelpe helseforetakene i forventningsstyring hos brukere. Hovedelementet i høringsforslaget om forenkling og standardsats dreier pasientreiseordningen fra å være en refusjonsordning hvor pasienten har rett til å få refundert sine faktiske utgifter til å bli mer som en tilskuddsordning. Det fremmer forenkling og avbyråkratisering.

Brukerpanelet til Pasientreiser ANS, som består av representanter fra sentrale brukerorganisasjoner, har siden etableringen av panelet i 2010 etterlyst en mulighet for digital innsending av reiseregningene. Det er positivt at det legges til rette for at ønsker fra brukerorganisasjonene kan imøtekommes.

2. Kommentarer til enkeltkapitler

Beskrivelse av dagens ordning (kap. 2)

Helse Midt-Norge RHF har kommet med en generell kommentar til dagens ordning.

Dagens refusjonsordning for reiser uten rekvisisjon er basert på at krav fremsettes gjennom innsending av papirbasert reiseregningsskjema. Dokumenthåndtering og saksbehandling er ressurskrevende, og innføring av elektroniske løsninger vil føre til redusert ressursbruk innenfor dokumenthåndtering og saksbehandling.

I ny foreslått løsning kan det bli en forskyving av ressursbruk som for eksempel:

- Hyppigere oppdateringer av registre som NPR og KUHR.
- Oppgradering og drift av IKT-systemer som skal ta imot og saksbehandle refusjonskrav fra brukere.
- Så lenge det er anledning til å levere refusjonskravet på papir vil man måtte opprettholde de manuelle systemene og rutinene parallelt med de automatiserte.

I 2013 ble det fremmet ca. fem millioner refusjonskrav innenfor reiser uten rekvisisjon. 3,5 millioner (70 %) av disse medførte en samlet årlig utbetaling pr. pasient på under to tusen kroner i gjennomsnitt. Vi mener at noen av de mest sårbare gruppene som benytter tilbudene på pasientreiseområdet er de kronisk syke, de som lider av alvorlige/potensielt livstruende sykdommer samt syke barn/unge og deres pårørende. Mange av disse reiser jevnlig til

behandling og har i mange tilfeller behov for tilrettelagt transport. Det er viktig at ordningen ivaretar denne gruppen

Standardsats som hovedregel (kap. 4.1)

Departementet foreslår som hovedregel å innføre en felles standardsats. Standardsatsen innebærer at utbetalingen til pasientene baseres på en standard kilometergodtgjørelse, uavhengig av transportmåte.

Helse Nord RHF påpeker at det er utfordrende å beregne nøyaktig hva nivået på standardssats bør være. Dersom man velger å sette en kilometersats i nærheten av dagens sats for bruk av egen bil vil denne bli for høy på strekninger hvor det i dag går rutegående tilbud. Settes satsen for lavt vil refusjonen oppleves for lav i de områdene hvor det ikke er mulig å bruke offentlig kommunikasjon. RHF-et er opptatt av at de totale utbetalingene skal være tilnærmet uendret og foreløpige beregninger viser at en sats på kr 2,- vil gi en tilnærmet uendret utbetaling i sum for Helse Nord RHF. Innføring av standardsats vil påvirke utbetalingene til pasientene. Noen pasienter vil få mer utbetalt enn i dag og noen vil få mindre. Eksempelvis viser beregninger for Helse Nord at de fleste pasienter som reiser korte strekninger med buss og tog får mindre enn i dag, mens de som reiser langt vil få mer refundert med standardssats. Helse Nord viser til at det kan bli ulik behandling av pasientene når en del pasienter får refusjon for utgifter de ikke har hatt, mens andre pasienter får refundert mindre enn faktiske utlegg.

Helse Midt-Norge RHF viser til at innføring av standardsats ikke er grunnlaget for å legge til rette for en elektronisk løsning og at det er fullt mulig å ha en elektronisk løsning med dagens regel om at reiser dekkes etter taksten for billigste rutegående transportmiddel. Det pekes på at innføring av standardsats bare vil være en praktisk innretning for det offentlige for å gjennomføre et raskere oppgjør. RHF-et mener at innføring av standardsats ikke bør medføre at utbetalingene til gjennomsnittspasienten totalt sett øker sammenlignet med dagens hovedprinsipp om utgiftsdekning etter taksten for billigste rutegående transportmiddel. Det hevdes at det må utarbeides nye grunnlag basert på tallmateriale og annen informasjon fra driften i 2014 før standardsats fastsettes.

