



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 77 L

(2014–2015)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i pasient-
og brukerrettighetsloven
(dekning av utgifter til pasientreiser)

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold	5	6	Ikrafttredelse	16	
2	Høringen	6	7	Økonomiske og administrative konsekvenser	16	
3	Oversikt over gjeldende rett og praksis	7	7.1	Oversikt	16	
3.1	Rett til refusjon ved pasientreiser	7	7.2	Standardsats og administrative besparelser	16	
3.2	Fremming av krav og saksbehandling	8	7.3	Utvikling og tilpasning av IKT-systemer	17	
4	Hovedtrekkene i den nye ordningen	8	7.4	Egenandeler	17	
4.1	Standardsats som hovedregel	8	7.5	Dekning til kommunal øyeblikkelig hjelp og dialyse	17	
4.2	Fremming av krav og saksbehandling – elektronisk løsning	9	8	Merknader til de enkelte bestemmelsene	17	
4.3	Reiser til tilbud i kommunal regi ..	10	Forslag til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (dekning av utgifter til pasientreiser)			19
4.4	Tilbakekreving av feilutbetalt refusjon	10				
5	Nærmere om de enkelte lovforslagene	11				
5.1	Standardsats	11				
5.2	Tilbakekreving av feilutbetalt refusjon	13				
5.3	Forskriftshjemmel for kommunale helsetjenester	15				



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 77 L

(2014–2015)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (dekning av utgifter til pasientreiser)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 27. mars 2015,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Helse- og omsorgsdepartementet vil endre dagens ordning for dekning av utgifter til pasientreiser. Ordningen skal bli enklere med standardsats, færre dokumentasjonskrav og elektronisk innsending av refusjonskrav. Arbeidet følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*.

Departementet foreslår i denne proposisjonen lovendringer som er nødvendige for å gjennomføre forenklingsarbeidet. Forslagene omfatter standardsats pr. kilometer, hjemmel til å utvide retten til reisedekning ved bruk av kommunale helsetjenester og hjemmel for tilbakekreving av for mye utbetalt reisetilskudd.

Lovendringene må sees i sammenheng med forslag til ny pasientreiseforskrift som skal erstatte dagens syketransportforskrift. Utkast til ny forskrift ble sendt på høring sammen med forslaget til lovendringer.

Siktemålet er å forenkle ordningen for brukerne, tilpasse regelverket til elektroniske prosesser og legge til rette for enklere og mer effektiv saksgang.

Det er det offentliges ansvar å gi hele befolkningen likeverdig tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester. De regionale helseforetakene skal sørge for transport til både spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste

finansiert etter folketrygdloven kapittel 5. Pasientenes rett til dekning av reisekostnadene følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6.

De regionale helseforetakene kan gi tilbud om transport (pasientreiser med rekvisisjon), for eksempel når pasienten har behov for tilrettelagt transport av medisinske årsaker. Oppgjør foretas mellom transportør og helseforetak. Pasienten betaler som hovedregel en egenandel.

Pasienten kan også legge ut for reisen. I slike tilfeller skal de regionale helseforetakene sørge for at pasientens utgifter blir refundert (pasientreiser uten rekvisisjon). Retten til slike reisetilskudd er nærmere regulert i syketransportforskriften. I dag må krav om refusjon av reiseutgifter sendes per post. Det er ikke mulig å sende elektroniske krav. Pasienten må vedlegge skjema med detaljert informasjon om reisen og dokumentasjon i form av kvitteringer og bekreftelse på oppmøte hos behandler.

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

Dagens pasientreiseordning krever at pasientene tar vare på kvitteringer og annen dokumentasjon og sender den inn manuelt. Saksbehandlingen hos pasientreisekontorene er tidkrevende. Modernisering og forenkling vil komme både pasientene og helseforetakene til gode. Det blir enklere for begge, og administrasjonskostnadene blir lavere.

Departementet viser også til Prop. 56 L (2014–2015) som ble fremmet for Stortinget i januar. I proposisjonen foreslås det rett til fritt behandlingsvalg. I proposisjonen forutsettes det at retten til dekning av reiseutgifter også skal gjelde når pasienten benytter seg av retten til fritt behandlingsvalg.

2 Høringen

Høringsnotat med forslag om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og forslag om ny pasientreiseforskrift ble sendt på offentlig høring 12. september 2014. Fristutløp for merknader var onsdag 26. november 2014. Notatet ble sendt til følgende høringsinstanser:

Arbeids- og sosialdepartementet
Finansdepartementet
Justis- og beredskapsdepartementet
Kommunal- og moderniseringsdepartementet
Samferdselsdepartementet

Arbeids- og velferdsdirektoratet
Helsedirektoratet
Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS
Kommunenes Sentralforbund (KS)
Landets fylkeskommuner
Landets fylkesmenn / Sysselmannen på Svalbard
Landets kommuner
Landets pasient- og brukerombud
Landets regionale helseforetak
Politidirektoratet
Sametinget
Statens helsetilsyn
Stortingets ombudsmann for forvaltningen

Den Norske Jordmorforening
Den norske legeforening
Den norske tannlegeforening
Norsk Fysioterapeutforbund
Norsk Kiropraktikerforening
Norsk Logopedlag (NLL)
Norsk manuellterapeutforening
Norsk ortopedisk forening
Norsk Psykiatrisk Forening
Norsk Psykologforening
Norsk Sykepleierforbund
Privatpraktiserende fysioterapeuters
forbund

Diabetesforbundet
Fagrådet innen Rusfeltet i Norge

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Hørselshemmedes Landsforbund
Kreftforeningen
Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende
Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke
Landsforeningen for Huntingtons sykdom
Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte
Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri
Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer
Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Munn- og halskreftforeningen
Nettverk for private helsevirksomheter

Norges Astma- og Allergiforbund
Norges Blindeforbund
Norges Døveforbund
Norges Fibromyalgi Forbund
Norges Handikapforbund
Norges Parkinsonforbund
Norges Røde Kors
Norsk Cøliakiforening
Norsk Epilepsiforbund
Norsk Forbund for Utviklingshemmede
Norsk Pasientforening
Norsk Psoriasis Forbund
Norsk Revmatikerforbund
Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)
Norske rehabiliteringsinstitusjoner (NRI)
Næringslivets Hovedorganisasjon NHO
Pensjonistforbundet
Personskadeforbundet
PRISY – Privatsykehusenes fellesorganisasjon
Ryggforeningen i Norge
Røntgeninstituttene forening
Rådet for psykisk helse
Senter for sjeldne sykdommer og diagnosegrupper
Statens råd for funksjonshemmede
Statens seniorråd
Virke

Følgende instanser opplyser at de ikke ønsker å avgi høringsuttalelse, eller de uttaler at de ikke har merknader eller innvendinger til høringsforslaget:

