



DET KONGELIGE
HELSEDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 66

(2002–2003)

Om lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (Finansieringsansvar for syketransport og reiseutgifter for helsepersonell)

*Tilråding fra Helsedepartementet av 11. april 2003,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Bondevik II)*

1 Innledning

Helsedepartementet legger med dette fram forslag til endringer i

- lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven)
- lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven)
- lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m (spesialisthelsetjenesteloven)
- lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Departementet foreslår at de regionale helseforetakene får ansvaret for dekning av reiseutgifter, herunder oppholdsutgifter og utgifter til nødvendig ledsager for pasienter som reiser til behandling i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Målsetningen med overføringen er å stimulere til behandling nær pasientens bosted når dette er til fordel for pasienten og representerer sparte utgifter til syketransport. Dagens oppdelte finansieringsordning for syketransport og medisinsk behandling kan i noen tilfeller hindre rasjonelle behandlingstilbud for pasientene. Rettighetene for pasientene forblir uendret.

Departementet foreslår videre at ansvaret for transport av helsepersonell overføres til de regionale helseforetakene og kommunene. De regionale

helseforetakene får ansvaret for transport av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, mens kommunene får ansvaret for transport av helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Kommunen vil også få ansvaret for dekning av reiseutgifter for helsepersonell utenfor kommunehelsetjenesten (annet helsepersonell) i den grad behandlingen dekkes etter folketrygdloven kapittel 5.

Departementet foreslår at finansieringsansvaret for syketransport og transport av helsepersonell overføres fra 1. januar 2004.

Kapittel 2 gir en beskrivelse av bakgrunnen for forslaget om ansvarsoverføring og i *kapittel 3* drøftes sentrale hensyn bak forslaget. Forslaget om å overføre finansieringsansvaret for syketransport innebærer at finansieringsansvaret og utgiftsansvaret samles på ett nivå. Dette kan bidra til mer rasjonelle behandlingstilbud for pasientene og et mer kostnadseffektivt transporttilbud.

I *kapittel 4* omtales pasientens rettsstilling. Departementet legger til grunn at det er en forutsetning for overføringen av ansvaret for syketransport at dagens rettigheter videreføres.

Kapittel 5 gir en beskrivelse av forslagene til ny forvaltningsordning. De regionale helseforetakene får finansieringsansvaret for syketransport. Det vil være lite hensiktsmessig for de regionale helseforetakene å etablere et forvaltningsapparat for å håndtere saksbehandling og utbetalinger overfor

transportører og pasienter. Departementet foreslår derfor at trygdeetaten inntil videre blir en teknisk oppgjørsenhet for de regionale helseforetakene. Det forutsettes at regionale helseforetak inngår avtaler med trygdeetaten om kjøp av tjenester. Departementet foreslår videre at ansatte på kjørekontorene og transportkonsulentene overføres fra trygdeetaten til de regionale helseforetakene. Hovedoppgaven for de ansatte på kjørekontorene er å planlegge og samordne drosjeturer. Dette vil være et viktig økonomistyringsverktøy for de regionale helseforetakene. Personalets rettstilling beskrives i *kapittel 6*.

I *kapittel 7 og 9* omtales lovforslaget, mens de økonomiske konsekvensene fremgår av *kapittel 8*.

2 Bakgrunn for overføringen

2.1 Innledning

Syketransport

Utgifter til syketransport dekkes etter folketrygdloven §§ 5–16 til og med 5–18. Stønadsordningen omfatter transport av pasient og eventuell nødvendig ledsager til og fra medisinsk behandling, når transporten ikke må foregå med ambulanse. Aktuelle transportmidler er buss, tog, båt, fly, drosje og privat bil. Formålet med stønaden er å sikre pasientene lik adgang til medisinsk behandling uansett bosted. I 2002 var utgiftene til syketransport 1,543 milliarder kroner, mens oppholdsutgiftene utgjorde 47,7 millioner kroner. Utgiftsveksten på stønadsområdet har vært betydelig de seneste år og uten økninger i pasientens egenandel, ville veksten vært enda høyere. Veksten i løpende kroner (nominelle kroner) har vært på 13 prosent fra 2001 til 2002. Bruk av drosje utgjør mer enn halvparten av de totale utbetalingene.

Transport av helsepersonell

Reiseutgifter for behandlingspersonell dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 5–19. Formålet med bestemmelsen er å sikre at pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte fram hos behandler, får et behandlingstilbud. Utgifter til transport av helsepersonell utgjorde nesten 330 millioner kroner i 2002. I motsetning til hva som har vært tilfelle for syketransport, har reiseutgifter for helsepersonell vist en moderat vekst.

2.2 Tidligere beslutninger og tilrådinger

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2003 vedtok Stortinget følgende, jf. Stortingsfor-

handlingene fra voteringen i Stortinget 11. desember 2002¹:

«Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med oppfølgingen av Hagen-utvalget (finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten) forbedre overføring av finansieringen av syketransport fra Rikstrygdeverket til de regionale helseforetakene.»

Denne proposisjonen innebærer at Stortingets vedtak følges opp. Proposisjonen er dessuten et ledd i arbeidet med oppfølging av innstillingen fra Hagen-utvalget NOU 2003:1 «Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten», som omtales nedenfor i punkt 2.4. Når forslaget om overføring av finansieringsansvaret for syketransport fremmes nå, våren 2003, er det i hovedsak for å gi mulighet for Stortinget til å behandle forslaget tidnok til at ansvarsoverføringen kan gjøres gjeldende fra 1. januar 2004. Øvrig oppfølging av Hagen-utvalget vil bli lagt fram i forbindelse med regjeringens forslag til statsbudsjett for 2004.

NOU 2003:1 ble sendt på eksternt høring med frist 15. mars 2003. I punkt 2.5 gis et sammendrag av høringsuttalelsene vedrørende utvalgets forslag om syketransport og transport av helsepersonell.

En ansvarsendring for syketransport er blitt drøftet og utredet i samarbeid med Rikstrygdeverket før Hagen-utvalget tok fatt på sitt arbeid. I St. prp. nr. 1 (2002–2003) er det vist til at spørsmålet om en ansvarsoverføring har vært vurdert av en departementsoppnevnt arbeidsgruppe som avga sin innstilling i mars 2002. Flertallet i arbeidsgruppen anbefalte den gang at ansvaret for syketransport overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene.

2.3 Tidligere forsøk med ansvarsoverføring

De regionale helseforetakene og kommunene har ansvaret for å gi befolkningen et tilbud om nødvendige helsetjenester. Innenfor dagens ordning har ikke foretakene eller kommunene noe incitament til å holde reiseutgiftene til medisinsk behandling nede. I denne sammenheng kan det vises til erfaringene fra et prøveprosjekt som ble gjennomført tidlig på 1990-tallet i Oppland, Telemark, Hedmark, Vest-Agder, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Troms. Fra 1990 overtok de sju fylkeskommunene ansvaret for syketransport på frivillig basis. Resultatene viste at det gjennomgående var lavere utgifts-

¹ <http://www.stortinget.no/stid/2002/sv021211.html#sak3>

vekst i prøvefylkene enn i landet for øvrig. I en fellesuttalelse til Sosialdepartementet uttalte prøvefylkene at en overføring av ansvaret for syke transport til kommunesektoren var riktig ut fra en vurdering av forvaltningsnivåenes kompetanse, øvrige ansvarsområder og muligheter til å rasjonalisere virksomheten.

2.4 Hagen-utvalgets forslag

Hagen-utvalget la fram sin innstilling i desember 2002. Flertallet i utvalget foreslår at rettigheten til syke transport opprettholdes, og at ansvaret for syke transport overføres til de regionale helseforetakene. Forslaget innebærer at tjenesten ikke lenger finansieres over folketrygden. Utvalgets flertall har i sin innstilling lagt vekt på at kostnadsansvaret for en tjeneste bør bæres av den som utløser behovet for tjenesten, og har i flere av sine forslag drøftet ulemper knyttet til den tredjepartsfinansiering man har i dag av flere områder innen spesialisthelsetjenesten. Flertallets forslag innebærer dessuten at foretakene overtar en ordning som i flere år har hatt en stor vekst, og en vekst som har vært større enn ellers i spesialisthelsetjenesten. Utvalget mener at forslaget i seg selv forventes å gi samordningsgevinster og derfor lavere utgifter på sikt enn det som ellers ville vært tilfelle. Siden det ikke foreslås endringer i rettighetene på området, mener utvalget likevel at det må forventes økte utgifter også de nærmeste årene. For å sikre en mer rimelig deling av økonomisk risiko mellom stat og foretak, foreslår utvalget at de regionale helseforetakene gis en særskilt kompensasjon for dette.

En betydelig andel av utgiftene til syke transport, anslagsvis 80 prosent, er knyttet til reiser til spesialisthelsetjenesten. Hagen-utvalget viser til at de regionale helseforetakene, som beslutter lokalisering av behandlingstilbud, og som dermed utløser behov for syke transport, ikke har det finansielle ansvaret. Utvalget mener det bør legges til rette for at transportkostnadene tas med i betraktning når helsetilbudet utformes. I den grad transportmønsteret endres på en måte som reduserer reisebehovet, er dette også en endring som kommer pasientene til gode. Utvalget antar at pasientene generelt sett ønsker behandling nær hjemstedet.

Et mindretall i Hagen-utvalget støtter ikke forslaget om overføring av finansieringsansvaret for syke transport til de regionale helseforetakene, men foreslår at folketrygden fortsatt bør ha ansvaret for syke transport. Mindretallet begrunner sitt syn med at stønad til syke transport fortsatt bør være en rettighet som er uavhengig av bosted, og at stønaden fortsatt bør være forankret i folketrygdloven. For-

valtningen av stønadsordningen må skje i størst mulig grad der brukerne bor, og trygdestaten er organisert med et trygdekontor i hver kommune. Mindretallet kan ikke se noe avgjørende argument for å bygge opp et nytt administrativt apparat for å ivareta forvaltningen av syke transportområdet. Det er også uhensiktsmessig at de regionale helseforetakene skal ha ansvaret for de reiseutgifter som påløper innen primærhelsetjenesten. Mindretallet mener det er mulig å gjøre tilpasninger i dagens regelverk slik at utgifter til syke transport og behandling kan sees i sammenheng. I tillegg til at ønske om et desentralisert behandlingstilbud kan fremmes gjennom styringsdokumentet fra statlig eier, kan det innføres en hjemmel for at budsjettmidler til syke transport kan benyttes til å finansiere desentraliserte behandlingstilbud.

2.5 Ekstern høring av Hagen-utvalgets forslag

Det er kommet inn flere høringsuttalelser til forslagene i NOU 2003:1 «Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten». De høringsinstansene som uttaler seg om syke transport og transport av helsepersonell, er referert nedenfor.

2.5.1 Syke transport

Regionale helseforetak

De regionale helseforetakene stiller seg positive til å overta ansvaret for syke transport. Flertallet av regionale helseforetak er enige i at ansvaret for all syke transport bør samles hos regionale helseforetak, mens Helse Øst RHF anbefaler en delt løsning der kommunene tar ansvar for syke transport som angår primærhelsetjenesten.

Helse Midt-Norge RHF støtter forslaget om overføring av ansvaret for syke transport.

I følge *Helse Nord RHF* er det ut fra en modelltenking riktig å se kostnadene til transport som en del av de totale kostnadene ved spesialisthelsetjenesten: «Det må være riktig å ta med transportkostnader når funksjonsdeling og valg av tilbyder skal vurderes. Basert på de senere år viser utgiftene til syke transport en relativt sterk økning. Dette er en utvikling som særlig må tas hensyn til dersom Helse Nord RHF skal overta finansieringsansvaret for denne tjenesten.