Helse Midt-Norge RHF viser også til at innføring av standardsats vil gi en flat struktur der enkelte pasienter får mindre utbetalt enn i dag og enkelte vil få noe mer. Ut fra dagens praksis fremmer ikke innføring av standardsats likebehandling av pasienter. Det vises til at pasientene i regionen behandles likt etter dagens regelverk. Pasientene har idag samme rettighet uavhengig av transportform og bosted. Det påpekes også at det er en risiko for at pasienten kan få refundert penger som ikke er i samsvar med pasientens reelle utgifter. Til eksempel får pasienten en høyere utbetaling der den reelle utgiften til transporten har vært rabatterte billetter

Helse Vest RHF peker på at det i høringsnotatet er for lite problematisering rundt at pasienter som reiser på honnørrabatt med foreslått løsning med standardsats kommer til å tjene penger på hver reise, mens vanlig betalende vil tape penger på en del reiser. På flere steder er det en feilaktig oppfatning av at standardsats vil være mer »lønnsomt« for pasient på lengre reiser enn på korte reiser.

Ikke dekning når lokal minstetakst/enhetstakst kan benyttes (kap. 4.3)

Departementet foreslår å beholde dagens regel om at reiser som dekkes av lokal minstetakst eller enhetstakst ikke refunderes. Departementet viser til at dersom vilkåret fjernes, vil dette kunne føre til at mange nye pasienter omfattes av ordningen.

Helse Sør-Øst RHF og Pasientreiser ANS ser at en fjerning av vilkåret vil kunne medføre en utgiftsvekst. Det bør likevel understrekes at en opprettholdelse av vilkåret krever opprettelse og løpende vedlikehold av et nasjonalt takstsoneregister og begrenser muligheten til å automatisere saksbehandlingen. Kvalitet i et slikt register vil ikke bli komplett da det ikke er et ensartet system for oppbygning av takstsoner. Helse Sør-Øst og Pasientreiser ANS mener det er viktig å påpeke at det kan innføres andre begrensninger for å hindre utgiftsvekst, som ytterligere økning av kilometergrensen, eksempelvis til 15 kilometer og økonomisk inngangsvilkår som vil gi like rettigheter uavhengig av om pasienten bor i områder med godt utbygd kollektivtilbud eller ikke. Dette antas også å være lettere å forstå for pasientene. Forbruksmønsteret viser at de aller fleste ønsker å bruke egen bil til behandling og det virker derfor mer naturlig å ha kronebeløp fremfor takstsoner som inngangsvilkår.

Helse Vest RHF viser til at det er mange pasienter i regionen som henvender seg til pasientreisekontorene og klager på at de ikke får utbetalt refusjon da reisen er innenfor minstetakstsonen og at det derfor ikke er riktig slik departementet hevder at pasienter heller ikke etterlyser en slik rett. Det vises i den forbindelse til Helsedirektoratets brev til Helsetilsynet i Sør Trøndelag av 23.11.10 der de anbefaler departementet om å dekke seriøse reiser til minstetakst.

Øke minste reiseavstand fra 3 kilometer til 10 kilometer (kap. 4.4)

Departementet foreslår å heve minste reiseavstand fra 3 til 10 kilometer for pasienter som ikke av helsemessige grunner må benytte bil eller drosje.

Forslaget støttes, men alle RHF-ene peker på risikoen for at flere pasienter vil be om rekvisisjon på medisinsk grunnlag. Pasienter som etter gjeldende regelverk får dekket reiser med egen bil eller får rekvirert reise grunnet manglende rutegående tilbud på strekninger mellom 3 og 10 kilometer, vil med dette forslaget miste sin rettighet. De regionale helseforetakene mener en slik innskrenkning av rettigheten vil kunne medføre økt press på behandlere som rekvirerer reiser og dermed øke utgiftene ved at pasienter som reiser korte strekninger med egen bil i dag får rekvirert en drosje som vil være mer kostbart.

Pasientreiser ANS ser at dette er en risiko, men mener dette ligger innenfor behandlerens skal påføre helseforetakene unødvendige utgifter.

Reiser over 300 kilometer dekkes etter billigste rutegående (kap. 4.5)

Departementet foreslår å innføre et øvre tak på antall kilometer som godtgjøres med standardsats. Dette begrunnes med at reiser over en viss avstand bør dekkes etter billigste rutegående transportmåte da kilometertakst vil kunne komme opp i beløp som dekker langt mer enn de faktiske utgiftene.

Helse Nord RHF understreker at mange pasienter i regionen har store reiseavstander. RHF-et mener at det er riktig å ha en grense for refusjon etter standardsats, men ser behovet for at denne senkes ned til 200 kilometer hver vei, da det er i intervallet mellom 200 og 300 kilometer hvor skillet mellom billigst mulig rutegående transport og refusjon etter standardsats blir størst.

Det vises til at grensen på 300 kilometer er satt på bakgrunn av beregninger fra Transportøkonomisk institutt basert på bilbruk og ikke satt på bakgrunn av reisemønster knyttet til pasientreiser. Det påpekes at det bør foreligge gode beregninger som understøtter denne grensen og at dette bør utredes og beregnes nærmere.