Samferdselsdepartementet
LO
Politidirektoratet

Følgende instanser hadde realitetsmerknader:

Helgelandssykehuset HF
Sørlandet sykehus HF
Finnmarkssykehuset HF

Fylkesmannen i Finnmark
Fylkesmannen i Sør-Trøndelag
Fylkesmannen i Aust-Agder

Akershus fylkeskommune
Nordland fylkeskommune
Hedmark fylkeskommune
Finnmark fylkeskommune

Oslo kommune
Lørenskog kommune
Iveland kommune
Tydal kommune
Molde kommune
Drammen kommune
Alta kommune
Eidsvoll kommune

Rådet for funksjonshemmede i Tinn
Pensjonistforbundet
Pasient- og brukerombud i Finnmark
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Kreftforeningen
Norsk fysioterapeutforbund
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
Norsk revmatikerforbund
Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser
Norsk manuellterapeutforening
Landsforeningen for nyrepasienter og transplanterte

Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS
Helsedirektoratet
Arbeids- og velferdsdirektoratet

Finansdepartementet
Justis- og beredskapsdepartementet

I tillegg har departementet mottatt merknader fra to privatpersoner.

3 Oversikt over gjeldende rett og praksis

3.1 Rett til refusjon ved pasientreiser

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

Ordningen omfatter helsetjeneste som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og som dekkes av et foretak etter lov om helseforetak. Dette inkluderer blant annet sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet og behandling hos avtalespesialister. Videre omfattes helsetjenester som dekkes etter folketrygdloven kapittel 5. Dette inkluderer legehjelp, prøver og undersøkelser ved private laboratorier og røntgeninstitutter, tannlegehjelp, tannpleierhjelp, psykologhjelp, fysioterapi, behandling hos kiropraktor, behandling hos ortoptist og jordmorhjelp. Pasientene har også rett til utgiftsdekning ved reise til familievernkontor og helsestasjon, samt reise ved innleggelse og utskrivning av sykehjem.

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

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

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

I lovens § 2-6 tredje ledd og forskriften § 5 er det gjort unntak fra disse reglene dersom det ikke er helsemessig tilrådelig å benytte offentlig transport. Eksempel på dette er om pasient må benytte egen bil eller drosje av helsemessige årsaker. Pasienten får da refundert faktiske utgifter, også for reiser som er under 3 kilometer og innenfor områder med minstetakst. Helsepersonell må dokumentere det helsemessige behovet for annen transport.

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

Loven og forskriftene gir også rett til dekning av nødvendige utgifter til ledsager. Videre er det fastsatt regler om dekning av kost- og overnattingsutgifter, tapt arbeidsinntekt og pårørendes utgifter ved reise.

3.2 Fremming av krav og saksbehandling

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

Følgende dokumentasjon må legges ved krav om refusjon:

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

Krav med dokumentasjon sendes Pasientreiser ANS i Skien som skanner og registrerer krav med vedlegg i saksbehandlingssystemet PRO. Deretter blir kravet elektronisk videreformidlet til helseforetakenes pasientreisekontorer som behandler kravet. Når pasientreisekontoret i helsefore-

taket har behandlet kravet og fattet vedtak, sendes vedtaket elektronisk tilbake til Pasientreiser ANS hvor det foretas utbetaling og utsendelse av vedtaksbrev til pasienten.

Ved innvilgelse av krav om dekning av reiseutgifter, belastes pasienten med en egenandel, med mindre pasienten har frikort eller det foreligger andre fritaksgrunner. Utgifter under 100 kroner utbetales ikke. Dersom det innen 6 måneder oppstår rett til ytterligere dekning, og summen av beløpene utgjør minst 100 kroner, kan det samlede beløpet likevel kreves utbetalt.

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

4 Hovedtrekkene i den nye ordningen

4.1 Standardsats som hovedregel

Departementet foreslo i høringen en ny ordning for refusjon av pasientreiser. Dette innebærer både lovendringer, ny pasientreiseforskrift og at pasientene gis mulighet for å fremme sine krav elektronisk. Til sammen vil dette føre til en markert forenkling av systemet for tilskudd til pasientreiser.

Departementet foreslo å innføre én felles kilometergodtgjørelse til erstatning for dekning av billigste rutegående transport. Reiser over 300 kilometer skal likevel ikke refunderes med standardsats. Departementet foreslo at pasienten for slike reiser fortsatt skal ha rett til dekning av utgifter til billigste rutegående transportmiddel. Forskjellen på reelle kostnader og utbetalt støtte ville bli uforholdsmessig stor hvis standardsats ble lagt til grunn for utbetalingen.

Etter forslaget skal pasienter som av helsemessige årsaker må bruke egen bil få dekket standardsats pluss faktiske utgifter til parkering, bom, ferge mv. Det samme gjelder pasienter som på grunn av kommunikasjonsmessige forhold må bruke annet enn rutegående transport (som regel bil). Hvis pasienten ikke kan eller ønsker å bruke egen bil, dekkes nødvendige utgifter til drosje.

Se høringsinstansenes og departementets vurderinger av forslagene i punkt 5.1.

I tillegg tar departementet sikte på å vedta enkelte unntaksregler i den nye pasientreiseforskriften. Unntaksreglene er i hovedsak begrun-

net med at de skal motvirke urimelige utslag av standardsatsregelen. Noen er nye, mens andre er en videreføring av gjeldende rett. Nedenfor gjennomgår de viktigste forslagene til forskriftsendringer.

4.1.1 Utvidet dekning ved bruk av rutegående båt

Enkelte pasienter har uforholdsmessig store kostnader til rutegående transport med båt eller buss som benytter båt på strekningen. På enkelte strekninger vil båt være billigste rutegående transport, som for eksempel i Nord-Norge og på Vestlandet. I slike tilfeller vil rutegående transport kunne koste vesentlig mer enn det pasienten får i samlet godtgjørelse med standardsats. Departementet tar derfor sikte på å forskriftsfeste 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.

4.1.2 Standardsats ved bruk av egen båt, snøscooter mv.

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

4.1.3 Ikke dekning når lokal minstetakst/enhetstakst kan benyttes

I dag dekkes ikke reiser hvor pasienten kan bruke rutegående transportmiddel til lokal minstetakst eller enhetstakst. Behovet for å bruke pasientreiseordningen i befolkningstette områder er forholdsvis lite, hvor offentlig kommunikasjon er bedre utbygget og det er kort reise til nærmeste behandlingssted. Hvis regelen ble fjernet, ville det gjøre at svært mange nye pasienter kunne bli omfattet av ordningen, for eksempel pasienter som reiser med buss og trikk i store byer. Departementet tar sikte på å videreføre denne ordningen.

4.1.4 Ledsagertillegget fjernes

Departementet tar sikte på å fjerne ledsagertillegget på 0,40 kr/km og dekke transport med bil kun med standardsats, uten tillegg for ledsager.