Dersom vi skal kunne få til bedre ressursbruk med å overta syke transporten, må vi utvikle våre administrative og styringsmessige rutiner slik at vi kan foreta reelle avveininger mellom lokal produksjon og lave utgifter til syke transport opp mot sen-

tral produksjon og høyere transportutgifter. En overføring av ansvaret til RHF vil i en overgangperiode måtte skje gjennom et nært samarbeid med trygdeetaten. RHF og HF'ene vil ikke innen 01.01.2004 være i stand til å bygge opp sine administrative systemer til å overta ansvaret for syke transport fullt og helt. Det praktiske arbeid vil i en overgangsfase uansett måtte ivaretas av trygdeetaten basert på en avtale med RHF.

Helse Nord RHF er ellers i sterk tvil om det vil være hensiktsmessig å bygge opp en egen administrasjon for dette formål. Syke transport bør administreres desentralt. Dersom man skal lykkes med å ta ut den forventede samordningsgevinsten, forutsetter det nært samspill mellom det enkelte helseforetak og primærkommunene.

Helse Nord RHF slutter seg i prinsippet til utvalgets forslag med de presiseringer, overgangsordninger og samarbeidsavtaler med trygdeetaten som er nevnt.»

Helse Øst RHF mener at de regionale helseforetakene bør få ansvaret for syke transport knyttet til spesialisthelsetjenesten, mens kommunene bør få ansvaret for syke transport knyttet til kommunehelsetjenesten.

«Det prinsipp som Helse Øst RHF legger til grunn i sin begrunnelse, er at dagens ordning ikke gir insentiver til kostnadseffektive løsninger som følge av stor grad av tredjepartsfinansiering. Ved å overføre det finansielle ansvaret til den instans som utløser behovet for syke transport, vil en kunne oppnå besparelser. Syke transport med ambulanse utløst av primærhelsetjenesten skal bekostes av kommunen. Helse Øst RHF påpeker den sterke graden av samordning som eksisterer mellom syke transport slik utvalget definerer dette og bruk av ambulanser. En betydelig og økende del av ambulansetjenestens virksomhet benyttes i dag til virksomhet som ligger svært nær syke transport, noe som bla. skyldes følgende:

- stasjonære legevaktmottak, fremfor sykebesøk, medfører at ambulanser i større grad må kjøre pasienter til og fra undersøkelse hos primærlege
- sammenslåing i legevaktdistrikter medfører lengre transportavstander
- primærleger rekvirerer ambulanser for å undersøke pasienter med uklart sykdomsbilde og deretter rapporterer tilbake om tilstand («vurderingsoppdrag»).

Det synes å være et betydelig potensiale for å samordne syke transport og ambulansetjeneste i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.»

Helse Sør RHF støtter forslaget om overføring

av syke transport i sin helhet: «Dette vil være et bidrag til en best mulig samlet utnyttelse av ressurser og kapasitet som benyttes til pasienttransport av ulik karakter. Det muliggjør reell vurdering av å transportere spesialister ut til distriktene opp mot kostnader ved å frakte pasienter til og fra sykehus for undersøkelser og/eller behandling.»

Helse Vest RHF påpeker at senere års tallmateriale har vist sterkt økende utgifter til syke transport. Helse Vest RHF ønsker derfor å påpeke at det må forutsettes at RHF gis et fremtidig tilfredsstillende finansielt grunnlag for å kunne drive denne tjenesten.

Helse Vest RHF drøfter også muligheten for en høy utgiftsvekst: «Helse Vest RHF er vel kjent med at utgiftene til syke transport har akselerert i de senere år. En sterkere sentralisering av enkelte sykehusfunksjoner som følge av økte kvalitetskrav til tjenesten, vil ytterligere medvirke til en slik utvikling. En overføring av denne utgiften til de regionale helseforetakene der det ligger som en forutsetning at denne utgiften i fremtiden kun inflasjonsjusteres, vil medføre at de regionale helseforetakene får et svakt finansielt grunnlag for å ivareta denne tjenesten. Helse Vest RHF vil imidlertid også poengtere at vi ser problemene med dagens ordning som er en ren tredjepartsfinansiering. Det kan også synes rimelig at de regionale helseforetakene har ansvar for disse transportutgiftene ved at utgiftene i betydelig grad påvirkes av den funksjonsfordeling av sykehustjenester som regionen velger å benytte. Samtidig vil helseforetakene ha en langt bedre mulighet for å koordinere og samordne denne tjenesten enn det Rikstrygdeverket har. Det påpekes at dette forslaget har størst betydning for regionale helseforetak med lang avstand mellom sykehusene og spredt befolkningssammensetning.»

Pasientorganisasjoner

Departementet har mottatt få høringsuttalelser fra pasientorganisasjoner, og meningene er delte om forslaget:

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) støtter Hagen-utvalgets mindretall i at Rikstrygdeverket fortsatt bør ha ansvar for refusjoner for all syke transport. «FFO understreker viktigheten av at syke transport opprettholdes som en rettighet som er uavhengig av bosted og forankret i folketrygdloven.

FFO mener det må legges avgjørende vekt på at dagens system med forankring i folketrygden sikrer likebehandling og gir en rimelig grad av nærhet til brukeren. I tillegg viser FFO til at man i dag har godt innarbeidede klageordninger. FFO forstår

prinsippet om at den instans som utløser beslutning om syke transport, ideelt sett også bør ha det finansielle ansvaret. Men FFO vektlegger pasientens rettighet mest og mener derfor at en fortsatt forankring i folketrygdloven er det som best vil sikre pasienten rettigheter.»

Ved å overføre ansvaret for syke transporten til regionale helseforetak mener *Landsforening for Nyrepasienter og Transplanterte* at det blir enklere å se helheten i situasjonen: «Da vil utgifter som normalt ville påløpe til transport kunne omdisponeres og benyttes til å opprette et tilbud nærmere pasientens bosted. Dette bør også være et incitament til å utvide tilbudet om hjemmedialyse.»

Norsk forening for Cystisk fibrose støtter forslaget om overføring av syke transport, mens *Norsk Psoriasisforbund* mener at Rikstrygdeverket fortsatt skal ha ansvaret for refusjoner for all syke transport. *Norsk Psoriasisforbund* mener at syke transport fortsatt bør være en rettighet som er uavhengig av bosted og bør være forankret i folketrygdloven.

Arbeidstakerorganisasjoner

Den norske lægeförening støtter forslaget om ansvarsending, men mener at kun syke transport som er relatert til behandling i spesialisthelsetjenesten bør overføres til regionale helseforetak: «Å vurdere kostnader og eventuelt innsparinger i syke transporten er et viktig element i vurderingene av ønsket ansvars- og funksjonsfordeling mellom foretakene, ved at tredjepart betaler (folketrygden) vil dette ikke bli med i vurderingene.»

Norges Ingeniørorganisasjon støtter forslaget fra utvalgets flertall om at ansvaret for all syke transport overføres til regionale helseforetak.

Norsk sykepleierforbund går imot forslaget om ansvarsending og mener at Rikstrygdeverket fortsatt skal ha ansvar for refusjoner for all syke transport. *Norsk sykepleierforbund* mener det er mulig å gjøre tilpasninger i dagens regelverk slik at utgifter til behandling og syke transport kan sees i sammenheng.

Kommunene

Et fåtall kommuner og fylkeskommuner har avgitt høringsuttalelse til Hagen-utvalgets innstilling. Av fire fylkeskommuner har Buskerud og Finnmark gått inn for å overføre syke transport til regionale helseforetak, mens Nord-Trøndelag går imot forslaget og anbefaler fortsatt trygdefinansiering. Østfold fylkeskommune har ingen merknader.

Bare 12 kommuner har avgitt høringsuttalelse til Hagen-utvalgets innstilling, og syv av disse støt-

ter forslaget om overføring til regionale helseforetak. To kommuner går imot forslaget, mens tre kommuner ikke har merknader i klar favør av noen av alternativene. Oslo kommune og Ørsta kommune, som begge støtter forslaget, fremholder at man bør unngå å dele ansvaret for syke transport på flere forvaltningsnivåer. Leksvik kommune støtter forslaget, forutsatt at det blir evaluert etter en tid, og viser til at erfaringene med kjørekontor lokalisert til sykehus som har organisert all transport, er gode. Regionrådet for Valdres og Fjellregionsarbeidet understreker at man i en ansvarsending må sikre pasientenes rettigheter til best mulig syke transport både ved akutte og ikke-akutte tilstander, uavhengig av bosted og helseforetakenes øvrige driftsøkonomi. Askvoll kommune og Gulen kommune, som begge går mot forslaget, viser til at en del av befolkningen bor på øyer og at kostnadene ved ambulansetjeneste er store. Finansiering fra trygdeetaten er derfor å foretrekke.

Andre offentlige organer

Fylkesmannen i Finnmark støtter forslaget om at alle transportutgifter og inntekter legges til regionale helseforetak da dette vil åpne for bedre og mer fleksible løsninger enn hva vi har i dag. Fylkesmannen i Finnmark viser til at grensesnittet mellom ambulans- og syke transport ofte blir uklare gråsoner.

Fylkesmannen i Vest-Agder slutter seg til prinsippet om ansvarsending, men er opptatt av at det ved en slik overføring fra trygdesystemet ikke skjer en svekking av pasientenes muligheter for transport.

Etter *Statens helsetilsyns* vurdering foreligger det en betydelig samordningsgevinst ved en bedret koordinering av ambulansetjenesten og syke transporttjenesten, og de støtter derfor forslaget om at ansvar og finansiering av syke transport overføres til tjenesteyter – enten regionalt foretak eller helseforetak. Statens helsetilsyn viser til at en ansvarsending gjør det mulig å drive en mer rasjonell utnyttelse av ressursene og se forbruk av ressurser i en sammenheng. Dette vil i neste omgang komme pasientene til gode.

Konkurransetilsynet gir ikke en klar tilrådning, men påpeker at forslaget fra flertallet i utvalget innebærer at all syke transport, også den syke transport som utløses av primærhelsetjenesten, vil sortere under spesialisthelsetjenesten. Det vil også sikre likhet for brukerne at ansvaret for syke transport ligger hos regionale helseforetak og ikke hos kommunene. Videre legger Konkurransetilsynet vekt på at det er en relativt liten andel av kostnadene for syke transport som kan knyttes til syke transport innenfor kommunene, og at det derfor vil være lite

hensiktsmessig at det bygges opp et eget apparat i kommunene for å håndtere disse utgiftene.

I prinsippet støtter Konkurransetilsynet det alternative forslaget fra mindretallet om at ansvaret for syke transport utløst av spesialisthelsetjenesten overføres til regionale helseforetak. Hvis det er slik at det er store administrative kostnader ved å bygge opp et eget apparat i kommunene for å håndtere disse utgiftene, vil det likevel være hensiktsmessig at forslaget til flertallet gjennomføres. Konkurransetilsynet har ikke ut fra høringsnotatet eller på annen måte klare tall på dette, og kan derfor heller ikke komme med en klar tilråding.

Rikstrygdeverket skriver følgende i sin høringsuttalelse: «Rikstrygdeverket er kjent med at departementet før påske vil legge fram en lovproposisjon for Stortinget om overføring av finansieringsansvaret for syke transport til helseforetakene. I den valgte modellen legges det opp til at de regionale helseforetakene skal kjøpe saksbehandlings- og utbetalingstjenester fra trygdeetaten. I en slik ordning vil brukernes rettigheter fortsatt kunne ivaretas på en tilfredsstillende måte, og mindretallets innvendinger mot overføring er langt på vei imøtekommet.