Utvidet dekning ved helsemessige behov og ved vanskelige kommunikasjonsmessige forhold (kap. 4.6.1 og 4.6.2)

Departementet foreslår at pasienter som av helsemessige årsaker eller ved vanskelige kommunikasjonsmessige forhold må reise med egen bil skal ha rett til dekning av standardsats per kilometer og faktiske utgifter til parkering, bom mv.

Pasientreiser ANS peker på at en utvidet dekning av faktiske utgifter ved helsemessige eller kommunikasjonsmessige forhold vil kreve at søker må sende inn kvitteringer elektronisk eller per post. Dette vil administrativt kreve manuelle arbeidsprosesser for å håndtere bilag samt kontroll av elektronisk bilag og tidkrevende vurderinger av om det ikke går rutegående transport. En forhøyet kilometersats for pasienter som av helsemessige eller kommunikasjonsmessige årsaker kan kjøre egen bil ville gjort det enklere for søker ved at dokumentasjonskravet ble mindre. Dette ville også muliggjort en automatisert prosess i større grad enn det regelverksforslaget legger opp til.

Helse Sør-Øst RHF foreslår at tilleggskomponenter på bil bør bakes inn i kilometersatsen for bil. De peker også på at det ikke bør være helseforetakenes sitt ansvar å finansiere miljøavgifter slik som piggdekkavgift.

Helse Midt-Norge RHF stiller spørsmålsteget ved hva som menes med "vanskelige kommunikasjonsmessige forhold". Innebærer dette eksempelvis at så lenge det finnes et rutegående tilbud som kan benyttes innenfor samme dag på å reise tur/retur så foreligger det ikke vanskelige kommunikasjonsmessige forhold. RHF-et mener det er behov for nærmere forklaring/redegjørelse i forhold til hva departementet mener ligger i begrepet vanskelige kommunikasjonsmessige forhold.

Helse Midt-Norge RHF deler departementets syn om å videreføre dagens regelverk når det gjelder å dekke utgifter til ferje, bompenger, parkering og piggdekkavgift for pasienter som bruker egen bil av medisinske eller trafikale årsaker. Med mindre standardsats fastsettes til noe i nærheten av samme nivå som dagens sats for kjøring med egen bil på kr. 2,40 per kilometer tror RHF-et det ikke vil være fornuftig å refundere etter standardsats for disse brukergruppene. En reduksjon av ytelsene kan medføre at flere benytter tilrettelagt transport i stedet, gjerne i form av drosje. Det er ikke ønskelig, verken av hensyn til økonomi eller tilgjengelig transportkapasitet.

Utvidet dekning ved bruk av rutegående båt (kap. 4.6.3)

Departementet foreslår 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. Begrunnelsen til departementet er at det kan koste vesentlig mer med en rutegående båt enn det pasienten får dekket med standardsats.

Departementet ber høringsinstansene vurdere om dette vil fange opp de mest kostbare reisene.

Pasientreiser ANS mener forslaget fanger opp de mest kostbare reisene. Pasientreiser ANS mener dekningen bør deles opp slik at standardsats ytes for den delen av strekningen hvor båt ikke benyttes.

Pasientreiser ANS har imidlertid noen merknader til forslaget. Ut fra forskriftens ordlyd ser det ut som det er tilstrekkelig at pasienten velger å benytte rutegående båt. Det stilles i forskriften

ikke opp noe krav til at det er nødvendig med bruk av rutegående båten. Pasientreiser ANS mener det vil være tilfeller der det er rimeligere for helseforetakene at pasienten kjører bil og at standardsats innvilges. Videre vil et krav på dokumentasjon på bruk av en rutegående båt kreve at saken behandles manuelt. Det kan også være forvirrende for pasienter å forstå forskjellen på hva som menes med "rutegående båt" og hva som menes med "ferge" som omtales i punkt 4.6.1 og 4.6.2 og som foreslås forskriftsfestet i ny forskrift § 22. Pasientreiser ANS vurderer at det er tilstrekkelig at det er en sikkerhetsventil for ferge, eventuelt at ordlyden i ny forskrift § 22 første ledd endres til ferge eller rutegående båt.

Forenkling av dokumentasjon av utgifter (kap. 7)

Departementet foreslår tiltak som vil redusere behovet for at pasientene må sende inn dokumentasjon og kvitteringer. Det foreslås at dokumentasjon av oppmøte til behandling forenkles ved bruk av data fra eksisterende registre, og ved at stikkprøvekontroller benyttes der slike data ikke er registrert.