Departementet viser til at det ikke påløper ekstra kostnader ved å ha med en passasjer. Det samme skal gjelde ved bruk av egen båt, snøscooter eller ATV. Både pasient og ledsager skal likevel ha rett til standardsats dersom det dokumenteres at rutegående transport er benyttet.

4.1.5 Minste reiseavstand

Departementet sendte på høring et forslag om å heve minste reiseavstand fra 3 til 10 kilometer. Personer som av helsemessige grunner må bruke bil eller drosje, skal fortsatt ha rett til refusjon på reiser som er kortere enn 10 kilometer. I høringsrunden er det kommet innspill på at denne grensen er satt for høyt. Departementet har ennå ikke tatt stilling til den nærmere fastsettelsen av minste reiseavstand, men vil komme tilbake til spørsmålet under arbeidet med forskriften.

4.2 Fremming av krav og saksbehandling – elektronisk løsning

Gjeldende regelverk er teknologinøytralt – det er ikke rettslige hinder for at pasientene sender inn krav elektronisk. En slik løsning krever derfor i utgangspunktet ikke endringer i lov eller forskrift. En effektiv ordning med elektronisk behandling forutsetter imidlertid et mer tillitsbasert system med færre dokumentasjonskrav. For å kunne innføre et tillitsbasert system, er det nødvendig med mer effektive hjemler for tilbakekreving av feilutbetalinger, se punkt 4.4. Videre vil en hovedregel om standardsats gjøre den elektroniske løsningen mer effektiv.

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

Det kan legges til rette for at pasientene gis oversikt over relevante behandlingssteder, slik at de slipper å kjenne til korrekt adresse. I tillegg vil det være mulig å gi informasjon til pasienten underveis i utfyllingen og regne ut avstander når pasienten registrerer hvor han eller hun reiser fra

og til. Pasienten kan få mulighet til å korrigere automatisk innhentet informasjon og komplettere informasjon som løsningen ikke kan fremskaffe. Når all nødvendig informasjon er fylt ut, kan man i en elektronisk løsning presentere et estimat for hva pasienten kommer til å motta i refusjon.

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

I den nye ordningen legges det opp til at pasientreisekontorene kan innhente informasjon om oppmøte og andre relevante forhold fra allerede eksisterende registre som Norsk pasientregister (NPR) og Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon (KUHR). Dette vil være basert på pasientens samtykke.

Departementet legger til grunn at det er på dette punktet forenklingen vil bli størst. Pasientene trenger ikke lenger å måtte samle på kvitteringer og dokumentasjon, men kan i stedet fremme krav elektronisk og samtykke til at relevant informasjon blir innhentet. Terskelen for å fremme krav blir vesentlig lavere og prosedyren for pasientene blir enkel.

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

4.3 Reiser til tilbud i kommunal regi

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

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

I høringsnotatet foreslo departementet en hjemmel til å gi forskrifter som utvider retten til

dekning av nødvendige utgifter ved reise til helse-tjeneste som omfattes av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. På denne måten kan retten utvides til å gjelde andre tjenester enn dem som omfattes av folketrygdloven kapittel 5.

Det ble ikke foreslått en generell rett til dekning av reise til tilbud som er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. En slik regel ville kreve mye skjønn og åpne for større usikkerhet. Det er behov for klar informasjon til pasientene. De tjenestene som skal omfattes av retten til dekning bør i stedet fremgå uttrykkelig av forskriften. Forskriften kan oppdateres ved behov for å inkludere nye helsetjenester.

Departementet tar sikte på å benytte en eventuell lovhjemmel til å inkludere reise til kommunale tilbud om døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp i den nye pasientreiseforskriften. Det samme gjelder reise til kommunalt tilbud om dialyse.

Se høringsinstansenes og departementets vurdering av forslaget i punkt 5.3.

4.4 Tilbakekreving av feilutbetalt refusjon

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

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

Et mer tillitsbasert system for tilskudd til pasientreiser, med færre dokumentasjonskrav, krever mer effektive hjemler for tilbakekreving av feilutbetalinger. Departementet foreslo derfor i høringsnotatet en ny lovbestemmelse om tilbakekreving og tvangsinn drivelse av feilutbetalinger. Se høringsinstansenes og departementets vurdering av forslaget i punkt 5.2.

5 Nærmere om de enkelte lovforslagene

5.1 Standardsats

5.1.1 Gjeldende rett og forslaget i høringen

I dag beregnes reiserefusjon etter hva som er den billigste rutegående transporten på strekningen som pasienten har reist. Unntak gjelder når pasientens helsetilstand krever et dyrere transportmiddel eller når det ikke går rutegående transport.

Departementet foreslo i høringen å erstatte dette med én standard sats for kilometergodtgjørelse. Det innebærer at strekningens lengde legges til grunn for utbetalingen, uavhengig av om pasienten har reist kollektivt, kjørt egen bil, kjørt sammen med andre pasienter i én bil, tatt drosje eller syklet. Retten skal likevel ikke gjelde når pasienten får tilbud om transport av transportør som har avtale med regionalt helseforetak eller annet tilbud om gratis offentlig transport, samt når utgiftene dekkes etter annen lovgivning.

Høringsforslaget inneholdt flere unntak fra hovedregelen om standardsats. Reiser på over 300 kilometer skal dekkes etter billigste rutegående transportmåte, for å unngå for stort sprik mellom faktisk utgifter og utbetalt refusjon. Personer som av helsemessige årsaker må bruke bil, skal ha rett til dekning av faktiske utgifter til parkering, ferge, bom mv. i tillegg til standardsats per kilometer. Det samme gjelder personer som på grunn av kommunikasjonsmessige forhold må bruke annet enn rutegående transport (som regel bil). Hvis pasienten ikke kan eller ønsker å bruke eget kjøretøy, skal pasienten få dekket nødvendige utgifter til drosje.

5.1.2 Høringsinstansenes syn

Hovedprinsippet om standardsats får tilslutning av flere høringsinstanser. Mange skriver at de støtter ønsket om en enklere ordning. Samtidig er det flere som understreker at pasientene må få dekket sine faktiske utgifter.

Nordland fylkeskommune er enige i hovedprinsippene for den nye ordningen. De savner imidlertid et fokus på at det er ønskelig at pasientreiser i størst mulig grad foretas med offentlig kommunikasjon. Den foreslåtte ordningen kan stimulere til økt bruk av personbil, spesielt på lange reiser under 300 kilometer. En rekke bussruter i Nordland har i dag en relativt stor andel pasientreiser. En vesentlig nedgang i antall pasientreiser kan resultere i at kollektivtilbudet reduseres.