Det er viktig at en eventuell overføring av ansvar er godt forberedt slik at de regionale helseforetakene er beredt til å påta seg ansvaret for all syke transport. For Rikstrygdeverket er det også viktig at alle forhold rundt trygdeetatens rolle er avklart, slik at vi kan betjene brukerne på en best mulig måte.»

2.5.2 Transport av helsepersonell

Ikke alle høringsinstanser har kommentert transport av helsepersonell spesielt. Mange har trolig sett syke transport og transport av helsepersonell under ett. Nedenfor er det imidlertid gjengitt synspunkter fra de høringsparter som har uttrykt sine synspunkter spesielt på dette området:

Regionale helseforetak

Helse Midt-Norge RHF og *Helse Nord RHF* støtter forslaget om å overføre ansvaret for transport av helsepersonell til henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Pasientorganisasjoner

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) støtter utvalgets forslag om at ansvaret for transport av behandlingpersonell i spesialisthelsetjenesten overføres til regionale helseforetak. Likeledes mener LHL at ansvaret for transport av behandling-

personell i primærhelsetjenesten kan overføres til kommunene.

Norsk forening for Cystisk fibrose støtter forslaget.

Arbeidstakerorganisasjoner

Norges Ingeniørorganisasjon og *Norsk sykepleierforbund* støtter forslag om at ansvaret for transport av behandlingpersonell i spesialisthelsetjenesten overføres til regionale helseforetak, og ansvaret for transport av behandlingpersonell i primærhelsetjenesten overføres til kommunene.

Kommunene

Et begrenset antall kommuner og fylkeskommuner har avgitt høringsuttalelse. Buskerud fylkeskommune støtter forslaget om ansvarsendring, mens Nord-Trøndelag fylkeskommune går imot en endring og ønsker fortsatt trygdefinansiering. Fire kommuner støtter forslaget – Oslo kommune, Leksvik kommune, Nord-Aurdal kommune og Ørsta kommune. Oslo viser til gode erfaringer med ansvar for transport av legevaksleger og hjemme-sykepleien som forsøksordning fra og med 1.6.2001 og viser til at ordningen har forhindrede ytterligere økning av trygdens utgifter. Nord-Aurdal kommune understreker behovet for økte statlige overføringer dersom en ansvarsendring gjennomføres.

Fem kommuner – Askvoll kommune, Gulen kommune, Klepp kommune, Skedsmo kommune og Ski kommune – går imot forslaget om ansvarsendring. Gulen kommune viser til at all tidligere erfaring med objektive kriterier i inntektssystemet tilsier at de geografiske avstandene ikke blir vektet høyt nok til å dekke faktiske utgifter og frarår at denne utgiften overføres til kommunene. Ski kommune går også imot forslaget, men sier at dersom kommunen kunne garanteres for at en slik overføring ikke ville forårsake ytterligere press på en allerede anstrengt økonomi, er kommunen enig i prinsippet i forslaget fra flertallet i Hagen-utvalget.

Andre offentlige organer

Fylkesmannen i Vest-Agder støtter forslaget vedrørende transport av helsepersonell.

3 Begrunnelse for overføring av finansieringsansvaret

Det er et mål å stimulere til behandling nær pasientens bosted når dette både er til fordel for pasienten og representerer sparte utgifter til syke transport.

Dagens finansieringsordninger og oppdeling av finansieringsansvaret kan i noen tilfeller hindre rasjonelle behandlingsløsninger. Forslaget innebærer at finansieringsansvaret og utgiftsansvaret samles på ett nivå. Det vil bidra til mer rasjonelle behandlingsløsninger og et mer kostnadseffektivt transporttilbud.

3.1 Ansvarsmessige hensyn

Et viktig økonomisk prinsipp er at kostnadsansvaret for en tjeneste bør ligge hos den aktøren som utløser utgiften. I tilfeller der det er stor avstand mellom den som utløser en utgift og den som betaler kostnaden, oppstår det en risiko for uønskede virkninger, for eksempel ved at etterspørselen etter en tjeneste blir svært høy. De regionale helseforetakene har i dag ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region, men har ikke kostnadsansvaret for de utgifter som er knyttet til transport av pasienter eller helsepersonell. Tilsvarende har heller ikke kommunene noe kostnadsansvar for transport av pasienter eller personell som de tar initiativ til.

I denne proposisjonen reises det ikke spørsmål om pasientenes egenbetaling for syketransport som forutsettes uendret. Derimot reises det spørsmål om hvilke aktører som bør ha kostnadsansvaret for tjenester som det offentlige uansett skal dekke. Med denne presiseringen mener departementet at spørsmålet om ansvar og myndighet fortjener særskilt oppmerksomhet, i tillegg til spørsmålet om det er tilstrekkelig sammenheng mellom befolkningens behov for helsetjenester og behovet for syketransport og transport av helsepersonell.

3.1.1 Syketransport

De regionale helseforetakene utløser anslagsvis 80 prosent av dagens utgifter til syketransport, mens kommunesektoren utløser anslagsvis 20 prosent av utgiftene.

Ut fra prinsippet om at den som utløser en utgift i størst mulig grad bør ha ansvaret for utgiftsdekningen, har departementet vurdert å dele ansvaret for syketransport mellom de regionale helseforetakene og kommunene. Skillet vil da gå mellom transport til/fra spesialisthelsetjenester og transport innen kommunehelsetjenesten. Enkelte transportere som i dag dekkes av trygden, faller ikke klart inn under noen av de to nevnte kategoriene. Dette gjelder for eksempel reise til familievernkontor og til behandling hos privat helsepersonell som kiropraktor, ortoptist m.v.

Et delt ansvar vil bety en mer fragmentert ord-

ning. Hvis alle kommuner og fem helseregioner får ansvaret for syketransport, vil det bli flere ulike løsninger og større forskjeller i tilbudet. Mange kommuner er små og kan mangle kompetanse, ressurser og virkemidler for å ivareta syketransportansvaret på en god måte. I tillegg legger departementet vekt på at syketransport fortsatt skal være en lovfestet rettighet for pasientene. Samlet budsjettamme hos regionale helseforetak oppfordrer til dialog med primærhelsetjenesten. Et alternativ der kommunene overtar ansvaret for pasienters reiseutgifter til/fra kommunehelsetjenesten, anbefales derfor ikke.

Departementet vil heller ikke anbefale at folketrygden fortsatt skal dekke pasientenes reiseutgifter til kommunehelsetjenesten. Omfanget av syketransport i kommunehelsetjenesten er relativt begrenset, og det vil ikke være hensiktsmessig å etablere to parallelle forvaltningsapparater for å håndtere dette. En ansvarsoverføring av all syketransport til regionale helseforetak vil trolig øke mulighetene for å få et mer kostnadseffektivt transporttilbud enn om ansvaret fordeles mellom to enheter.

Enkelte privatpraktiserende behandlere er dekket av folketrygdlovens kapittel 5 slik at pasienten har rett til å få dekket deler av sine reiseutgifter for eksempel ved reise til kiropraktor. For å oppnå størst mulig grad av like rammevilkår mellom bruk av offentlig og privat helsetjeneste, anbefaler departementet at det ikke opprettes særskilte ordninger i tilfeller der pasienter benytter private behandlere. Departementet finner det derfor heller ikke naturlig at folketrygden fortsatt skal dekke pasientens reiseutgifter til private behandlere.

På denne bakgrunn foreslår departementet at de regionale helseforetakene får ansvaret for å dekke reiseutgifter til pasienter som reiser til undersøkelse og behandling både i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og hos private behandlere der behandlingsutgiftene i dag dekkes etter folketrygdloven kapittel 5.

3.1.2 Transport av helsepersonell

I henhold til dagens ansvarsdeling dekker trygde-etaten reiseutgifter for behandlere som går inn under kapittel 5 i folketrygdloven, for eksempel lege, fysioterapeut og psykolog. I tillegg dekkes reiseutgifter bl.a. for helsepersonell som er ansatt i hjemmesykepleien.

Størstedelen av transportbehovet er knyttet til at helsetjenester organiseres rundt pasienten i tilfeller der pasienten av medisinske eller andre årsaker ikke kan forflytte seg, og i tilfeller der behandling i hjemmet anses som den beste og mest rasjo-

nelle løsning. Som oftest vil det være en nær sammenheng mellom hvordan helsetjenesten organiseres og hvor stort behovet for transport av helsepersonell er. De siste års utvikling bort fra en institusjonsbasert eldreomsorg og over mot økt behandling i hjemmet er eksempel på en utvikling som gjør det mulig for eldre å bo hjemme lenger og eksempel på god samfunnsøkonomisk ressursbruk. Konsekvensen er imidlertid at det oppstår et økt transportbehov for helsepersonell i hjemmesykepleien og i eldreomsorgen.

Å beholde folketrygdfinansiering av transport av helsepersonell anses å ha de samme uheldige virkninger som en fortsatt folketrygdfinansiering av syke transport. I første rekke er det lite rasjonelt å legge ansvaret for transportdelen av en tjeneste til folketrygden når det faktisk er kommunehelsetjenesten og regionale helseforetak som gjennom sin organisering av helsetjenester i stor grad påvirker ressursbruken på transportområdet. Med en fortsatt folketrygdfinansiering vil man opprettholde en ordening der transporter som inngår som en integrert del av kommunenes helsetjeneste, og dels regionale helseforetaks ansvarsområde, ikke finansieres av den virksomhet som har ansvaret for at tjenesten utøves. Innenfor hjemmesykepleien dreier dette seg om transport av kommunalt ansatte. Etter departementets syn er det med en fortsatt folketrygdfinansiering en risiko for uønskede virkninger, fordi transport av helsepersonell er gratis for dem som utløser den og som samtidig har ansvaret for utvikling og organisering av helsetjenesten.

Vurderingen av en deling av ansvaret mellom kommunene og de regionale helseforetakene for transport av helsepersonell blir etter departementets syn en annen enn for syke transport. Dette har to årsaker:

For det første er kommunehelsetjenestens andel av de samlede reiseutgiftene langt større enn den tilsvarende utgiftsandelen for syke transport. Det antas at utgifter til transport av allmennleger m.m. i primærhelsetjenesten står for om lag 90 prosent av de samlede utgifter til transport.

For det andre har kommunene ansvar for bruken av egne ansatte, og må antas å ha en mer direkte påvirkning på omfanget av transport av personell som er ansatt i kommunehelsetjenesten. Ut fra argumentet om at finansieringsansvaret bør ligge hos den part som har størst mulighet til å påvirke utgiftene, mener departementet at ansvaret for transport av helsepersonell i kommunehelsetjenesten, bør ligge hos kommunene.

Departementet foreslår derfor at ansvaret for transport av helsepersonell overføres til de regionale helseforetakene og kommunene. Utgiftene til

transport av helsepersonell innen spesialisthelsetjenesten bør overføres til de regionale helseforetakene, mens transportutgiftene innen kommunehelsetjenesten bør overføres til kommunene. Forslaget er i tråd med anbefalingen fra Oppgavefordelingsutvalget (NOU 2000:22).

3.2 Hensynet til desentralisering av helsetjenester

I dag ligger det liten økonomisk gevinst for de regionale helseforetakene i å desentralisere helsetjenester fordi den største gevinsten, nemlig reduserte reisekostnader, ikke kan tas ut på sykehusenes budsjetter. Den største fordelen ved å overføre ansvaret for syke transport til de regionale helseforetakene er derfor knyttet til at det blir mer lønnsomt enn tidligere å desentralisere tjenester.