De fire regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS støtter departementets syn på behovet for en forenkling av dokumentasjonen av utgifter ved at innsending av bilag så langt det er mulig erstattes av søk i aktuelle registre. De fire regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS understreker på nytt at det er en viktig forutsetning for effektivisering og forenkling at det finnes gode oppdaterte registre over de ulike aktørene i spesialist- og primærhelsetjenesten som inneholder korrekt informasjon om pasientenes oppmøte.

De fire regionale helseforetakene er bekymret for at administrasjon og oppfølging av kontroll av vedtak kan bli ressurskrevende og kostnadsdrivende. Det påpekes at det er viktig og nødvendig å forhindre feilutbetalinger. De fire regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS mener det må jobbes med å fastsette en kontrollstrategi basert på at det skal være en effektiv og god kontroll av utbetalingene slik at tilliten til ordningen opprettholdes.

Bør reiseutgifter beregnes fra bosted, oppholdssted eller en kombinasjon? (kap.8.1)

Departementet foreslår å forskriftsfeste at pasientens dekning av utgifter ved reise skal beregnes med utgangspunkt i oppholdssted, men likevel slik at dekningen som hovedregel ikke skal overstige kostnaden ved å reise fra bosted.

Helse Nord RHF mener det er uklart hva forslaget om beregning fra oppholdssted innebærer sett i sammenheng at dekningen som hovedregel ikke skal overstige kostnaden ved å reise fra bosted. RHF-et stiller spørsmålstegn ved hva som skal til for at en pasient har skiftet oppholdssted og hvor lang tid reisen foretas i forkant – etterkant for at man skifter oppholdssted. Uten nærmere angivelse av dette vil departementets beskrivelse innebære at reise dekkes inntil reise fra bosted til behandling uansett. I praksis ser man eksempelvis tilfeller der pasient kan ha reist 14 dager før timen, en uke før timen, retur en måned etter timen osv. Det fremkommer ikke klart av høringsnotatet hva departementet mener i forhold til grensegangen mellom reise før/etter og skifte av oppholdssted.

Pasientreiser ANS viser til at forslaget krever at alle saker hvor pasient reiser fra annet sted enn folkeregistrert adresse må saksbehandles og vurderes manuelt, og ikke kan vurderes automatisk. Av effektiviseringshensyn mener derfor Pasientreiser ANS at bestemmelsen bør forenkles slik at retten gjelder kun fra bosted.

For pasientene vil en rettighet som alltid gjelder reise fra bosted antageligvis være enklere å forstå. Det er mange grunner til at en pasient oppholder seg andre steder enn hjemme når han reiser til behandling, men det er slik at dersom pasient er hjemme vil han uansett ha rett til

dekning av reisen derfra og det er vanskelig å se tilstrekkelige grunner til at dette ikke kan være hovedregel når det vil gi en enklere regel både å forstå og å administrere. De fleste reiser foretas også med bosted som utgangspunkt.

Dersom oppholdssted vedtas som utgangspunkt bør det gå klarere frem i forskriftsteksten § 20, 2. ledd om hva som legges til grunn. Det er vanskelig å forstå om departementet mener at utgiftsdekningen begrenses til hva det koster å reise fra bosted til nærmeste sted for behandling, eller fra bosted til det stedet der pasienten faktisk har fått behandling. Når det gjelder sikkerhetsventilen i tredje ledd kan Pasientreiser ANS ikke se at det er mange praktiske tilfeller hvor denne regelen vil komme til anvendelse. Det er videre vanskelig å vurdere hva som skal anses som "urimelig store reiseutgifter".

I punkt 8.1.3 anser departementet 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.

Foreldres rett til dekning av reiseutgifter ved innleggelse og utskriving av barn i sykehus mv. (kap. 8.4)

Departementet foreslår en klargjøring i barneforskriften slik 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 forslaget er klargjørende og vil styrke barn og foreldres rettigheter i en vanskelig situasjon.

Departementet ber om høringsinstansenes syn på behovet for å kreve innkalling fra sykehuset for foreldre som ikke fysisk følger barnet ved innleggelse for å få rett til dekning av reiseutgifter.

Pasientreiser ANS ser at et slikt krav om innkalling vil føre til mye administrasjon både for pasientreisekontorene og institusjonen. Det vil kunne føre til en ulik behandling av foreldrene ettersom ulike institusjoner vil ha ulike rutiner for når det sendes innkallelse og ikke. Pasientreisekontorene vil ha en bekreftelse på barnets oppmøte gjennom register og det vil derfor ikke kunne fremsettes krav uten at barnet faktisk er innlagt. Det anbefales derfor at det ikke settes som et krav, men gis en generell rett til foreldre å få reise til institusjonen ved innleggelse.

Videre ber departementet om høringsinstansenes syn på om forskriften bør inneholde en nærmere avgrensning av hvilke innleggelse som skal gi begge foreldre rett til dekning av reise når de ikke følger barn på reisen.