Fylkesmannen i Finnmark ser positivt på ønsket om både forenkling av regelverket og det å gjøre saksbehandlingen elektronisk med mindre innsendt dokumentasjon. Selv om standardsats vil gjøre dette lettere, vil nivået på satsen gjøre at noen kan få mer enn sine faktiske utgifter, andre mindre. Særlig i områder med dårlig utbygd kollektivtilbud (som i store deler av Finnmark), er de bekymret for at standardsatsen vil medføre at pasientene får refundert mindre enn de faktisk bruker.

Pasientreiser ANS og de fire regionale helseforetakene (RHF) har skrevet en felles høringsuttalelse, hvor de konkluderer med at «hovedtrekkene i høringsnotatet støttes.»

Samtidig påpeker *Helse Nord RHF* at det er utfordrende å beregne nøyaktig nivå på standardsatsen. *Helse Midt-Norge RHF* mener innføring av standardsats ikke er en forutsetning for elektronisk løsning. Det anføres at en slik løsning er mulig også med en regel om dekning av billigste rutegående transportmiddel.

Helse Nord RHF har merknad til at reiser over 300 kilometer skal dekkes etter billigste rutegående transportmiddel. De mener grensen bør senkes til 200 kilometer. Det er i intervallet 200 – 300 kilometer at skillet mellom dekning av billigste rutegående og dekning etter standardsats blir størst. 300-kilometersgrensen er satt etter beregninger fra Transportøkonomisk institutt basert på bilbruk og ikke etter reisemønsteret knyttet til pasientreiser.

Pasientombudene og *Kreftforeningen* støtter innføring av standardsats. *Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon* har heller ingen innvendinger mot forslaget. *Norsk revmatikerforbund* har i utgangspunktet forståelse for forslaget, men understreker at det må lages løsninger slik at pasienten får dekket sine faktiske utgifter.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke ser at det er fordeler knyttet til å innføre en standardsats for dekning av reiseutgifter for reiser under 300 kilometer. Samtidig må ikke satsen settes så lavt at for eksempel reelle utgifter ved bruk av offentlige transportmidler ikke blir dekket fullt ut. Bruk av rutegående båt må dekkes fullt ut når dette er det mest hensiktsmessige transportmidlet. De støtter ikke at de som av helsemessige grunner må bruke bil skal få en lavere sats enn det som gjelder i dag.

Pensjonistforbundet sier nei til forslaget. De skriver at sammen med den foreslåtte hevingen av minste reiseavstand fra 3 til 10 kilometer, vil resultatet bli at pasientene taper.

Helsedirektoratet skriver:

«Helsedirektoratet støtter på generelt grunnlag forslag om forenkling av pasientreisereguleringen. Dette vil komme både pasientene og forvaltningen til gode. Vi viser i denne forbindelse til at vi har registrert at det er varierende praksis blant Pasientreisekontorene og at fylkesmennene ofte er usikre på hvordan regelverket skal forstås i sin klagebehandling. Det er derfor et gjennomgående behov for å sikre en ensartet praktisering av dette regelverket.»

Helsedirektoratet skriver at det vil være vanskelig å etablere automatisk saksbehandling for alle unntakstilfellene, og at gevinsten av effektiviseringen vil kunne bli redusert ved at unntakssakene fortsatt må behandles manuelt.

Brukerutvalget i Helgelandssykehuset HF mener standardsatsen på kr. 2,40 pr. kilometer bør økes, helst tilsvarende satser i Statens reiseregulativ.

Iveland kommune har kommentarer til ordningen med utvidet dekning ved vanskelige kommunikasjonsmessige forhold. De påpeker at kollektivtransporten er så lite utbygd at kommunens innbyggere ikke har et reelt alternativ til bil.

5.1.3 Departementets vurdering

Departementet viderefører høringsnotatets forslag om standardsats. Høringsinstansenes innspill viser at det er støtte for å forenkle oppgjørsordningen, selv om det er en viss bekymring for at noen av pasientene vil få mindre utbetalt med den nye ordningen.

Etter departementets syn vil en ordning med standardsats ivareta både hensynet til pasientene og til en mer strømlinjeformet administrasjon. De fleste pasienter som reiser korte strekninger med buss og tog vil få mindre enn i dag, mens de som reiser langt som hovedregel vil få mer. I tillegg gis det dekning av dokumenterte utgifter til dem som av helsemessige eller kommunikasjonsmessige årsaker må bruke egen bil eller drosje. Pasienter med store reiseutgifter skal derfor også skjermes i fremtiden.

Standardsats til erstatning for dekning av billigste reisemåte innebærer en riktig avveining mellom hensynet til å utforme en nøyaktig ordning og hensynet til å utforme en ordning som gir enkel saksbehandling og forutsigbarhet for pasientene. I alle slike standardløsninger ligger det at noen vil få mer tilbake enn de har lagt ut, og at andre vil få mindre. Dette bør aksepteres innenfor

rimelige grenser når det er nødvendig for å få til enklere og mer forutsigbare løsninger.

Departementet mener det er viktig at pasienter som reiser langt ikke får urimelig store utbetalinger sammenlignet med hva de har lagt ut. Dette motvirkes av at reiser over en viss kilometergrense dekkes etter hva som er billigste rutegående transport.

Departementet merker seg at *Helse Nord RHF* mener grensen bør gå ved 200 kilometer, men opprettholder forslaget om at grensen bør gå ved 300 kilometer. Nasjonal reisevaneundersøkelse gjennomført av Transportøkonomisk institutt viser at for reiser inntil 300 kilometer benyttes bil i 80 prosent av tilfellene. For reiser lengre enn 300 kilometer halveres bilbruken til fordel for fly. I dagens ordning, er de fleste reisene som er så lange, reiser med rekvisisjon. Reisene foretas oftest med fly som rekvireres av pasientreisekontoret eller av behandler.

Selv om Transportøkonomisk institutt ikke har regnet spesifikt på reisemønsteret for pasientreiser, legger departementet til grunn at de nevnte funnene også har gyldighet for vurderingen av når standardsats bør gjelde. Den øvre kilometergrensen er først og fremst satt for å avgrense mot flyreiser. På denne bakgrunn finner departementet det naturlig med en grense på 300 kilometer.

Nordland fylkeskommune anfører at den foreslåtte ordningen kan føre til reduksjon av kollektivtilbudet, og at de savner et fokus på at det er ønskelig at pasientreiser så langt det er mulig foretas med offentlig kommunikasjon. Departementet vil ta innvendingen med seg videre når standardsatsene skal fastsettes. Det er et overordnet mål for departementet å motvirke at kollektivtransport kommer uheldig ut.

Helsedirektoratet mener de foreslåtte unntakene kan gjøre det vanskelig å gjennomføre elektronisk saksbehandling, og at dette kan redusere effektiviseringen. Etter departementets syn er det viktig å holde fast ved enkelte sentrale unntak som skal sikre at enkeltpasienter ikke får urimelig store kostnader knyttet til helsehjelpen. Det samme gjelder unntak som skal sikre at det ikke blir for stor avstand mellom faktiske utgifter og refusjonsbeløpet. Departementet viderefører derfor de foreslåtte unntakene i lovutkastet. Departementet vil imidlertid ta med seg innvendingene i det videre arbeidet med utarbeidelse av forskriften, og se om det bør foretas justeringer.

