

Helse- og omsorgsdepartementet

Høyringsnotat:

Endringar i pasientreiseforskriften (forenkling og forbetring av reglane for pasientreiser)

Høyringsfrist: 11. april 2024

1	Innleiing.....	6
2	Bakgrunn	7
2.1	Innleiing	7
2.2	Oppmodingsvedtaket frå Stortinget	7
2.3	Oppdrag til Helsedirektoratet og dei regionale helseføretaka.....	8
2.4	Kartlegging av problemstillingar	9
2.5	Helsedirektoratet sine funn	10
2.5.1	Overordna erfaringar med nytt regelverk.....	10
2.5.2	Generelt om Helsedirektoratet sine vurderingar og forslag	11
3	Pasientreiseordninga.....	11
4	Kort om reguleringa av pasientreiser.....	13
4.1	Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a.....	13
4.2	Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6	13
4.3	Pasientreiseforskriften.....	14
5	Generelle utfordringar med pasientreiseforskriften.....	14
5.1	Komplisert regelverk	14
5.2	Behov for rettleiing	15
5.3	Departementet sine vurderingar	15
6	Endringar i omgrepsbruk	16
6.1	Utfordringar	16
6.2	Forslaget frå Helsedirektoratet.....	16
6.3	Departementet sine vurderingar og forslag.....	16
7	Reiser til og frå spesialisthelsetenester	17
7.1	Gjeldande rett.....	17
7.2	Utfordringar	18
7.3	Forslaget frå Helsedirektoratet.....	18
7.4	Departementet sine vurderingar og forslag.....	18
8	Reise til og frå helsetenester etter folketrygdloven kapittel 5	19
9	Utgifter til reingjering av køyretøy og frakt av reisegods	20
9.1	Gjeldande rett.....	20
9.2	Utfordringar	20

9.3	Forslaget frå Helsedirektoratet.....	20
9.4	Departementet sine vurderingar og forslag.....	20
10	Reiser som blir organiserte av helseforetaket.....	20
10.1	Gjeldande rett	20
10.2	Utfordringar.....	21
10.3	Forslaget frå Helsedirektoratet	22
10.4	Departementet sine vurderingar og forslag	22
11	Stønad til reisefølgje og nære pårørande.....	24
11.1	Reisefølgje.....	24
11.1.1	Gjeldande rett	24
11.1.2	Utfordringar.....	26
11.1.3	Forslaget frå Helsedirektoratet	26
11.1.4	Departementet sine vurderingar og forslag	26
11.2	Nære pårørande	27
11.2.1	Gjeldande rett	27
11.2.2	Særleg om barn i helseinstitusjon.....	28
11.2.3	Utfordringar.....	29
11.2.4	Forslaget frå Helsedirektoratet	29
11.2.5	Departementet sine vurderingar og forslag	29
12	Berekning av reiseveg	30
12.1	Gjeldande rett	30
12.2	Utfordringar.....	30
12.3	Forslaget frå Helsedirektoratet	31
12.4	Departementet sine vurderingar og forslag	31
13	Berekning av reiseutgifter	32
13.1	Gjeldande rett	32
13.2	Utfordringar.....	33
13.3	Forslaget frå Helsedirektoratet	34
13.4	Departementet sine vurderingar og forslag	35
14	Eigenandel.....	37
14.1	Gjeldande rett	37
14.2	Utfordringar.....	37

14.3	Forslaget frå Helsedirektoratet	38
14.4	Departementet sine vurderingar og forslag	38
15	Frist for å sette fram krav	38
15.1	Gjeldande rett	38
15.2	Utfordringar.....	39
15.3	Forslaget frå Helsedirektoratet	39
15.4	Departementet sine vurderingar og forslag	39
16	Utbetaling av mindre beløp	39
16.1	Gjeldande rett	39
16.2	Utfordringar.....	39
16.3	Forslaget frå Helsedirektoratet	40
16.4	Departementet sine vurderingar og forslag	40
17	Økonomiske og administrative konsekvensar	40
18	Forslag til endringar i pasientreiseforskriften	41

1 Innleiing

Helse- og omsorgsdepartementet sender på høyring forslag om endringar i pasientreiseforskriften som har som mål å forenkle og forbetre regelverket. Forslaga følger opp evalueringa av pasientreisereguleringa som blei gjennomført av Helsedirektoratet på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet. Bakgrunnen for evalueringa var oppmodningsvedtak frå Stortinget, sjå nærare omtale i kapittel 2.