Pasientreiser ANS mener at en slik avgrensning legger opp til mye administrasjon for institusjonene og pasientreiser. I mange tilfeller har pasientreiser ikke kunnskap om hvilken type behandling som utføres og har heller ikke behov for denne informasjonen etter dagens regelverk. Å bli innlagt på institusjon kan være en påkjenning for både barn og foreldre og det er derfor rimelig at barn har med seg begge sine foreldre ved innleggelse. Det foreslås at det ikke gis noen avgrensning på hvilke innleggelse som skal gi begge foreldre rett til dekning av reise når de ikke følger barn på reisen.

Hvem skal behandle foreldres krav på reiserefusjon når barnet er på institusjon? (kap. 8.5)

Departementet foreslår at regionalt helseforetak skal saksbehandle krav om dekning av reiseutgifter, men at utgiftene skal kunne kreves refundert av den enkelte institusjon.

I punkt 8.5.2 beskrives dagens todeling av hvor foreldre må henvende seg for å få dekket reiseutgifter mellom behandlende institusjon hvis reisen skal dekkes etter bestemmelsene i barneforskriften, og til regionalt helseforetak hvis den skal dekkes etter syketransportforskriften. Det beskrives også at dette oppleves som forvirrende og en belastning for foreldrene, komplisert for helsepersonellet og at det medfører mye ekstraarbeid og er unødig byråkratisk.

Pasientreiser ANS viser til at denne todelingen også finnes i andre grensetilfeller som ikke er omtalt i høringsnotatet. I det følgende viser Pasientreiser ANS til hvilke konkrete tilfeller det dreier seg om. Det er tilfellene hvor det gis kontantytelser som omtales, ikke når det er naturalytelse som av praktiske formål ytes av institusjonen slik også departementet skriver i sitt punkt 8.5.3.

- Når pasient er innlagt på institusjonen 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. Dette fremkommer av merknaden til syketransportforskriften § 1 første ledd bokstav h. Oppholdsutgiftene dekkes derfor ikke av pasientreiser. Det gjør heller ikke reiseutgiftene dersom det ikke er nødvendig med ledsager under selve reisen.
- Syketransportforskriften er videre tolket av helsedirektoratet slik at det er institusjonens ansvar når det av medisinske årsaker er nødvendig for pasienten å overnatte i nærheten av behandlingsstedet, selv om det ikke er nødvendig med innleggelse. Et eksempel på dette er når pasienten blir pålagt av institusjonen å overnatte i nærheten av behandlingsstedet før eller etter behandling, for å holde øye med pasientens helsetilstand. Behandlende institusjon er ansvarlig for å dekke pasientens utgifter til overnatting av medisinske grunner som en del av et forsvarlig behandlingstilbud.
- Syketransportforskriften kommer ikke til anvendelse der pasienten reiser med ambulanse. Ofte vil pårørende kjøre etter ambulansen og har ikke rett til å få dekket reisen av pasientreiser. Det kan være aktuelt med andre rettigheter etter syketransportforskriften som separat frakt av rullestol som pasienten her må søke ambulansetjenesten om, en tjeneste som ikke har noe mottaksapparat eller ordning for kontantrefusjon.

Det står i høringspunkt 8.5.2 at det er anledning for de regionale helseforetakene til å beslutte at reiseutgiftene skal saksbehandles samme sted som refusjonskrav etter syketransportforskriften. Dette er imidlertid ikke benyttet, og Pasientreiser ANS stiller spørsmål til om det er hensiktsmessig for pasienter, pårørende og ledsagere at det er åpning for lokale variasjoner rundt denne praktiseringen. Videre vil et mottak for reiseregninger ute i institusjonene stille krav til at det finnes et kjent mottaksapparat for brukerne og et mottaksapparat som administreres av helsepersonell. Det virker unødig byråkratisk når det allerede er etablert et fungerende mottaksapparat for pasientreiser. Det vil også være mer hensiktsmessig bruk av ressurser at helsepersonell fritas fra administrative oppgaver som reiserefusjon. Pasientreiser ANS anbefaler at det forskriftsfestes en lik ordning for alle henvendelser om refusjon av reiseutgifter slik at det blir enkelt for brukerne og bedre grunnlag for likebehandling av krav som mottas.

Begrenset rett til refusjon når helseforetaket skal bestille drosje og fly (kap. 8.7)

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.

Helse Nord RHF peker på at syketransportregisterforskriften bør endres, for å få hjemmel for å kunne lagre opplysninger om tidligere vedtak i mer enn 6 mnd. Mange pasienter samler i dag opp reiseregninger og sender dem over samlet. Dette skjer gjerne rundt juletider eller i sommerferien.