Departementet er enig med *Helse Midt-Norge* som påpeker at standardsats ikke er en forutsetning for innføring av elektronisk innsending av

refusjonskrav. Standardsats vil imidlertid gi grunnlag for en mer effektiv elektronisk løsning. Standardsats vil også på andre måter bidra til en forenklet og mer automatisert saksbehandling. Dette vil redusere kostnadene ved administreringen av ordningen.

Pasienten vil ikke trenge å dokumentere utgiftene han eller hun har hatt. I stedet må han eller hun registrere startsted for reisen og behandlingssted. Deretter vil avstand og stønad beregnes automatisk. Forslaget innebærer at pasienten kan velge det transportmiddelet som passer best. Valg av transportmiddel påvirker ikke utbetalingen, slik at utbetalingen blir den samme om pasienten reiser med buss, tog eller bil. Tidkrevende undersøkelser av rutetider og kostnader med rutegående transportmiddel vil falle bort.

For å forenkle saksbehandlingen, tar departementet ikke sikte på å videreføre dagens forhøyde standardsats ved bruk av egen bil på 2,40 kroner per kilometer. Det skal kun benyttes én standardsats. Det legges derfor ikke opp til egen sats når bilbruken er begrunnet i helsemessige eller kommunikasjonsmessige forhold.

5.2 Tilbakekreving av feilutbetalt refusjon

5.2.1 Gjeldende rett og forslaget i høringen

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

Departementet foreslo i høringsnotatet å lovfeste hjemler for tilbakekreving og tvangsinn-drivelse av feilutbetalinger av stønad til pasientreiser. Hjemlene ble hovedsakelig utformet etter mønster av folketrygdloven § 22-15. De detaljerte reglene der ble foreslått speilet i pasient- og brukerrettighetsloven ny § 2-6 a. Dette innebærer blant annet at krav kan rettes mot personer som har opptrådt på mottakerens vegne, at krav alltid skal inndrives når feilutbetalingen skyldes forsett og at krav ellers kan frafalles når det foreligger særlige grunner eller ved aktsom god tro.

Det ble foreslått at Statens innkrevingsentral skal stå for inndrivning av feilutbetalte tilskudd som skal tilbakebetales. I tillegg skal pasientreisekontorene ha adgang til å inndrive kravene ved trekk i framtidige ytelser.

Departementets forslag innebar ikke en særskilt unntaksregel for små krav, slik som i folketrygdloven § 22-15 sjette ledd. Det ble vist til at regelen ikke passer like godt på pasientreiseområdet, der størrelsen på feilutbetalingene vanligvis vil være mindre enn i trygden.

Etter mønster av folketrygdloven § 21-17a, ble det foreslått at det ved forsett eller ved grov uaktsomhet hos den som kravet retter seg mot, skal beregnes et rentetillegg på 10 prosent av det beløp som kreves tilbake.

Departementet foreslo at forvaltningslovens kapittel IV og V skal gjelde for vedtak om tilbakekreving.

5.2.2 Høringsinstansenes syn

Det er få høringsinstanser som har uttalt seg om denne delen av forslaget.

Kreftforeningen ser at det vil være behov for innkrevingshjemler når ordningen i større grad skal baseres på tillit til den enkelte pasient. De understreker at reglene må bli så klare, enkle og forutsigbare som mulig. Mange pasienter er svært medtatt etter behandlingen, har vanskelig for å konsentrere seg, og er slitne. Da er det svært lett å gjøre feil. Foreningen ser meget positivt på at forvaltningslovens saksbehandlingsregler skal gjelde.

Helsedirektoratet støtter også forslaget om enklere innkreving av beløp som er utbetalt på feil grunnlag.

Statens innkrevingsentral stiller seg positiv til å kreve inn feilutbetalt refusjon.

Justis- og beredskapsdepartementet spør om det er nødvendig med nesten like regler som i folketrygdloven, siden beløpene til pasientreiser vanligvis er relativt lave. De uttaler:

«Det stilles særlig spørsmål om behovet er tilstrekkelig vurdert for å kunne kreve tilbake feilutbetalt stønad til pasientreiser fra personer som har opptrådt på mottakerens vegne og for å kunne kreve tilbake feilutbetalte beløp som er mottatt i aktsom god tro. Etter folketrygdloven § 22-15 er det adgang til å unnlate å kreve tilbake beløp som er mindre enn fire ganger rettsgebyret. Noen slik adgang til å gjøre unntak for mindre beløp foreslås ikke for pasientreiser. Det stilles spørsmål om det er hensikts-

messig å ha like vid adgang til tilbakekreving som etter folketrygdloven, når beløpene antakelig ofte vil være så lave at de ville vært omfattet av folketrygdlovens unntaksregel.»

5.2.3 Departementets vurdering

Hvis pasientreisekontorene i større grad skal kunne fatte vedtak om stønad til dekning av reiseutgifter basert på pasientens egenerklæring og stikkprøver, kan det oppstå behov for enklere innkreving av beløp som er utbetalt på feil grunnlag. I 2012 ble det krevd tilbake 224 000 kroner fordelt på 378 saker. Det må forventes at antall saker om tilbakekreving vil øke, når ordningen blir mer tillitsbasert.

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

De av høringsinstansene som har uttalt seg om spørsmålet er positive til forslaget om enklere tilbakekreving av feilutbetalinger.

Departementet viderefører derfor forslaget fra høringsnotatet om en ny § 2-6 a i pasient- og brukerrettighetsloven om tilbakekreving og tvangsinn drivelse av feilutbetalinger av stønad til pasientreiser.

Justis- og beredskapsdepartementet spør om det er hensiktsmessig med like vid adgang til tilbakekreving som etter folketrygdloven, siden beløpene gjennomgående vil være ganske lave. Helse- og omsorgsdepartementet er enig i at utbetalingene etter folketrygdloven gjennomgående er mye større enn de vil være etter pasientreisereguleringen. Etter departementets syn er det likevel viktig å ha på plass tilstrekkelige hjemler for tilbakekreving.

Den foreslåtte tilbakekrevingsbestemmelsen er utformet etter modell av folketrygdloven § 22-15. I § 22-15 sjette ledd første setning framgår det at tilbakekreving kan unnlates hvis det feilutbetalte beløpet utgjør mindre enn fire ganger rettsgebyret. Etter andre setning framgår det at dette likevel ikke gjelder hvis mottakeren eller noen som har opptrådt på vegne av mottakeren har opptrådt forsettlig eller grovt uaktsomt.