Ved en *sentralisering* av helsetjenester har ikke sykehusene i dag noe kostnadsansvar for pasientenes økte tidsbruk og økte reisekostnader. Dersom de regionale helseforetakene overtar ansvaret for utgiftene til syke transport, vil de økte kostnadene til transport integreres i økonomien til de regionale helseforetakene, og disse utgiftene vil måtte inngå i analyser av hensiktsmessigheten av sentraliserende tiltak.

Det er et sentralt mål å stimulere de regionale helseforetakene til å gi pasienten behandling nær pasientens bosted når dette er til fordel for pasienten og representerer sparte utgifter til syke transport. Dagens oppdeling av finansieringsansvaret kan i noen tilfeller hindre rasjonelle behandlingstilsetninger for pasienten.

Etter den foreslåtte ansvarsoverføringen vil de regionale helseforetakene i større grad stimuleres til å opprette behandlingstilbud nærmere pasientens hjemsted, for eksempel i forbindelse med dialyse- og cellegiftbehandling. Pasienten vil unngå lange reiser til sykehuset med de ulemper dette medfører for pasienten.

3.3 Hensynet til kostnadseffektivitet

Syke transportområdet har i flere år hatt en stor utgiftsvekst og en økning ut over veksten ellers i spesialisthelsetjenesten. Etter departementets syn kan en ansvarsoverføring til de regionale helseforetakene på sikt medføre at etterspørselen etter transporttjenester vil kunne reduseres dersom helsetjenester lokaliseres på en annen måte. Det må også kunne forventes at de regionale helseforetakene utnytter samordningsgevinstene ved å organisere transporten på en hensiktsmessig måte. Dette er imidlertid gevinster som først vil oppstå på lengre sikt.

Av den grunn, og siden det ikke foreslås endringer i pasientrettighetene på området, mener departementet, i likhet med Hagen-utvalget, at det likevel må forventes økte utgifter også de nærmeste årene.

4 Pasientens rettsstilling

4.1 Pasientens rettighet til syke transport

Folketrygdloven er en rettighetslov. Dette innebærer at medlemmet har rett til stønad fra folketrygden når vilkårene for den enkelte ytelse er oppfylt.

Departementet legger til grunn at det er en forutsetning for ansvarsoverføringen at dagens rettigheter til syke transport skal videreføres. Hagen-utvalget forutsetter at pasientenes lovfestede rett til syke transport opprettholdes, og dette har også vært en forutsetning for den interdepartementale arbeidsgruppens forslag om å overføre ansvaret til de regionale helseforetakene.

Dette kan gjøres ved å fastsette bestemmelser i pasientrettighetsloven om at pasient og ledsager har rett til å få dekket nødvendige reiseutgifter mv. slik som beskrevet i folketrygdloven §§ 5–16 til og med 5–18. Utfyllende regler vil som i dag følge av forskrifter gitt med hjemmel i lovens bestemmelser. De regionale helseforetakene blir også pålagt å sørge for syke transport i spesialisthelsetjenesteloven. I tillegg blir de regionale helseforetakene i samme lov pålagt en plikt til å dekke utgifter for syke transport som pasienten har rett til etter pasientrettighetsloven. Det vises til punkt 7.1.1.

4.2 Pasientens klagemuligheter

Pasientenes klagemuligheter er et sentralt element i rettighetssammenheng. Etter dagens regelverk kan et medlem som har fått avslag på sin søknad om dekning av reiseutgifter til undersøkelse eller behandling fra trygdekontoret, klage saken inn for fylkestrygdekontoret. Dersom medlemmet heller ikke er fornøyd med fylkestrygdekontorets avgjørelse, kan vedtaket ankes inn for trygderetten.

I 2002 var det 441 klager over vedtak på syke transportområdet til fylkestrygdekontoret og 29 anker til trygderetten.

Konsekvensene av en overføring av reglene for syke transport fra folketrygdloven til pasientrettighetsloven er at folketrygdens regler om klage ikke lenger kan anvendes. Pasientrettighetsloven kapittel 7 regulerer hva som er gjenstand for overprøving etter loven. Helsetilsynet i fylket (tidligere fylkeslegen) er klageinstans og kan overprøve vedtaket om dekning av utgifter til syke transport. Avgjø-

relsen til Helsetilsynet i fylket kan bringes inn for domstolen.

Som følge av at retten til syke transport er tatt inn i pasientrettighetsloven, vil dette bli en del av spesialisthelsetjenesten, og pasienten vil også kunne få hjelp av pasientombudet i forbindelse med klagesaker.

5 Ny forvaltningsordning

5.1 Dagens forvaltningsordning

5.1.1 Syke transport

Ofte er det pasienten selv som betaler for nødvendig transport mot senere refusjon fra trygdekontoret, men utgiftene kan også gjøres opp direkte mellom transportøren og trygdekontoret.

Utgifter til bruk av drosje gjøres vanligvis opp mellom drosjeeieren og trygden. Den enkelte drosjeeier inngår avtale om direkte oppgjør med trygdekontoret og sender samlet krav for transporter utført i løpet av for eksempel en måned. I de fleste fylker er oppgjørsordningen sentralisert slik at ett trygdekontor foretar oppgjør med alle drosjeeiere i fylket. Det foreligger også direkte oppgjørsordning med transportør for bruk av fly og tog.

For å redusere transportutgiftene er det opprettet kjørekontorer i fylkene som samordner syke transport med drosje. Kjørekontorenes hovedoppgave er å motta bestillinger på drosjetransport. De planlegger turene slik at flere pasienter kan reise med samme bil, og at drosjen eventuelt også kan ta med pasienter på retur-reisen. Prisen for en drosjetur er den samme enten det sitter en eller tre passasjerer i bilen, og ved ankomst til bestemmelsesstedet betaler trygden som regel for drosjens retur til utgangspunktet for reisen. Kjørekontorenes arbeid kan derfor gi vesentlige innsparinger for trygden. Samferdselslovgivningen inneholder imidlertid bestemmelser som begrenser mulighetene for en effektiv samordning av drosjetransport. Dette vil bli vurdert nærmere i samarbeid med Samferdselsdepartementet.

5.1.2 Transport av helsepersonell

Helsepersonell benytter hovedsakelig egen bil til sykebesøk, og reiseutgifter dekkes vanligvis etter kilometersatsen for bruk av egen bil i statens reiseregulativ. Hvis det foreligger særlige forhold, kan utgifter til drosje eller annet leid befordringsmiddel dekkes. I praksis antas dette bare å være aktuelt for leger. Leger er i en stilling som gjør det nødvendig

å kunne rykke ut for øyeblikkelig hjelp til enhver tid.

Trygden kan også yte et reisetillegg som er godtgjørelse for tapt arbeidsinntekt. Fastlønnen helsepersonell har ikke krav på reisetillegg. For privatpraktiserende leger gis reisetillegg etter takster fastsatt i forskrift om dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege og i private medisinske laboratorier og røntgenvirksomheter av 26. juni 2002 nr. 897. For andre behandlere er reisetillegget også fastsatt i forskriftene på de respektive områder. Det gis ikke reisetillegg i forbindelse med faste utekontordager.

For helsepersonell ansatt i kommunen skal krav om dekning av reiseutgifter fremsettes gjennom kommunen. Andre behandlere skal levere regning for transportutgifter sammen med sitt øvrige oppgjør med trygdekontoret (refusjonskrav for utført behandling).

Det er i forskrift om organisering og finansiering av ambulansébåttjenesten og skyssbåttjenesten for helsepersonell av 20. desember 2000 nr. 1553 bestemt at ambulansébåttjenesten skal planlegges slik at den også kan dekke behov for transport av helsepersonell og syketransport. Når ambulansébåter brukes til transport av helsepersonell i sykebesøk, dekkes utgiftene normalt ved direkte oppgjør mellom båteier og trygdekontor etter en fastsatt kilometertakst for den enkelte båt.

5.2 Oppgaver som skal overføres til regionale helseforetak i forbindelse med overføring av ansvaret for syketransport

Ved overføring av ansvaret for syketransport til regionale helseforetak må det vurderes om oppgaver knyttet til kjørekontor, arbeid knyttet til transportkonsulenter, oppgjør med transportører og saksbehandling/utbetaling overfor brukere bør overføres.

5.2.1 Kjørekontor og transportkonsulenter

Det operative arbeidet som pågår ved kjørekontorene og arbeidet som utføres av transportkonsulentene, er sentralt for å få til en effektiv samordning av transporten. Det er derfor naturlig at disse oppgavene overføres til regionale helseforetak (eventuelt helseforetak avhengig av regional organisering) fra 2004.

Trygdeetaten har etablert kjørekontorer som har som hovedoppgave å planlegge drosjeturer slik at flere kan reise med samme bil. Kjørekontorenes organisering, oppgaver og størrelse varierer. De fleste fylker har egne kontorer, men noen fylker samarbeider om drift av kjørekontorene slik at et

kontor dekker flere fylker. Hovedregelen er at personalet er ansatt i trygdeetaten, men noen steder har andre arbeidsgiveransvaret (for eksempel fylkeskommune og helseforetak). Det er om lag 60–70 årsverk knyttet til kjørekontorene.

Transportkonsulentene har oppgaver knyttet til bl.a. drift av kjørekontorene, anbud og prisavtaler med ulike transportører. Transportkonsulentene er i hovedsak ansatt på fylkestrygdekontoret og utgjør 19 årsverk på landsbasis.

Alle ansatte, som har sitt arbeidsforhold knyttet til oppgaver som helt eller vesentlig overføres til foretak, vil i samsvar med reglene om virksomhetsoverdragelse bli tilbudt videreføring av ansettelsesforholdet i regionale helseforetak/helseforetak. Det vises til omtale under kapittel 6 om personalets rettsstilling.

For å redusere utgiftene til syketransport har trygdeetaten i enkelte fylker inngått egne prisavtaler med enkelte transportører. Dette gjelder hovedsakelig bruk av drosje. Dersom det ikke foreligger en slik avtale, reguleres prisen med hjemmel i forskrift om maksimalpriser for kjøring med drosjebil av 26. april 2002 nr. 41, eller av gjeldende markedspris i de områdene hvor det er fri prisdannelse. Under forutsetning av at den private avtaleparten samtykker, kan de regionale helseforetakene tre inn i disse avtalene fra 1. januar 2004. Etter 1. januar 2004 er det opp til de regionale helseforetakene om de vil inngå ytterligere prisavtaler med aktuelle transportører.

5.2.2 Oppgjør med transportører og behandling av enkeltsaker overfor pasientene

Over halvparten av utgiftene til syketransport gjelder bruk av drosje, og direkte oppgjør med drosjeeier er den vanligste oppgjørsformen. Arbeidet omfatter i hovedsak behandling av krav, utbetalinger, kontroll av utbetalinger og oppfølging av feilutbetalingsaker. Oppgjørsordningen er i de fleste fylker sentralisert til et oppgjørskontor.

Krav om dekning av utgifter til syketransport må framsettes av brukerne på lokalt trygdekontor. Trygdeetatens oppgaver omfatter saksbehandlings- og utbetalingstjenester. Trygdeetaten behandlet om lag 600 000 enkeltkrav knyttet til syketransport i 2002.

Det vil være lite hensiktsmessig for de regionale helseforetakene å etablere et forvaltningsapparat for å håndtere saksbehandling og utbetalinger overfor transportører og brukere. Trygdeetaten har kompetanse innenfor syketransportområdet. Departementet mener at det vil være hensiktsmessig å utnytte denne kompetansen, slik at trygdeetaten

fortsetter å levere disse tjenestene i 2004. Det legges derfor opp til at de regionale helseforetakene kan kjøpe saksbehandlings- og utbetalingstjenester av trygdeetaten. Det vil også være en fordel for pasientene som fortsatt kan levere inn regningene på sitt lokale trygdekontor.