Ikke krav om faktiske utgifter for å innvilge standardsats (kap. 8.8)

Departementet foreslår å forskriftsfeste 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

Helse Midt-Norge RHF understreker at dagens regelverk tar utgangspunkt i billigste reisemåte og at dette har vært et viktig signal om bruk av offentlig transport, og bidrag i et miljøperspektiv. I forlengelsen av dette er det mellom Helse Midt-Norge RHF og Sør-Trøndelag fylkeskommune inngått avtale om et ikke-økonomisk samarbeid om pasientreiser. Det er også gjennomført flere KID-prosjekter i Norge som har hatt fokus på pasienttransport. Hovedhensikten med involvering av fylkeskommunene som har ansvaret for tilrettelegging av offentlig transporttilbud, er å se en helhet i transportbehov ved å inkludere pasientenes behov. Dette har også vært viktig for å opprettholde bærekraftige kollektive transportløsninger i distriktene. Gjeldende prinsipp om refusjon etter billigste reisemåte med rutegående transportmiddel signaliserer det offentliges nøkterne holdning til bruk av fellesskapets midler, det oppfattes som rettferdig og det sikrer likebehandling.

Helse Sør-Øst RHF viser til at en foreslått praksis der pasient skal være informert om ordningen i et tidligere vedtak vil kreve manuell utsjekk i hvert enkelt tilfelle, både i form av rutesøk og i sjekk i saksbehandlingssystemet. Dette vil igjen begrense muligheten til å automatisere saksbehandlingen. RHF-et stiller spørsmål om det vil være tilstrekkelig at pasienten er informert i innkallingen fra behandler.

Pasientreiser ANS peker på at opplysninger om gratis offentlig transport er vanskelig å kontrollere samtidig som pasient skal ha vært opplyst om slike ordninger. En oppfølging av saker vil kreve mye manuelt arbeid. Det er også utfordrende å ta stilling til om pasienten skal betale egenandel.

3. Kommentarer til forslag til forskrift om pasienters, ledsageres og pårørendes rett til dekning ved reise til helsetjenester (pasientreiseforskriften)

§ 2 Dekning av reiseutgifter – helsetjenester etter folketrygdloven kap. 5

I forslaget til § 2 annet ledd står det at pasienter har rett til å få dekket reiseutgifter til helsetjenester etter folketrygdloven kap 5 som gis i pasientens bostedskommune eller som er geografisk nærmest pasientens bosted. Ordlyden i bestemmelsen er endret i forhold til ordlyden i dagens § 4 hvor det står at pasienten har rett til dekning av reiseutgifter til det nærmeste stedet der helsetjenesten "kan gis".

Pasientreiser ANS viser til at denne endringen fører til en endret språklig forståelse av ordlyden og gjør at forskriften mister den ventilen som i dag beskrives i merknaden til § 4 b hvor det fremgår at det er anledning til å ta hensyn til at behandler har et spesielt tilbud, for eksempel en egen behandlingsteknikk eller er spesielt egnet til å behandle bestemte lidelser. For å videreføre gjeldende rett og praksis med at det er anledning til å ta hensyn til at behandler har et spesielt tilbud ved vurderingen av hva som er nærmeste sted for behandling, bør "kan gis" også tas inn i pasientreiseforskriften.

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

Bestemmelsen viderefører gjeldende forskrift § 3 bokstavene c og d og § 4 bokstav k. Bestemmelsene om kommunalt tilbud om døgnopphold og dialyse er nye. I forslaget til ny § 3 bokstav c og d foreslås det at reiseutgifter skal dekkes til kommunalt tilbud om døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, og til kommunalt tilbud om dialyse. Det er flere behandlingstilbud i kommunen som faller utenfor dette, eksempelvis intravenøs behandling på sykehjem gitt av sykepleier, og det blir et spørsmål om hvem som skal dekke reiseutgifter til slik behandling.

Helse Sør-Øst RHF peker på at utvidelsen kan medføre økning i antall pasientreiser og at det er vanskelig å si noe om økonomiske konsekvenser da pasientreiser ikke kan påvirke dette. Det kan bli flere kortere reiser, det kommer helt an på hvordan kommunen velger å organisere dette.

Helse Nord RHF mener det ikke bør dekkes reise til hvilken som helst kjeveortoped i helseregionen dersom nærmeste kjeveortoped ikke kan ta imot nye pasienter. RHF-et foreslår at særbehandlingen bør tas bort og at regelen om nærmeste sted for behandlingen bør være gjeldende.

Helse Vest RHF ønsker at det i bestemmelsen kommer frem hvilke tjenester ved familievernkontoret som pasientreiser skal dekke.