Hovedgrepet ved den foreslåtte lovendringen er å gå over til en mer tillitsbasert ordning. I dag er refusjonssystemet i større grad basert på at pasientene selv må dokumentere utgiftene de har hatt, før de får refundert utleggene sine. Dette innebærer at de har måttet ta vare på kvitteringer, oppmøtebekreftelser og annen dokumentasjon, og sende dette inn manuelt.

I den nye ordningen skal opplysninger innhentes elektronisk, men de kan ikke alltid innhentes før utbetalingen. Videre vil det ikke alltid foreligge registerinformasjon. Dette gjelder blant annet bekreftelse på at pasienten faktisk har møtt til behandling. Utbetalingene vil derfor i mange tilfeller være basert på stikkprøver og kontroller i etterkant.

En mer effektiv adgang til å kreve tilbake feilutbetalinger er en naturlig del av dette. Av allmennpreventive hensyn er det viktig at tilbakesøkingen gjelder alle beløp som ikke er mottatt i aktsom god tro. Av samme grunner er det viktig at kravet også kan rettes mot noen som har opptrådt på vegne av mottakeren og som har opptrådt forsettlig eller uaktsomt. Det er bare når det foreligger særlige grunner at slike krav bør kunne frafalles. Når den som kravet rettes mot har opptrådt forsettlig, bør krav aldri kunne frafalles. Departementet regner imidlertid med at pasientreisekontorene i mange tilfeller vil benytte adgangen til å motregne i senere refusjonsbeløp, i stedet for å kreve tilbakebetaling fra pasienten.

Departementet bemerker at forslaget om tilbakekreving av feilutbetalte beløp som er mottatt i aktsom god tro er identisk med folketrygdloven § 22-15 femte ledd. I slike tilfeller er tilbakekrevingsadgangen begrenset til det beløp som er i behold når mottakeren blir kjent med feilen. I tillegg er bestemmelsen foreslått utformet på en måte som gir pasientreisekontorene adgang til å foreta en bred og skjønnsmessig vurdering før de eventuelt vedtar hel eller delvis tilbakekreving. Departementet legger til grunn at dette vil bidra til å hindre urimelige krav.

Departementet viderefører også forslaget om at forvaltningslovens saksbehandlingsregler skal gjelde for vedtak om tilbakekreving etter nye § 2-6 a. Andre vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 er unntatt fra forvaltningsloven kapittel IV om saksforberedelse av vedtaket og kapittel V om vedtaket. Vedtak som automatisk gir tvangsgrunnlag for utlegg i lønn og andre formuesgoder stiller imidlertid særlige krav til rettsikkerhet. Departementet mener derfor det er nødvendig at forvaltningslovens saksbehandlings-

regler kommer fullt ut til anvendelse for vedtak om tilbakekreving.

Vedtak etter nye § 2-6 a skal være omfattet av de samme klagereglene som andre vedtak og avgjørelser etter pasient- og brukerrettighetsloven. Vedtakene skal således kunne påklages til fylkesmannen etter lovens kapittel 7.

5.3 Forskriftshjemmel for kommunale helsetjenester

5.3.1 Gjeldende rett og forslaget i høringen

Som nevnt i punkt 4.3, fører samhandlingsreformen til at kommunene etablerer nye typer helse-tilbud. Et eksempel er kommunale tilbud om døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Kommunale tilbud om dialyse er et annet eksempel.

Når slike tilbud gis i spesialisthelsetjenesten, får pasienten dekket sine reiseutgifter etter syke-transportforskriften. Når samme tilbud gis i kommunal regi, refunderes reiseutgiftene hvis det gis tjenester som nevnt i folketrygdloven kapittel 5.

I høringsnotatet ble det foreslått å lovfeste at departementet i forskrift kan utvide retten til dekning av nødvendige utgifter for reise til og fra helsetjeneste som omfattes av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Lovforslaget åpner for at reise til nærmere forskriftsbestemte tjenester vil kunne dekkes, selv om de ikke omfattes av folketrygdloven kapittel 5.

5.3.2 Høringsinstansenes syn

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Lørenskog kommune og Iveland kommune støtter forslaget. Iveland kommune anbefaler at kommunal psykiatri- og rustjeneste tas med i ordningen, i tillegg til de tjenestene som er foreslått. Videre bør det tas høyde for ytterligere oppgaveoverføringer fra spesialisthelsetjenesten, og tilhørende behov for utvidelse av ordningen. Kommunen uttaler blant annet:

«I Iveland kommune har man svært god erfaring med psykisk helsetjeneste samlokalisert med legekontor, jordmor og helsestasjon. Det er et paradoks at personer med f.eks legetime eller avtale om babyveiling på helsestasjon kan få dekket reisen, men at timeavtalen for samtaleterapi hos psykiatrisk sykepleier må pasientene dekke selv.

Det er bra for psykiatrispasienter å øve seg i å møte opp i lokalene til Psykisk helsetjeneste,

og det er ressurseffektivt og tverrfaglig nyttig at psykiatrisk sykepleiere jobber i samme lokale som de øvrige kommunale helsetjenestene istedenfor å kjøre hjem til alle pasientene.

Man anbefaler derfor sterkt at kommunal psykiatri og rus tjeneste tas med i ordningen i tillegg til kommunal øyeblikkelig hjelp tilbudet som foreslås.»

Landsforeningen for nyrepasienter og transplanterte støtter forslaget om å dekke reise til og fra dialyse på kommunale institusjoner. Foreningen mener at forslaget vil bidra til at kommuner vil prioritere å sette i gang tilbud om dialyse, noe som vil redusere reisetiden for pasientene.

Pasientreiser ANS ser flere tilfeller hvor pasienter ikke får dekket reiseutgifter til behandling på sykehjem fordi den gis av en behandler som ikke er omfattet av folketrygdloven kapittel 5. Et typisk eksempel er pasienter som får intravenøs behandling på sykehjem av en sykepleier. Behandlingen ville blitt dekket hvis den ble gitt på sykehus. Dette medfører en forskjellbehandling av pasienter på bakgrunn av hvor de mottar helsehjelpen.

5.3.3 Departementets vurdering

Departementet viser til støtte fra høringsinstansene og viderefører høringsnotatets forslag om utvidet forskriftshjemmel for dekning av reise til kommunale helsetjenester.

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

Videre leder dagens regler til en ressurskrevende saksbehandling. Innholdet i hvert enkelt behandlingstilbud må vurderes konkret. Helseforetakene må i ytterste konsekvens kontakte kommunen for å få opplyst om lege eller andre som utløser refusjon etter folketrygdloven kapittel 5 behandlet pasienten. Det vil også framstå som tilfeldig for pasientene om de møter lege eller sykepleier.

Det foreslås ikke en generell rett til dekning av reise til tilbud som er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommune. En slik regel ville kreve mye skjønn og åpne for større usikkerhet.