Det foreslås at midlene for behandling av pasientens enkeltsaker og oppgjør med transportørene overføres til regionale helseforetak fra 2004, som så kjøper disse tjenester av trygdeetaten. Det tas forbehold om trygdekontorenes rolle som følge av Stortingets behandling av St. meld. nr. 14 (2002–2003) «Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten» (SATS). Det foreslås å etablere en ny «jobbetat» og en ny «pensjonsetat» med en enhetlig førstelinjetjeneste basert på samarbeid mellom stat og kommune som særlig er rettet mot dem som står i fare for å falle ut av arbeidslivet, eller som på grunn av manglende arbeid eller arbeidsevne har behov for hjelp fra det offentlige. Under forutsetning av Stortingets samtykke vil de to nye etatene tidligst være etablert fra 2005. Trygdeetaten skal inn til videre ha ansvaret for utbetalinger. Modellen med kjøp av tjenester vil på et senere tidspunkt i nødvendig grad bli vurdert på nytt i lys av resultatet av SATS-prosessen.

Ordningen med kjøp av tjenester fra trygdeetaten innebærer at trygdeetaten blir en teknisk oppgjørsenhet for de regionale helseforetakene, mens foretakene har det forvaltningsmessige ansvaret og styringen med ordningen slik at de kan utøve styring av ressursbruken og sikre mest mulig effektiv bruk av ressursene. For at de regionale helseforetakene skal få den informasjonen de trenger for å sikre en effektiv drift av området, er de avhengig av at det etableres et økonomisk rapportsystem i trygdeetaten for utgifter knyttet til syke transport.

Det er anslått at trygdeetaten bruker ca. 200 årsverk på oppgaver knyttet til oppgjør med transportører og behandling av enkeltsaker overfor brukere. Forslaget innebærer at arbeidsgiveransvaret forblir i trygdeetaten og at de ansattes rettsstilling forblir uendret. Ved eventuelle fremtidige opphør av avtaler om tjenestekjøp bærer trygdeetaten ansvaret for de ansatte. Det vises til kapittel 6 om personalets rettsstilling.

5.3 Oppgaver som skal overføres til regionale helseforetak ved overføring av ansvaret for transport av helsepersonell

Det foreslås at ansvaret for å dekke reiseutgifter for behandlingpersonell innen spesialisthelsetjenesten overføres til regionale helseforetak/helseforetak fra 2004. Kostnadene for transport på spesialist-

helsetjenestenivå er lave sammenlignet med kommunehelsetjenesten. Slike reiseutgifter dekkes vanligvis etter kilometersats for bruk av egen bil i statens reiseregulativ.

Antall årsverk knyttet til disse oppgavene i trygdeetaten er marginalt, og det antas at det ikke vil bli spørsmål om å overføre ansatte. Det vil trolig være enklere at arbeidsgiver/helseforetakene utbetaler reiserefusjon og følger opp at bestemmelsene i reiseregulativet blir fulgt opp sammenlignet med dagens organisering der trygdeetaten utfører dette arbeidet. Det legges derfor til grunn at helseforetakene utfører denne arbeidsoppgaven fra 2004.

5.4 Oppgaver som skal overføres til kommunene ved overføring av ansvaret for transport av helsepersonell

Det foreslås at folketrygdens ansvar for å dekke reiseutgifter for helsepersonell innen kommunehelsetjenesten overføres til kommunene fra 2004. Kommunen vil også få ansvar for dekning av reiseutgifter for helsepersonell utenfor kommunehelsetjenesten i den grad slike utgifter dekkes av folketrygden i dag, jf. dog punkt 5.3. For eksempel vil kommunen i enkelte tilfeller få ansvar for kiropraktors reiseutgifter dersom pasienten får dekket behandlingen etter folketrygdloven kapittel 5, og pasienten ikke kan møte fram på behandlingsstedet.

Ressursbruken på hvert trygdekontor knyttet til disse oppgavene er marginal, og det antas at det ikke vil bli spørsmål om å overføre ansatte til kommunene. Det vil trolig være enklere at kommunen utbetaler reiserefusjon til bl.a. egne ansatte enn at trygdeetaten utfører dette arbeidet. Det legges derfor til grunn at kommunene utfører denne arbeidsoppgaven fra 2004.

6 Personalets rettsstilling

6.1 Innledning

Kunnskapene med hensyn til å forvalte og organisere syke transport og økonomien knyttet til de oppgaver som utføres, innehas av de ansatte i trygdeetaten. Det er derfor av avgjørende betydning å beholde og videreutvikle den kompetansen de tilsatte i trygdeetaten representerer, uavhengig av modellvalg for ansvarsoverføringen. Den valgte modell underbygger etter departementets oppfatning det å sikre tjenestens kvalitative innhold, både gjennom å videreføre personalets kunnskaper og tilrettelegge for å utvikle disse.

Det vil finne sted en overføring av oppgaver til

regionale helseforetak (eventuelt helseforetak avhengig av vedkommende regionale organisering) og en overføring av oppgaver til kommunene. Departementet legger til grunn at disse overføringene vil skje etter reglene om virksomhetsoverdragelse i lov om arbeidsvern og arbeidsmiljø m.v. av 4. februar 1977 nr. 4 (arbeidsmiljøloven). Reglene i lovens kapittel XII A kommer til anvendelse: «ved overføring av virksomhet eller del av virksomhet til en annen innehaver som følge av overdragelse». Spørsmålet om virksomhetsoverdragelse er knyttet til begrepene «virksomhet», «overføring», «identitet» (dvs. at arbeidsoppgavene kan kjennes igjen i den nye virksomheten) og «eierskifte». Utgangspunktet er at de ansatte har rett til å følge med sine arbeidsoppgaver.

6.2 Arbeidsrettslige forhold

6.2.1 Overføring av oppgaver til foretakene

Alle ansatte som har sitt arbeidsforhold knyttet til oppgaver som helt eller vesentlig overføres til foretakene, vil i samsvar med reglene om virksomhetsoverdragelse bli tilbudt videreføring av ansettelsesforholdet i regionale helseforetak/helseforetak. Foretakene blir arbeidsgiver for de ansatte som overføres. Dette vil gjelde alle ansatte ved kjørekontorene og transportkonsulentene og dette utgjør anslagsvis 80 – 90 årsverk. En overgang til foretak vil i seg selv ikke gi grunnlag for endring av arbeidsavtalene. Foretakene vil imidlertid (som også nåværende eier ville kunne gjøre) måtte vurdere organiseringen av og strukturen på tjenestetilbudet både ved overgangen og i fremtiden, noe som igjen kan påvirke den enkeltes arbeidssituasjon og bemanningsbehovet. I slike tilfeller vil foretakene kunne bidra til å finne gode løsninger for den enkelte ansatte.

Personalet som overføres til foretakene, vil få sitt arbeidsforhold regulert av arbeidsmiljøloven, og i foretakene gjelder lov om arbeidstvist av 5. mai 1927 nr. 7 (arbeidstvistloven) fullt ut. Opphør av rettigheter etter lov om statens tjenestemenn m.m. av 4. mars 1983 nr. 3 (tjenestemannsloven) innebærer for de ansatte bl.a. at fortrinnsrett til annen statsstilling og ventelønn etter tjenestemannsloven § 13 nr. 2 til 6, erstattes av reglene om fortrinnsrett til annen stilling i virksomheten etter arbeidsmiljølovens regler jf. punkt 7.4 vedrørende overgangsbestemmelser.

Ved en slik overføring av statlig virksomhet har det vært praksis for å tilstå opparbeidede rettigheter til fortrinnsrett og ventelønn i en avgrenset periode for de tilsatte som blir overført. Departemen-

tet foreslår i samsvar med denne praksis at disse bestemmelsene blir videreført i en overgangsperiode på tre år fra overdragelsestidspunktet. Disse beholder i en overgangsperiode begrenset til tre år etter overdragelsen de særskilte rettighetene som fortrinnsrett til annen statsstilling og retten til ventelønn ved oppsigelse fra arbeidsgiver. For dette personalet som overføres vil i så fall foretakene bli pålagt å dekke eventuelle ventelønnskostnader gjennom refusjonsplikt.

Arbeidsgivertilknytningen for ansatte som får overføring til foretakene, er for tiden Arbeidsgiverforeningen NAVO.

Arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse regulerer hva som skjer med tariffavtalene ved en virksomhetsoverdragelse. De individuelle rettighetene beholdes inntil avtalene utløper eller avløses av nye avtaler.

6.2.2 Kjøp av tjenesteavtaler mellom foretakene og trygdeetaten

Oppgavene med å forestå saksbehandling og utbetaling overfor brukere og transportører skal fortsatt ivaretas av ansatte ved trygdekontorene ved at det inngås avtaler om kjøp av tjenester mellom foretakene og trygdeetaten (omfatter ca. 200 årsverk). Arbeidsgiveransvaret vil forbli i trygdeetaten, og de ansattes rettsstilling blir uendret ved at bl.a. arbeidsforholdet reguleres av tjenestemannsloven. Ved eventuelle fremtidig opphør av avtaler om tjenestekjøp bærer trygdeetaten ansvaret for de ansatte.

6.2.3 Overføring av oppgaver til kommunene

Ansvaret for organisering og betaling av transport av helsepersonell i kommunesektoren og andre behandlere foreslås overført til kommunene. Etter trygdeetatens beregninger er årsverk knyttet til disse arbeidsoppgavene så ubetydelige at det antas at ingen ansatte i praksis vil følge med arbeidsoppgavene over til kommunene.

6.3 Pensjoner

Pensjonsforhold faller utenfor arbeidsmiljølovens bestemmelser om virksomhetsoverdragelse; jf. arbeidsmiljøloven § 73 B nr. 3.

Innenfor foretakene er det vedtektsfestet at ansatte skal ha sine pensjonsordninger innen det offentlige bruttosystemet.

Foretaksansatte er tilmeldt de tidligere fylkeskommunale/kommunale pensjonskassene. Ansatte innenfor trygdeetaten er tilmeldt Statens Pensjons-

kasse, og Statens Pensjonskasse har i medhold av lov om statens pensjonskasse av 28. juli 1949 nr. 26 (pensjonsloven) § 46 inngått avtaler med de tidligere fylkeskommunale pensjonskassene som har omtrent identiske pensjonsordninger om overføring av rettigheter. Overføringsavtalen innebærer at arbeidstakeren får utbetalt pensjon fra den siste pensjonsleverandøren som om vedkommende hadde vært medlem der hele tiden. Pensjonsleverandørene foretar så et internt oppgjør seg imellom.

Avtalefestet pensjon (AFP) skal avtales av organisasjoner av arbeidsgiver(e) og arbeidstakere. Etersom AFP-ordningen er tariffestet, videreføres betingelsene så lenge nåværende tariffavtaler gjelder. Etter dette tidspunkt blir det opp til partene å regulere dette i ny tariffavtale.

Det er et sentralt prinsipp i det statlige omstillingsarbeidet at endringsprosesser ikke skal føre til at eldre arbeidstakere støtes ut av arbeidslivet. Det legges derfor ikke opp til noen ordninger med førtidspensjon i forbindelse med denne omstillingen.

6.4 Samarbeid og informasjon

Enhver reform er avhengig av at det er tett kontakt med arbeidstakernes organisasjoner selv om arbeidstakerorganisasjonene ikke skal medvirke direkte i forhold til politiske beslutninger. Departementet vil søke kontakt med organisasjonene for å finne frem til samarbeidsordninger som understøtter en god dialog og et godt samarbeid.