Som følge av samhandlingsreformen har det oppstått nye behandlingstilbud for pasienter. Helsetjenester som tidligere ble gitt i spesialisthelsetjenesten flyttes nå over til kommunen, slik at pasienten for eksempel kan få behandling på nærmeste sykehjem i stedet for å måtte reise til sykehuset. Pasientreiser ANS ser flere tilfeller hvor pasienter i følge regelverket ikke får dekket reiseutgifter til behandling på sykehjem fordi behandlingen gis av en behandler som ikke er omfattet av folketrygdloven kap 5. Et typisk eksempel er pasienter som får intravenøs behandling på sykehjem av sykepleier. Hadde pasienten mottatt behandlingen på sykehus ville vilkårene for å dekke reiseutgifter i forskriften vært oppfylt. Dette medfører en forskjellsbehandling av pasienter på bakgrunn av hvor de mottar helsehjelpen.

Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF viser også til en fremtidig endring av kommunestrukturen hvor større og mer robuste kommuner er et delmål. For pasientreiseområdet utgjør behandlingsreiser innenfor den enkelte kommune en betydelig andel. Større kommuner med et mer sentralisert behandlingstilbud kan medføre at flere får større reiseavstand til behandler.

Det vil kunne føre til vesentlig økning i reisekostnader dersom pasientene får dekket reise til enhver behandler i egen kommune, ikke bare til nærmeste behandler.

§ 6 Dekning av reiseutgifter ved behov for kontinuitet i behandlingen

Helse Sør-Øst RHF stiller spørsmål om det bør være noen krav til pasientene om å prøve å finne behandling som er nærmere. RHF-et ser også at behandlere som flytter ønsker å beholde tidligere pasienter. Når det gjelder dekning av reiseutgifter til helsetjenester etter folketrygdlovens kapittel 5 mener RHF-et at pasientene kun kan fortsette hos tidligere behandler der det ikke er ledig kapasitet andre steder.

§ 12 Rett til dekning av kost – og overnattingsutgifter

Departementet foreslår å beholde dagens regelverk på området.

Helse Nord RHF påpeker at dette er det området som i dag gir størst grad av ulik behandling av pasientene og at dagens sats ikke dekker pasientenes faktiske utgifter ved behov for overnatting på hotell i forbindelse med reisen. Pasienter som må overnatte påføres derfor en stor egenbetaling. Ordningen rammer først og fremst de pasienter som allerede har lang reisevei/reisetid og/eller bor i områder med hardt klima. RHF-et mener satsen for overnatting må heves og har tidligere tatt opp denne problematikken, blant annet til Pasiententreiser ANS i april 2013 og brev til HOD datert 28.04.2010 med svar fra HOD 10.01.2011.

§ 13 Rett til dekning ved permisjon

Helse Nord RHF og Helse Vest RHF mener det er viktig at bestemmelsen presiseres for å sikre lik behandling av saker og at begrepet livstruende sykdom konkretiseres nærmere.

§ 14 Rett til tapt arbeidsinntekt ved yrkesskade

Helse Sør-Øst RHF foreslår at bestemmelsen fjernes da den svært sjelden kommer til anvendelse.

§ 15 Rett til dekning ved rengjøring og forsendelse av reisegods

Bestemmelsen inntar i forskriften retten til dekning av rengjøringsutgifter som er nevnt i merknadene til dagens § 5 sjettede ledd.

Helse Nord RHF viser til at en forskriftsfesting av rett til dekning av rengjøringsutgifter vil kunne føre til flere urettmessige krav fra pasienter da de ikke er klar over hva som menes med rengjøring.

Helse Sør-Øst RHF foreslår at det kunne vært mer presisert hva man mener med reisegods enn frakt av separat rullestol som det fremkommer i merknadene. Det bør kunne begrenses til individtilpassede hjelpemidler. De viser til at det er utfordrende når pasienter skal på langtidsopphold og skal ha med seg veldig mye.

§ 16 Forlengelse av opphold

Departementet påpeker i høringsnotatet det ikke bør ha betydning om pasienten ønsker å handle før hjemreise når han først har reist til byen for behandling såfremt dette ikke medfører økte kostnader for helseforetakene.

De regionale helseforetakene presiserer at denne bestemmelsen ikke kan komme til anvendelse i de tilfeller der helseforetakene rekvirerer transport (reiser med rekvisisjon).

§ 17 Reiseledsagers rett tildekning av reiseutgifter

Helse Sør-Øst RHF peker på at det foreslås en ordning hvor ledsager får refundert for bruk av offentlig transport ved fremleggelse av dokumentasjon på faktiske utgifter. De viser til at det innføres et nytt dokumentasjonskrav som verken understøtter målet om redusert krav til dokumentasjon eller målet om forenklet saksbehandling.