Det er behov for klar informasjon. De tjenestene som skal omfattes av pasientreiseforskriften bør i stedet fremgå uttrykkelig av forskriften. Forskriften bør heller oppdateres ved behov.

Departementet tar sikte på å forskriftsfeste at utgifter ved reise til kommunale tilbud om døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp skal dekkes etter den nye pasientreiseforskriften. Det samme gjelder reise til kommunalt tilbud om dialyse. I tillegg går departementet inn for å videreføre dagens regel om dekning av reise ved innleggelse i og utskrivning fra sykehjem. Videre skal det fortsatt gis tilskudd til reise til familievernkontor og helsestasjon, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 første ledd.

Departementet tar ikke sikte på noen ytterligere utvidelse i denne omgang, slik Iveland kommune foreslår. Forslag om at reisedekningen skal omfatte kommunal psykiatri- og rus-tjeneste når tjenesten utføres av sykepleier har ikke vært på høring. Det samme gjelder helsetjenester som gis av sykepleier i sykehjem når dette ikke innebærer innleggelse, som er tatt opp av Pasientreiser ANS. Slike utvidelser må eventuelt vurderes på et senere tidspunkt. Departementet viser i denne sammenheng til oppfølging av Meld. St. 29 (2012–2013), herunder et eget oppdrag til Helsedirektoratet om en utredning av egenbetaling for helse- og omsorgstjenester ved ulike boformer.

6 Ikrafttredelse

Departementet tar sikte på at den nye ordningen skal innføres i løpet av 2016. Innføringen av en ordning med elektronisk fremming av krav og elektronisk saksbehandling vil innebære en stor omstilling for pasientreisekontorene. Departementet ønsker å ha rom for å gi det nye regelverket delt ikrafttredelse, ved at ordningen tas i bruk for eksempel i ett fylke først, i en avgrenset periode. Slik vil saksbehandlingssystemer og IKT-verktøy kunne prøves ut i mindre skala før det implementeres i hele landet. En slik gradvis innføring av både regelverk og saksbehandlingssystem kan etter departementets syn være hensiktsmessig av flere grunner. Det vil gi anledning til å justere regelverket, hvis det skulle dukke opp ting som bør endres. I tillegg kan det fungere som en utprøving av datasystemene som skal brukes av både pasienter og saksbehandlere. Ved at lovvedtaket åpner for ulik geografisk innfasing, kan departementet i samråd med

Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS vurdere dette spørsmålet når tidspunktet for ikrafttredelse nærmer seg.

7 Økonomiske og administrative konsekvenser

7.1 Oversikt

De foreslåtte lovendringene og den foreslåtte pasientreiseforskriften henger tett sammen. I oversikten over økonomiske og administrative konsekvenser vil derfor det samlede resultatet av begge regelsettene bli kommentert.

Departementet foreslår en standard kilometergodtgjørelse for dekning av reiseutgifter. Videre foreslår departementet at krav kan fremmes elektronisk og at dokumentasjonskrav forenkles. Departementet foreslår også å fjerne tillegget knyttet til ledsager i bil, og vurderer å heve minste reiseavstand.

Utover disse forslagene foreslår departementet i all hovedsak lov- og forskriftsfesting av gjeldende rett og en praksis som allerede i dag ligger til grunn for de regionale helseforetakenes utgifter til pasientreiser.

Departementet vil også komme tilbake til de økonomiske og administrative konsekvensene i forbindelse med fremleggelsen av Regjeringens årlige budsjettforslag. For å sikre gevinstrealisering, skal ordningen evalueres underveis.

7.2 Standardsats og administrative besparelser

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

For at de totale utbetalingene skal være tilnærmet uendret, har Pasientreiser ANS beregnet at standardsatsen bør ligge mellom gjennomsnittlig

sats for rutegående transportmiddel og dagens refusjonsats for bil (2,40 kroner i 2014). En standardsats på to kroner ville i 2013 gitt en tilnærmet uendret utbetaling i sum.

Totalt ble det utbetalt rundt 40 mill. kroner til ledsager i 2013. Bortfall av særskilt kompensasjon for ledsager på 0,40 kroner per kilometer, se punkt 4.1.4, ville i 2013 gitt reduserte utbetalinger på i underkant av 26 mill. kroner.

Innføring av en brukervennlig elektronisk løsning og færre krav til dokumentasjon kan bidra til at flere benytter retten til å få refundert utgifter. Pasientene vil oppleve dette som en reell forenkling. Dette vil kunne gi utgiftsvekst ved at de totale utbetalingene til pasientene øker, og også at flere vil oppnå frikort raskere. Departementet viser til uttalelsen fra Helsedirektoratet:

«Erfaring fra automatisering av offentlige tjenester som frikort, tilsier at en automatisering gir økt forbruk av tjenesten. Selv om departementets forslag ikke innebærer en automatisering, men en forenkling av søknadsprosessen, er det etter vårt syn riktig, slik som høringsnotatet legger til grunn, at en kan forvente at dette vil føre til økte stønadutgifter både for Pasientreiser ANS/RHF'ene og folketrygden.»

Saksbehandlingen vil effektiviseres ved at en større del av behandlingen blir standardisert og kan automatiseres. Saksbehandlerne slipper å undersøke hva billigste transport koster. Beregning av distanse kan gjøres automatisk ved å benytte eksisterende elektroniske kilder og karttjenester. På den annen side må det påregnes noe økte kostnader knyttet til kontrolltiltak.

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

Nivå på standardsatsen vil bli fastsatt av departementet i forskrift.

7.3 Utvikling og tilpasning av IKT-systemer

Det vil påløpe kostnader til utvikling og tilpasning av IKT-systemer. Samlede utviklingskostnader anslås til mellom 45 og 55 mill. kroner. Utvikling og tilpasning av løsningen må gjennomføres ved siden av dagens ordinære drift. Når løsningen er etablert, vil det påløpe kostnader til forvaltning og drift på 13 – 15 mill. kroner årlig. Kostnadene vil i hovedsak være knyttet til de regionale helseforetakene. I tillegg vil det være kostnader til tilpas-

ning av teknisk løsning på helsenorge.no og eksisterende registre.

7.4 Egenandeler

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

7.5 Dekning til kommunal øyeblikkelig hjelp og dialyse

Reiseutgifter i forbindelse med at pasientene oppsøker tilbud om øyeblikkelig hjelp, dialyse og andre spesialisthelsetjenester dekkes i dag etter syketransportforskriften. Ved opprettelse av tilbud i kommunene, er det ikke grunn til å tro at den samlede utgiftsdekningen til pasientene vil øke dersom refusjonsadgangen videreføres. De kommunale tilbudene vil som regel være nærmere pasientens bosted enn sykehuset hvor tilbudet har blitt gitt tidligere. Reise til kommunale tilbud vil derfor trolig være billigere i de fleste tilfeller enn reise til sykehus. Flere pasienter enn i dag vil reise kortere enn minstekilometergrensen eller i minstetakstsone og vil derfor ikke ha rett til refusjon.