Arbeidsmiljøloven § 73E har regler for informasjon og drøftinger ved virksomhetsoverdragelse. Tidligere og ny innehaver plikter så tidlig som mulig å drøfte overføringen med de tillitsvalgte. Statens hovedavtale har likeledes bestemmelser om medbestemmelse i forbindelse med omstillinger. Departementet, trygdeetaten og de regionale helseforetakene må sørge for at det blir gitt en god og løpende informasjon til berørte ansatte.

7 Lovforslag

7.1 Syke transport

7.1.1 Rett til syke transport – pasientrettighetsloven § 2–6

Innledning

Departementet foreslår at hjemlene for dekning av reiseutgifter til undersøkelse og behandling og ledsager flyttes fra folketrygdloven §§ 5–16 til og med 5–18 til pasientrettighetsloven § 2–6 med tilhørende forskrifter. Reglene om dekning av oppholdsutgifter i folketrygdloven § 5–17 videreføres i forskrift gitt med hjemmel i pasientrettighetsloven § 2–6.

Gjeldende rett

Utgifter til syke transport dekkes etter folketrygdloven §§ 5–16, 5–17 og 5–18 med tilhørende forskrifter. Formålet med stønadsordningen er å sikre befolkningen lik adgang til medisinsk behandling uansett bosted.

Folketrygden dekker nødvendige reiseutgifter til godkjent helseinstitusjon, til undersøkelse og behandling hos privatpraktiserende behandlere og behandlere ansatt i kommunehelsetjenesten. Som behandlere regnes lege, psykolog, fysioterapeut, jordmor, tannlege, logoped/audiopedagog og ortoptist. Reiseutgifter til behandlere dekkes i forbindelse med undersøkelse og behandling som omfattes av kapittel 5 i folketrygdloven. Videre dekkes nødvendige reiseutgifter til helsestasjon og familievernkontor.

Ifølge folketrygdloven § 5–16 ytes det stønad til dekning av reiseutgifter til undersøkelse og behandling som dekkes etter folketrygdloven kapittel 5 eller som dekkes av de regionale helseforetakene med hjemmel i lov om spesialisthelsetjeneste. Reiseutgiftene dekkes ved reise til det nærmeste stedet behandlingen kan gis. Som hovedregel regnes behandling som gis innenfor egen helseregion eller ved sykehus med landfunksjon som nærmeste sted. Det er ellers en forutsetning for at pasienten får dekket reiseutgifter til behandling utenfor egen helseregion at vedkommende har benyttet seg av retten til fritt sykehusvalg, eller regionalt helseforetak har inngått avtale med et privat sykehus eller privat spesialist som har kontorsted utenfor helseregionen. Alle regionale helseforetak, med unntak av Helse Nord RHF, har inngått avtale med kommersielle private sykehus, som ikke inngår i det offentlige helsetjenestetilbudet. Pasientene har imidlertid i dag ikke et lovhjemlet krav på å kunne velge et av de private avtalesykehusene. Det er avhengig av at det regionale helseforetaket gir pasienter innenfor egen helseregion et tilbud om at de også kan velge å bli behandlet ved et kommersielt sykehus.

Som hovedregel dekker folketrygden reiseutgifter til avtalespesialister med tilholdssted innen egen helseregion. Det kan ikke gjøres unntak fra vilkåret om nærmeste sted dersom det finnes en avtalespesialist i helseregionen innenfor fagområdet. Dette gjelder selv om vedkommende ikke har det behandlingstilbudet pasienten ønsker, og en spesialist med kontor i en annen helseregion gir denne behandlingsformen. Hvis pasienten likevel velger å reise dit, vil pasienten få dekket reiseutgiftene til nærmeste spesialist og må dekke differansen selv.

Folketrygden dekker ikke reiseutgifter til privatpraktiserende spesialist eller private sykehus

som ikke har avtale med det regionale helseforetaket.

I utgangspunktet dekkes reiseutgifter med billigste rutegående transportmiddel til nærmeste sted der nødvendig undersøkelse eller behandling kan foretas. Hvis pasienten på grunn av sin helsetilstand må bruke dyrere transport, for eksempel dro-sje, dekkes de nødvendige utgifter som dette medfører. Kost og overnatting dekkes etter fastsatte satser. Reiseutgifter dekkes også når pasienten gjør bruk av retten til fritt sykehusvalg.

Pasienten må betale en egenandel for hver reise. I 2003 er egenandelen 95 kroner per enkeltreise (190 kroner tur/retur). I noen tilfeller betales ikke egenandel ved reise, eksempelvis er barn under 7 år fritatt for å betale egenandel. Ved bruk av retten til fritt sykehusvalg må alle betale en høyere egenandel for reiseutgiftene (220 kroner hver vei).

Fra 1. januar 2002 ble det i folketrygdloven § 22–19 innført en minstegrense for utbetaling av stønad fra trygden. Hvis stønaden utgjør mindre enn 50 kroner, skal den ikke utbetales. Det er anledning til å samle opp småbeløp innenfor en 6-månedersperiode og få disse utbetalt når beløpene til sammen utgjør minst 50 kroner. Folketrygden gir heller ikke renter ved refusjon av utgifter jf. folketrygdloven § 22–17.

Reise- og oppholdsgodtgjørelse til nødvendig ledsager gis som hovedregel etter de samme regler og satser som gjelder for pasienten. Er det av medisinske grunner påkrevd med kvalifisert ledsager, for eksempel lege eller sykepleier, kan transport-, kost- og overnattingsgodtgjørelse gis etter særskilt regulativ (statens reiseregulativ). Til nødvendig ledsager gis også godtgjørelse i form av erstatning for tapt arbeidsinntekt. Maksimalsatsen for arbeidsgodtgjørelse er fastsatt i forskrift, men hvis det er nødvendig med kvalifisert ledsager, gis arbeidsgodtgjørelse etter særskilt regulativ. Ledsager er alltid fritatt for å betale egenandel for reiseutgifter.

Departementets vurdering og forslag

For å sikre at pasientenes rettigheter videreføres, overføres hjemmelen for dekning av nødvendige reiseutgifter til undersøkelse eller behandling til pasientrettighetsloven § 2–6 med tilhørende forskrifter. Departementet legger til grunn at dette er en teknisk overføring og at dagens tolkning og retningslinjer for folketrygdloven §§ 5–16 til og med 5–18 for dekning av reiseutgifter, stønad til ledsager og oppholdsutgifter videreføres. Folketrygdloven §§ 5–16 til og med 5–18 oppheves.

Det er også en forutsetning for overføring av finansieringsansvaret at pasienten ikke skal få utvi-

det sine rettigheter. Det foreslås derfor en forskriftshjemmel der departementet kan gi regler om utbetaling av refusjon for reiseutgifter m.m, slik at bl.a reglene i folketrygdloven §§ 22–17 og 22–19 kan videreføres. I tillegg foreslår departementet at prinsippet fra folketrygdloven § 5–1 tredje ledd om at retten til dekning av reiseutgifter faller bort i den utstrekning utgiftene dekkes etter annen lovgivning, videreføres i pasientrettighetsloven. Etter folketrygdloven § 5–23 har for eksempel en utskreven menig eller korporal som kan få helsetjenester i forsvaret, ikke rett til dekning av reiseutgifter fra trygden.

Det vises til lovforslaget.

Ikrafttredelse

Endringene i folketrygdloven og pasientrettighetsloven foreslås å tre i kraft 1. januar 2004.

7.1.2 «Sørge for ansvaret» – spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a

Innledning

Departementet foreslår i spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a å pålegge de regionale helseforetakene sørge for ansvaret for transport til undersøkelse og behandling både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Gjeldende rett

Ifølge folketrygdloven § 5–16 skal folketrygden dekke medlemmets reiseutgifter til undersøkelse eller behandling.

Departementets vurdering og forslag

Spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a regulerer de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for at befolkningen tilbys spesialisthelsetjenester, herunder sykehus tjenester, medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap og medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste.

Departementet foreslår at de regionale helseforetakene pålegges i spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a nummer 5 å sørge for at befolkningen i helseregionen får transport til undersøkelse eller behandling i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. «Sørge for ansvaret» innebærer at de regionale helseforetakene får et ansvar for å oppfylle de rettsforpliktelser som er hjemlet i pasientrettighetsloven. De regionale helseforetakene

Om lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (Finansieringsansvar for syke transport og reiseutgifter for helsepersonell)

skal sørge for et system som tilrettelegger for at pasienten kan få oppfylt sin rett til transport når vilkårene er oppfylt. De regionale helseforetakene kan ikke organisere seg bort fra sitt ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen får transport til undersøkelse eller behandling.

Det vises til lovforslaget.

Ikrafttredelse

Endringen i spesialisthelsetjenesteloven foreslås å tre i kraft 1. januar 2004.

7.1.3 Utgiftsdekning – spesialisthelsetjenesteloven § 5–2

Innledning

Departementet foreslår at de regionale helseforetakene i spesialisthelsetjenesteloven § 5–2 første ledd pålegges å dekke reiseutgifter til undersøkelse eller behandling.

Gjeldende rett

Med hjemmel i folketrygdloven § 5–16 skal folketrygden dekke medlemmets reiseutgifter til nødvendig undersøkelse eller behandling.

Departementets vurdering og forslag

Spesialisthelsetjenesteloven § 5–2 regulerer de regionale helseforetakenes ansvar for å dekke behandlings- og forpleiningsutgifter til pasienter i bostedsregionen. Hvilken helseregion som er pasientens bostedsregion, følger av spesialisthelsetjenesteloven § 5–1. Det følger av bestemmelsen i andre punktum at i de tilfellene det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion har benyttet seg av private tjenesteytere i Norge eller utlandet jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a tredje ledd, vil det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion også være ansvarlig for utgiftene. Etter tredje punktum skal også andre utgifter til gjennomføring av psykisk helsevern dekkes av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion.

For å sikre pasientens rett til å få dekket sine reiseutgifter, foreslår departementet at de regionale helseforetakene i spesialisthelsetjenesteloven § 5–2 pålegges å dekke pasientens reiseutgifter til undersøkelse eller behandling.

Det vises til lovforslaget.

Ikrafttredelse

Endringen i spesialisthelsetjenesteloven foreslås å tre i kraft 1. januar 2004.

7.1.4 Pasienters egenbetaling – spesialisthelsetjenesteloven § 5–5

Innledning

Departementet foreslår at departementet gis hjemmel til å fastsette størrelsen på pasientens egenandel ved reise til undersøkelse eller behandling i spesialisthelsetjenesteloven § 5–5 nummer 4.

Gjeldende rett

Størrelsen på pasientens egenandel ved reise til undersøkelse og behandling vedtas av Stortinget i forbindelse med den årlige behandlingen av Statsbudsjettet. I 2003 er egenandelen 95 kroner per enkeltreise (190 kroner tur/retur). I noen tilfeller betales ikke egenandel ved reise, eksempelvis er barn under 7 år fritatt for å betale egenandel. Ved bruk av retten til fritt sykehusvalg må alle betale en høyere egenandel for reiseutgiftene. Egenandelen er 220 kroner hver vei (440 kroner tur/retur).

Departementets vurdering og forslag

Med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 5–5 kan departementet fastsette pasientens betaling for poliklinisk behandling ved institusjon, hos legespesialist og spesialist i klinisk psykologi, herunder fritak for betaling ved forsinket behandling/undersøkelse eller kontroll m.v.

For å oppnå lik egenbetaling i alle helseregioner, foreslår departementet at departementet gis hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 5–5 nummer 4 til å fastsette størrelsen på egenbetalingen ved reise til undersøkelse eller behandling, herunder fritak for betaling til enkelte pasientgrupper.