Helse Nord RHF viser til at det i merknadene til § 17, 5. avsnitt nederst er anført at det ikke lenger anses som hensiktsmessig å ha med unntaket for dekning av utgifter når pårørende er hos pasienten under innleggelse. Det er viktig at dette er klart presisert i forskriften og ikke kun omtalt i merknadene. Siden det nå åpnes for at de regionale helseforetakene overtar alt rundt foreldrenes reise ved innlagte barn er det viktig å være tydelig at dette ikke gjelder for innlagte voksne, ellers vil det være en fare for at helseforetakene får alle disse reiseregningene også.

§ 18 Reiseledsagers rett til dekning av tapt arbeidsinntekt

Bestemmelsen viderefører gjeldende forskrift § 10.

Helse Sør-Øst RHF viser til at det i bestemmelsen ikke er satt noen begrensning i forhold til krav fra politiet som i dag konsekvent fakturerer overtid på kravene de sender til pasientreiser ved reiser med rekvisisjon. Det stilles spørsmålstegn ved om de fortsatt skal kunne gjøre det eller om de kun skal fakturere ledsagerens ordinære lønn eller om det bør være en øvre grense på utbetalingen

§ 21 Beregningen av reiseutgiftene

Departementet foreslår at dersom pasienten kan dokumentere at det var nødvendig å benytte båt, snøscooter eller ATV, dekkes dette etter satsene i Statens reiseregulativ. Dette er en videreføring av dagens regelverk.

Helse Nord RHF påpeker at det ikke er nødvendig med dokumentasjonskrav i disse tilfellene da kart/geografi enkelt kan sjekkes av helseforetaket.

Helse Midt-Norge RHF viser til at det er svært få saker som gjelder bruk av båt, snøscooter eller ATV og at samme refusjonssats derfor bør benyttes for alle slike reiser.

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

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.

Helse Sør-Øst RHF viser til at 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». Dette vil kreve manuell sjekk av tidligere vedtak.

RHF-et stiller også spørsmål om hvem som skal dokumentere at offentlig kommunikasjon ikke er tilgjengelig. Innebærer dette at pasienten må skaffe godkjenning på forhånd. RHF-et peker på at det utøves stor grad av skjønn mellom helseforetak i egen region og mellom regionene. Det reises spørsmål om hva som skal være førende for hva som skal regnes som vanskelige kommunikasjonsmessige forhold.

Helse Midt-Norge RHF viser til at i forslag til ny forskrift er begrepet "annen transport" erstattet av "drosje". I dag defineres begrepet "annen transport" også som andre operatører som turvogn, helseekspress med mer. Det kan sees som om er en innsnevrende forståelse fra tidligere og RHF-et ber departementet klargjøre dette.

§ 23 Dekning av utgifter til flyreiser.

Helse Nord RHF foreslår at bestemmelsen også bør omfatte drosje. De viser til at det er mange drosjeturer i regionen som har høyere kostnader enn flyreiser. Alternativt foreslår RHF-et at drosjeturer som går ut av egen kommune behandles på samme måte som flyreiser.

§ 24 Egenandel

Departementet foreslår å forskriftsfeste gjeldende praksis på en tydeligere måte.

Helse Sør-Øst RHF påpeker at det i høringsnotatet er lagt til grunn at det er pasientreisekontorene sin oppgave å ha oversikt over hvilke tilbud som er i regionen i forhold til om det er reiser på fritt sykehusvalg eller ikke. Det vil da være pasientreisekontorene som må innhente informasjon fra regionale helseforetak i tvilstilfeller. Det understrekes at dette blir en ekstraoppgave for helseforetakene.

Helse Vest RHF mener at det kan bli en utfordring når forskriften endres i forbindelse med hva som utløser forhøyet egenandel. I dag er det slik at det må være helseforetaket (eller noen på vegne av helseforetaket) som henviser pasienten ut av regionen. I forslag til ny forskrift vil det være tilstrekkelig at det ikke finnes tilbud i egen region, og pasienten slipper dermed å dokumentere dette. Det stilles spørsmål om hvordan helseforetaket skal finne ut hvilken behandling pasienten har hatt, og dermed om det finnes tilbud i egen region. Det reises også spørsmål om pasienten skal oppgi hvilken behandling de har mottatt og om det er lovhjemmel for å kreve dette?

§25 Krav på dekning av utgifter

Helse Sør-Øst RHF foreslår at det i forskriften presiseres og kommer tydelig frem at dersom pasienten krever utgifter for et krav som er foreldet må årsaken til at pasienten ikke har fremmet kravet innen fristen være dokumentert av behandler.

4. Avslutning/oppsummering

Hovedtrekkene i høringsnotatet støttes av De fire regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS. I tillegg er det gitt innspill til forslagene som antas å ville forbedre ordningen ytterligere ,

Vennlig hilsen
Pasientreiser ANS



Marit Kobro
administrerende direktør



Hilde Holt
fagsjef

Kopi:
Helse Sør-Øst RHF
Helse Midt-Norge RHF
Helse Nord RHF
Helse Vest RHF