8 Merknader til de enkelte bestemmelsene

Til § 2-6

Endringene i *første ledd* gir departementet hjemmel til å utvide rettighetene til også å omfatte andre kommunale helsetjenester enn de tjenestene som omfattes av andre punktum. Utkastet viderefører også lovendringer foreslått i Prop. 56 L (2014–2015) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg).

I *andre ledd* foreslås det en teknisk endring som informerer om unntak i forskrifter etter femte ledd.

Endringene i § 2-6 *tredje ledd* innebærer at det innføres en standard kilometergodtgjørelse, til

erstatning for dagens dekning av billigste rutegående tilbud. Ved reiser over 300 kilometer skal likevel taksten for billigste reisemåte med rutegående transportmiddel legges til grunn.

Når pasientens helsetilstand gjør det nødvendig å bruke drosje eller bil, eller det ikke går rutegående transport, skal nødvendige utgifter til drosje og tilleggsutgifter ved bruk av bil legges til grunn. Eksempel på tilleggsutgifter ved bilbruk er utgifter til parkering, ferge og bom. Dette kommer i tillegg til standardsats pr. kilometer. Pasienten velger selv mellom bruk av egen bil og drosje.

Ved endring i *fjerde ledd*, presiseres det at retten til dekning også faller bort ved tilbud om gratis offentlig transport. Dette omfatter også offentlige transporttilbud med rent symbolsk egenbetaling.

Endringene i *femte ledd* innebærer en tydeligere forskriftshjemmel for departementet. Sammen med første ledd tredje punktum, vil femte ledd blant annet gi hjemmel til å gi ny pasientreiseforskrift, jf. departementets høringsforslag av 12. september 2014. Det presiseres at bestemmelsen også gir forskriftshjemmel for dekning av utgifter ved fritt behandlingsvalg.

Til ny § 2-6 a

Bestemmelsen er ny. Bestemmelsen gir pasientreisekontorene adgang til å fatte vedtak om tilbakekreving ved feilutbetalte refusjoner. Bestemmelsen er utformet etter tilsvarende bestemmelser i folketrygdloven § 22-15.

Utkastet inneholder likevel ikke en særregel for små beløp, slik som folketrygdloven § 22-15 sjetten ledd. Beløpets størrelse skal likevel vektlegges i vurderingen av om det foreligger særlige

grunner etter tredje ledd andre punktum. Videre skal beløpets størrelse vektlegges i vurderingen av krav etter fjerde ledd andre punktum.

Siste ledd tilsvarer folketrygdloven § 22-17a første ledd. Tillegget på 10 prosent er et engangsbeløp og er ikke en løpende rente.

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

Til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7

Endringen i § 2-7 første ledd innebærer at bestemmelsene i forvaltningslovens kapittel IV og V, om saksforberedelse ved enkeltvedtak og om enkeltvedtak, likevel skal gjelde for vedtak om tilbakekreving etter § 2-6 a.

Vedtaket etter § 2-6 a skal være omfattet av de samme klagereglene som andre vedtak og avgjørelser etter pasient- og brukerrettighetsloven. Vedtakene skal således kunne påklages til fylkesmannen etter lovens kapittel 7.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (dekning av utgifter til pasientreiser).

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 pasient- og brukerrettighetsloven (dekning av utgifter til pasientreiser) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (dekning av utgifter til pasientreiser)

I

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer:

§ 2-6 skal lyde:

§ 2-6. *Dekning av utgifter til pasientreiser*

Pasienten og ledsageren har rett til dekning av nødvendige utgifter når pasienten må reise i forbindelse med en helsetjeneste som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og som dekkes av et foretak etter helseforetaksloven eller som omfattes av fritt behandlingsvalg etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-3. Det samme gjelder helsetjenester som omfattes av folketrygdloven kapittel 5 og helsetjenester som ytes ved familievernkontor og helsestasjon. Departementet kan i forskrift bestemme at retten til dekning av nødvendige utgifter også skal gjelde når pasienten må reise til og fra en annen helsetjeneste som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven.

Stønad ytes til dekning av reiseutgifter til det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis, når ikke annet følger av forskrifter etter femte ledd.

Ved beregning av stønaden skal en sats per kilometer fastsatt av departementet legges til grunn, uavhengig av om pasienten eller ledsageren har hatt faktiske utgifter. Reiser pasienten lenger enn 300 kilometer en vei, skal taksten for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel legges til grunn. Gjør pasientens helsetilstand det nødvendig å bruke drosje eller bil, eller går det ikke rutegående transport, skal nødvendige faktiske utgifter til drosje og tilleggsutgifter ved å bruke bil legges til grunn.

Retten til dekning av utgifter etter første ledd faller bort dersom pasienten får tilbud om transport med transportør som har avtale med regionalt helseforetak eller tilbud om gratis offentlig transport. Retten til dekning av utgifter faller også bort i den utstrekning utgiftene dekkes etter annen lovgivning.

Departementet kan gi forskrifter om dekning av reise- og oppholdsutgifter for pasienter og pårørende og utgifter til nødvendig ledsager, her-

under dekning av utgifter til andre steder enn det geografisk nærmeste stedet, egenbetaling, minste reiseavstand, kjøregodtgjørelse, rett til dekning av faktiske reiseutgifter i særlige tilfeller, utbetaling av refusjon og frister for fremsetting av krav.

Ny § 2-6 a skal lyde:

§ 2-6 a. *Tilbakekreving etter feilaktig utbetaling*

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

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

Det skal settes fram krav om tilbakebetaling etter første og andre ledd, med mindre særlige grunner taler mot det. Det legges blant annet vekt på graden av uaktsomhet hos den som kravet retter seg mot, størrelsen av det feilutbetalte beløpet, hvor lang tid det er gått siden utbetalingen og om feilen helt eller delvis kan tilskrives et regionalt helseforetak eller en underliggende virksomhet. Tilbakebetalingskravet kan settes til en del av det feilutbetalte beløpet. Har den som kravet retter seg mot opptrådt forsettlig, skal krav alltid fremmes, og beløpet kan ikke settes ned.

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

Vedtak om tilbakekreving etter denne paragrafen er tvangsgrunnlag for utlegg. Kravet kan innkreves ved trekk i senere dekning av utgifter etter § 2-6 med forskrifter, eller inndrives etter reglene i lov 11.

januar 2013 nr. 3 om Statens innkrevingsentral. Krav inndrives av Statens innkrevingsentral, med mindre departementet bestemmer noe annet.

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

§ 2-7 første ledd skal lyde:

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

II

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid. Kongen kan sette i kraft loven til ulik tid i forskjellige områder.