Det vises til lovforslaget.

Ikrafttredelse

Endringen i spesialisthelsetjenesteloven foreslås å tre i kraft 1. januar 2004.

7.1.5 Utgiftstak for egenandeler – folketrygdloven § 5–3

Departementet foreslår at det presiseres i folketrygdloven § 5–3 at egenandel for reiseutgifter fortsatt skal inngå i egenandelstak 1. Ifølge folketrygdloven § 5–3 fastsetter Stortinget et egenandelstak 1, som er det høyeste samlede beløp et medlem skal betale i godkjente egenandeler i løpet av et kalenderår. Når utgiftstaket er nådd, fritas pasienten for å betale egenandel resten av kalenderåret og får utstedt et frikort på trygdekontoret. I 2003 er utgiftstaket

Om lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (Finansieringsansvar for syke transport og reiseutgifter for helsepersonell)

1350 kroner. Egenandeler ved reise for pasienter som benytter retten til fritt sykehusvalg i pasientrettighetsloven § 2–4, omfattes ikke av egenandelstak 1.

Det vises til lovforslaget.

Endringen i folketrygdloven § 5–3 foreslås å tre i kraft 1. januar 2004.

7.2 Transport av helsepersonell

7.2.1 Sørge for ansvaret – spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a

Innledning

Departementet foreslår å pålegge de regionale helseforetakene sørge for ansvaret for transport av behandlingspersonell i spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a.

Gjeldende rett

Ifølge folketrygdloven § 5–19 skal folketrygden dekke reiseutgifter for behandlingspersonell dersom medlemmet ikke kan møte fram på behandlingsstedet på grunn av sin helsetilstand.

Departementets vurdering og forslag

Spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a regulerer de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for at befolkningen tilbys spesialisthelsetjenester, herunder sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap og medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste.

Departementet foreslår at de regionale helseforetakene pålegges i spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a nummer 6 å sørge for at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten kan reise til pasienten. De regionale helseforetakene skal tilrettelegge for at helsepersonell kan reise hjem til pasienten, når pasientens helsetilstand er til hinder for at pasienten kan møte opp på behandlingsstedet. Etter departementets vurdering er det ikke nødvendig å lovregulere utgiftsansvaret i spesialisthelsetjenesteloven siden ansvaret kun gjelder eget helsepersonell.

Det vises til lovforslaget.

Ikrafttredelse

Endringen i spesialisthelsetjenesteloven foreslås å tre i kraft 1. januar 2004.

7.2.2 «Sørge for ansvaret» – kommunehelsetjenesteloven § 1–3

Innledning

Departementet foreslår å pålegge kommunen sørge for ansvaret for transport av behandlingspersonell i kommunehelsetjenesteloven § 1–3 andre ledd nummer 8.

Gjeldende rett

Ifølge folketrygdloven § 5–19 skal folketrygden dekke reiseutgifter for behandlingspersonell dersom medlemmet ikke kan møte fram på behandlingsstedet på grunn av sin helsetilstand.

Departementets vurdering og forslag

Kommunehelsetjenesteloven § 1–3 angir i første ledd de helsetjenesteoppgavene kommunene har ansvaret for. I andre ledd fremgår de tjenestene kommunen skal organisere for å løse disse oppgavene.

Departementet foreslår at kommunene i kommunehelsetjenesteloven § 1–3 andre ledd nummer 8 pålegges å sørge for at helsepersonell ansatt i kommunehelsetjenesten og annet helsepersonell kan reise til pasienten. Kommunene skal tilrettelegge for at helsepersonell kan reise til pasienten, når pasienten ikke kan møte fram på behandlingsstedet på grunn av sin helsetilstand. Dette gjelder også for øvrig helsepersonell som gir behandling med hjemmel i folketrygdloven kapittel 5 (annet helsepersonell) jf. punkt 7.2.3.

Det vises til lovforslaget.

Ikrafttredelse

Endringen i spesialisthelsetjenesteloven foreslås å tre i kraft 1. januar 2004.

7.2.3 Utgiftsdekning – kommunehelsetjenesteloven § 5–1

Innledning

Departementet foreslår at kommunene i kommunehelsetjenesteloven § 5–1 tredje ledd pålegges å dekke reiseutgifter til transport av helsepersonell.

Gjeldende rett

I følge folketrygdloven § 5–19 dekker folketrygden utgiftene til transport og opphold for helsepersonell som reiser hjem til pasienten for å foreta undersøkelse eller behandling. Det er et vilkår at pasienten

på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte fram på behandlingsstedet. Formålet med bestemmelsen er å sikre at pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte fram hos lege, fysioterapeut eller lignende, får et behandlingstilbud.

Trygden dekker også nødvendige reiseutgifter for allmennlegers reise til og fra utekontor i distriktene når tjenesten er organisert av kommunen.

Det er som hovedregel bare godkjent helsepersonell som har rett til dekning av reiseutgifter fra trygden. Turnuskandidater anses som godkjent helsepersonell. I tillegg dekker trygden reiseutgifter til fullt utdannet omsorgsarbeidere med fagbrev som er ansatt i hjemmesykepleien.

Bestemmelsen omfatter følgende grupper helsepersonell:

- privatpraktiserende behandlere og annet helsepersonell som har rett til godtgjørelse etter folketrygdloven kapittel 5 (allmennpraktiserende leger, legespesialister, fysioterapeuter, psykologer (spesialister i klinisk psykologi), logopeder, jordmødre, kiropraktorer og tannleger)
- tilsvarende behandlere ansatt i kommunenes helsetjeneste
- leger som deltar i kommunale legevaktordninger
- leger som reiser til faste behandlingssteder i distriktene (utekontor)
- helsepersonell ansatt i hjemmesykepleien
- helsepersonell knyttet til helsestasjon
- helsepersonell ansatt ved familievernkontor

Som hovedregel dekkes skyssgodtgjørelse etter billigste reisemåte, og trygdens dekning er som regel begrenset til taksten for bruk av egen bil i Regulativ for reiser innenlands for statens regning. Har den som foretar undersøkelse eller behandling på grunn av særlige forhold hatt større nødvendige skyssutgifter, dekkes utgiftene etter regning. Dette vil normalt gjelde drosje eller legeskyssbåt.

Departementets vurdering og forslag

Kommunehelsetjenesteloven § 5–1 fastslår at kommunen skal dekke utgifter til den helsetjenesten de har ansvaret for.

Under avsnittet gjeldende rett er det anført hvilke grupper av helsepersonell som får dekket transportutgifter etter folketrygdloven § 5–19. En vesentlig del av dette helsepersonellet er ansatt i kommunen eller er knyttet til kommunehelsetjenesten. Dette gjelder allmennleger, fysioterapeuter, helsepersonell ansatt i hjemmesykepleien og ved helsestasjon.

I en del tilfeller har kommunen organisert helsetjenesten slik at helsepersonellet kan tilhøre en annen organisatorisk enhet i kommunens helsetjeneste enn hjemmesykepleien. I slike tilfeller har praksis vært at folketrygden likevel har dekket helsepersonellens reiseutgifter, dersom pasienten har vært opptatt i hjemmesykepleien. Dette har for eksempel ført til at psykiatriske sykepleiere som ikke er ansatt i hjemmesykepleien, ikke får dekket reiseutgifter ved hjemmebesøk hos pasienter som ikke er opptatt i hjemmesykepleien. Departementet legger til grunn at det skal være opp til kommunene selv å velge hvordan de vil organisere de helsetjenestene de har ansvaret for. Departementet har derfor valgt å erstatte de spesifikke vilkårene i folketrygdloven § 5–19 «ansatt i hjemmesykepleie» og «knyttet til en helsestasjon» med et generelt vilkår i kommunehelsetjenesteloven § 5–1 «helsepersonell ansatt i kommunehelsetjenesten».

Departementet foreslår at kommunene får ansvaret for transport av alt helsepersonell som er knyttet til kommunehelsetjenesten.

Folketrygden dekker også reiseutgifter for annet helsepersonell som foretar undersøkelse og behandling knyttet til helsetjeneste som verken de regionale helseforetakene eller kommunen har ansvaret for. Det gjelder blant annet logopeder, audiopedagoger, kiropraktorer, ortoptister og private tannleger og personell knyttet til familievernkontor. I praksis er det relativt sjelden at disse grupper foretar reiser ut til pasientene for å foreta behandling.

Departementet legger til grunn at det ikke er ønskelig at folketrygden fortsatt skal dekke utgifter til transport av annet helsepersonell som ikke er ansatt i kommune- eller spesialisthelsetjenesten. Det vil skape en fragmentert ordning.

Departementet foreslår derfor at kommunene også pålegges ansvaret for transportutgifter for annet helsepersonell enn de som er ansatt i kommunehelsetjenesten eller som har avtale med kommunen om å yte helsehjelp. Begrunnelsen for dette er at kommunen har ansvar for å sørge for et helhetlig tjenestetilbud til befolkningen i kommunen.

Som hovedregel skal skyssgodtgjørelse dekkes etter billigste reisemåte og begrenset til taksten for bruk av egen bil i Regulativ for reiser innenlands for statens regning. Har den som foretar undersøkelse eller behandling på grunn av særlige forhold hatt større nødvendige skyssutgifter, dekkes utgiftene etter regning. Dette vil normalt gjelde drosje eller legeskyssbåt.

Folketrygdloven § 5–19 oppheves.

Det vises til lovforslaget.

Ikrafttredelse

Endringen i folketrygdloven og kommunehelsetjenesteloven foreslås å tre i kraft 1. januar 2004.

7.3 Stønad til helsetjenester i utlandet – folketrygdloven § 5–24

Departementet foreslår at det presiseres i folketrygdloven § 5–24 at folketrygden skal dekke reiseutgifter og utgifter til reise for helsepersonell når medlemmet har behov for helsetjenester under opphold i utlandet. Ifølge folketrygdloven § 5–24 ytes det stønad til nødvendige utgifter til helsetjenester til et medlem som oppholder seg i utlandet etter bestemmelsene i folketrygdloven kapittel 5.

I forbindelse med overføringen av ansvaret for dekning av reiseutgifter til undersøkelse eller behandling og transport av helsepersonell oppheves folketrygdloven §§ 5–16 til og med 5–19. Dette medfører at retten til å få dekket disse utgiftene bortfaller. For å videreføre disse rettighetene er det derfor nødvendig med en presisering i folketrygdloven § 5–24.

Det vises til lovforslaget.

Endringene i folketrygdloven foreslås å tre i kraft 1. januar 2004.

7.4 Overgangsbestemmelser

Departementet foreslår at bestemmelsene om rett til ventelønn og fortrinnsrett til annen statsstilling for de tidligere statsansatte tjenestemenn som nå overføres fra trygdeetaten til foretak, blir videreført i en overgangsperiode på tre år fra overdragelsestidspunktet.

De særskilte rettighetene om ventelønn og fortrinnsrett beholdes dersom de blir sagt opp på grunn av forhold som nevnt i tjenestemannsloven § 13 nr. 1. De nærmere vilkårene for ventelønn og vilkår for bortfall av ventelønn er fastsatt i forskrift til lov om statens tjenestemenn m.m. av 11. september 1983. Disse reglene vil også gjelde for ventelønn etter forslaget.

Foretakene vil bli pålagt å dekke eventuelle ventelønnskostnader for *dette* personalet gjennom refusjonsplikt.

Det vises til lovforslaget.

8 Økonomiske konsekvenser

Departementet legger til grunn at overføringen av ansvaret i tråd med lovforslaget ikke vil medføre økonomiske konsekvenser for staten samlet sett på kort sikt. På lengre sikt er det derimot muligheter for at overføringen av ansvar kan bidra til en lavere vekst i offentlige utgifter enn det en ellers kunne

forventet. En utvikling mot et større desentralisert tilbud kan kanskje medvirke til at lavere utgifter enn i dag benyttes til å transportere pasienter og helsepersonell. I hvilken grad en slik utvikling realiseres avhenger imidlertid av framtidig utvikling av struktur, lokalisering og organisering av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Stønad til syke transport og dekning av reiseutgifter for helsepersonell er i dag finansiert over kapittel 2750, syke transport m.v. i folketrygden. For pasienten medfører dette at de har krav på stønad så lenge vilkårene er oppfylt. I forbindelse med overføringen av ansvaret bortfaller retten til trygderefusjon, etter folketrygdens bestemmelser. Denne erstattes fra budsjettåret 2004 med en betalingsplikt for de regionale helseforetakene for 50 prosent av utgiftene, mens de resterende 50 prosent dekkes av staten med en egen bevilgning over statsbudsjettet.

Veksten på syke transportområdet har være relativt høy de siste årene med et gjennomsnitt rundt 10 prosent per år. En slik finansieringsordning der utgiftene deles mellom de regionale helseforetakene og staten, fører til at foretakene i mindre grad blir utsatt for uforutsette økte utgifter. Risikoen for en eventuell utgiftsvekst blir fordelt mellom de regionale helseforetakene og staten.

Det vil i budsjettforslaget for 2004 bli foreslått å overføre budsjettmidler fra folketrygden til kommunene og til de regionale helseforetakene i tråd med endrede ansvarsforhold.

9 Merknader til de enkelte paragrafene i lovforslaget

9.1 Endringer i pasientrettighetsloven

Til § 2–6

Det gis en ny bestemmelse i pasientrettighetsloven § 2–6 som regulerer retten til dekning av reise til undersøkelse og behandling, herunder retten til å ta med ledsager. Reiseutgifter dekkes til det nærmeste stedet behandlingen kan gis. Som hovedregel er dette helsetjenester som ytes innen egen helseregion. Ved beregning av stønaden skal taksten for billigste reisemåte legges til grunn, med mindre pasientens helsetilstand gjør det nødvendig å nytte dyrere transportmiddel. Bestemmelsen gir også departementet hjemmel til å gi forskrifter om dekning av reise og oppholdsutgifter, utgifter til nødvendig ledsager, herunder dekning av utgifter ved fritt sykehusvalg og regler om utbetaling av refusjon. Lovendringen innebærer ingen endringer i gjeldende rett. Det vises til punkt 7.1.1.

9.2 Endringer i spesialisthelsetjenesteloven

Til § 2–1a

Bestemmelsen tilføyes et nytt punkt 5 og 6 der de regionale helseforetakene pålegges å sørge for reise til undersøkelse eller behandling for pasienter i bostedsregionen til kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og reise for behandlingspersonell i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene skal sørge for et system som tilrettelegger for at pasienten kan få oppfylt sin rett til transport eller hjemmebehandling når lovens vilkår er til stede. Lovendringen innebærer ingen endringer i gjeldende rett. Det vises til punkt 7.1.2 og 7.2.1.

Til § 5–2

De regionale helseforetakene pålegges å dekke reiseutgifter til undersøkelse og behandling i egen helseregion og til private tjenesteytere i Norge eller utlandet dersom bostedsregionen kjøper helsetjenester utenfor egen helseregion. Lovendringen innebærer ingen endringer i gjeldende rett. Det vises til punkt 7.1.3.

Til § 5–5

Departementet gis hjemmel til å fastsette egenandel for pasienter ved reise til undersøkelse eller behandling. Lovendringen innebærer ingen endringer i gjeldende rett. Det vises til punkt 7.1.4.

9.3 Endringer i kommunehelsetjenesteloven

Til § 1–3

Bestemmelsen tilføyes et nytt punkt 8, der kommunene pålegges å sørge for transport av behandlingspersonell. Sørge for ansvaret innebærer at kommunene skal tilrettelegge for at helsepersonell kan reise til pasienten, når pasienten ikke kan møte fram på behandlingsstedet på grunn av sine helsetilstand. Lovendringen innebærer ingen endringer i gjeldende rett. Det vises til punkt 7.2.2.

Til § 5–1

Kommune pålegges å dekke reiseutgifter til behandlingspersonell i kommunehelsetjenesten og for annet helsepersonell utenfor kommunehelsetjenesten i den grad behandlingsutgiftene dekkes etter folketrygdloven kapittel 5. Kommunens ansvar for å dekke utgifter til transport av helsepersonell omfatter ikke helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Det er et vilkår at pasienten på grunn av sin

helsetilstand ikke kan møte fram på behandlingsstedet. Lovendringen innebærer ingen endringer i gjeldende rett. Det vises til punkt 7.2.3.

9.4 Endringer i folketrygdloven

Til § 5–3

Det presiseres i bestemmelsen at egenandel ved reise til undersøkelse eller behandling inngår i egenandelstak 1. Lovendringen innebærer ingen endringer i gjeldende rett. Det vises til punkt 7.1.5.

Til § 5–16

Bestemmelsen oppheves. Reglene videreføres i pasientrettighetsloven § 2–6 og spesialisthelsetjenesteloven §§ 2–1a, 5–2 og 5–5. Det vises til punkt 7.1.1 til 7.1.4.

Til § 5–17

Bestemmelsen oppheves. Reglene videreføres i pasientrettighetsloven § 2–6 og spesialisthelsetjenesteloven §§ 2–1a, 5–2 og 5–5. Det vises til punkt 6.1.1 til 6.1.4.

Til § 5–18

Bestemmelsen oppheves. Reglene videreføres i pasientrettighetsloven § 2–6 og spesialisthelsetjenesteloven §§ 2–1a, 5–2 og 5–5. Det vises til punkt 7.1.1 til 7.1.4.

Til § 5–19

Bestemmelsen oppheves. Reglene videreføres i spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a og kommunehelsetjenesteloven §§ 1–3 og 5–1. Det vises til punkt 7.2.1 til 7.2.3.

Til § 5–24

Det presiseres i bestemmelsen at folketrygden fortsatt skal dekke reiseutgifter til undersøkelse eller behandling og reiseutgifter for helsepersonell til medlem som har behov for helsetjenester under opphold i utlandet. Lovendringen innebærer ingen endringer i gjeldende rett. Det vises til punkt 7.3.

Til overgangsbestemmelser

Det presiseres at bestemmelsene om fortrinnsrett og ventelønn videreføres for det personale som overføres til foretak i en periode av inntil tre år. Det vises til punkt 7.4.

Om lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (Finansieringsansvar for syketransport og reiseutgifter for helsepersonell)

Helsedepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (Finansieringsansvar for syketransport og reiseutgifter for helsepersonell).

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (Finansieringsansvar for syketransport og reiseutgifter for helsepersonell) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (Finansieringsansvar for syketransport og reiseutgifter for helsepersonell)

I

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter gjøres følgende endringer:

Overskrift til kapittel 2 skal lyde:

Kapittel 2. Rett til helsehjelp og transport

Ny § 2–6 skal lyde:

§ 2–6 Rett til syketransport

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, herunder reise til familievernkontor og helsestasjon.

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

Ved beregning av stønaden skal taksten for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel legges til grunn, med mindre pasientenes helsetilstand gjør det nødvendig å nytte et dyrere transportmiddel, eller det ikke går rutegående transport.

Retten til dekning av nødvendige utgifter etter denne paragrafen faller bort i den utstrekning utgiftene dekkes etter annen lovgivning.

Departementet kan gi forskrifter om dekning av reise- og oppholdsutgifter for pasienter og utgifter til nødvendig ledsager, herunder dekning av utgifter ved fritt sykehusvalg og regler om utbetaling av refusjon.

II

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

§ 2–1a første ledd nummer 3 til 6 skal lyde:

- 3 akuttmedisinsk beredskap,
- 4 medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt båt,
- 5 transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten og
- 6 transport av behandlingspersonell

§ 5–2 første ledd skal lyde:

Det regionale helseforetakets behandlings- og forpleiningsutgifter og reiseutgifter til behandling skal dekkes av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, jf. § 5–1. Det samme gjelder utgifter til behandling, forpleining og reise som ytes av andre tjenesteytere etter avtale med det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, jf. § 2–1a. Til gjennomføring av psykisk helsevern dekkes også andre utgifter av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion.

§ 5–5 nr. 3 og 4 skal lyde:

3. adgang til å bestemme at pasienter som oppholder seg i langtidsinstitusjoner helt eller delvis skal dekke 25 prosent av forpleiningsutgiftene når dette finnes rimelig etter pasientens økonomiske kår. Det kan ikke tas refusjon i kontantytelser som pasienten oppbærer etter folketrygdloven og heller ikke i midler som skriver seg fra slike ytelser,
4. pasientens betaling for reise til undersøkelse og behandling, herunder fritak for betaling for enkelte pasientgrupper.

III

I lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene gjøres følgende endringer:

§ 1–3 andre ledd nummer 7 og 8 skal lyde:

7. medisinsk nødmeldetjeneste
8. transport av behandlingspersonell.

§ 5–1 tredje ledd skal lyde:

Kommunen dekker reiseutgifter for behandlingspersonell som gir helsetjenester etter lov om folketrygd av 28. februar 1997 nr. 19 kapittel 5. Det samme gjelder for kommunalt ansatt helsepersonell eller helsepersonell som har avtale med kommunen for å yte helsehjelp, herunder helsepersonell ansatt ved familievernkontor. Det er et vilkår at pasienten på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte fram på behandlingsstedet.

§ 5–1 nåværende tredje ledd blir nytt fjerde ledd.

IV

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd gjøres følgende endringer:

I innholdsfortegnelsen i kapittel 5 oppheves åttende strekpunkt. Nåværende niende til femtende strekpunkt blir ny åttende til fjortende strekpunkt.

§ 5–3 første ledd bokstav d skal lyde:

d) reiseutgifter, *jf. lov om spesialisthelsetjenesten m.m av 2. juli 1999 nr. 61 § 5–5 nr. 4*

§§ 5–16 til 5–19 oppheves

§ 5–24 første ledd skal lyde:

Et medlem gis stønad til nødvendige utgifter til helsetjenester i utlandet etter reglene i denne paragrafen. Utgiftene dekkes etter bestemmelsene i dette kapitlet, *likevel slik at trygden også dekker reise- og oppholdsutgifter ved undersøkelse og behandling samt tilsvarende utgifter for behandlingspersonell som på grunn av pasientens helsetilstand må reise til medlemmet. For øvrig gjelder følgende særregler:*

- e) Utgiftene dekkes etter særskilte satser.
- f) Utgiftene til ambulansetransport dekkes fullt ut.
- g) Utgiftene til sykehusopphold dekkes med opptil et beløp som fastsettes av Stortinget.

V

Ikrafttredelse og overgangsbestemmelser

1. Loven trer i kraft 1. januar 2004.
2. Tjenestemannsloven § 13 nr. 2 til 6 om fortrinnsrett til annen statsstilling og ventelønn skal ved overføringen av tjenestemenn fra trykdeetaten til den statlige spesialisthelsetjenesten fortsatt gjelde for disse arbeidstakere som blir sagt opp på grunn av forhold som nevnt i tjenestemannsloven § 13 nr. 1 bokstavene a, b og c. Fortrinnsrett til annen statsstilling og ventelønn etter første punktum opphører tre år etter overføring til foretak. Første og annet punktum gjør ingen innskrenkninger i rettighetene arbeidstakeren har etter arbeidsmiljøloven §§ 60 nr. 2 og 67.