Departementet foreslår ei rekke endringar som har som mål å gjere forskrifta tydelegare og dermed lettare å forstå, blant anna:

- endra omgrepsbruk, sjå kapittel 6
- definisjonar av viktige omgrep i forskrifta, sjå kapitla 6, 7 og 11
- endringar i føresegna om vilkår for dekning av reiseutgifter i spesialisthelsetenesta, sjå kapittel 7
- endringar i føresegna om dekning av utgifter ved reingjering og sending av reisegods, sjå kapittel 9
- endringar i føresegna om berekning av reiseveg, sjå kapittel 12
- endringar i føresegna om dekning av tilleggsutgifter ved manglande rutegående transport, sjå kapittel 13
- presiseringar i føresegna om forhøgja eigenandel ved bruk av retten til val av behandlingsstad, sjå kapittel 14.

Fleire av tiltaka Helsedirektoratet anbefalte vil medføre betydelege kostnader for dei regionale helseføretaka. Departementet er komme til at desse forslaga ikkje kan følgast opp innanfor den økonomiske ramma i den nåverande pasientreiseordninga. Departementet foreslår likevel ei rekke endringar som fører til forbetringar for pasientane og som gjer det enklare å administrere pasientreiseordninga.

Departementet foreslår bl.a.:

- presisering av helseføretaka sitt ansvar for å sørge for at reiser som føretaka organiserer skal vere forsvarlege for den enkelte pasienten, sjå kapittel 10
- tydeleggjering av ansvaret behandlaren til pasienten har for å vurdere om pasienten har behov for tilrettelagd transport og for å informere helseføretaket om dette, sjå kapittel 10
- utviding av retten barn har til å få dekt nødvendige utgifter ved reise til ein pasient som har omsorg for barnet når pasienten har ein livstrugande sjukdom og ikkje klarer å reise heim. Retten blir utvida frå å gjelde barn opp til 14 år, til også å omfatte barn mellom 14 og 18 år, sjå kapittel 11
- terskelen for å sette fram krav etter fristen blir senka, sjå kapittel 15
- føresegna om at små beløp ikkje blir utbetalte blir oppheva, sjå kapittel 16
- retten til i særskilte tilfelle å få dekt piggdekkavgift blir oppheva, sjå kapittel 13

Forskrifta har fortsett ein del føreseigner som føreset skjønsmessige vurderingar. Det gjeld til dømes reglane der det må tas stilling til kva som er næraste stad der ei helseteneste kan bli gitt, om rutegåande transportmiddel kan nyttast, om overnatting på reisa er nødvendig, om reisefølge er nødvendig og om kurs eller opplæring er nødvendig for oppfølging av pasienten. Departementet legg opp til at det skal utarbeidast eit rundskriv med nasjonale retningsliner som kan gi støtte ved bruk av føreseigna og bidra til meir føreseieleg og einsarta praksis, sjå punkt 5.2.

Dei økonomiske og administrative konsekvensane av forslaga er omtalte i kapittel 17.

Dei foreslegne endringane i pasientreiseforskriften er tatt inn i kapittel 18. Det er foreslått endringar i nesten alle føresegnene. Departementet foreslår ingen endringar i retten til å få dekt utgifter til kost og overnatting. Det blir likevel foreslått at det skal gå tydeleg fram av forskrifta at pasientar ikkje har rett til å få dekt tilleggsutgifter til opphald, kost og anna som skuldast at opphaldet blir forlenga av andre årsaker enn behovet for ei helseteneste. Det blir også foreslått at det skal tydeleggjerast i forskrifta at utgifter til overnatting som er nødvendig av omsyn til behandlinga, ikkje blir dekte etter pasientreiseforskriften. Sjø forslaget til endringar i § 12.

Forslag til mindre språklege endringar er ikkje særskilt omtalte.

2 Bakgrunn

2.1 Innleiing

Da Stortinget behandla forslaga til endringar i pasientreiseregelverket, jf. Innst. 302 L (2014–2015) og Prop. 77 L (2014–2015), blei det lagt til grunn at endringane skulle bidra til forenkling for pasientane. Fram til då var pasientreiseordninga innretta slik at pasientane måtte ta vare på kvitteringar og annan dokumentasjon og sende det inn manuelt. Det blei innført ein felles kilometersats til erstatning for systemet med dekning av billigaste rutegåande transport, dokumentasjonskrava blei reduserte og det blei mogeleg å sende inn refusjonskrav elektronisk.

2.2 Oppmodingsvedtaket frå Stortinget

Stortinget gjorde 19. april 2018 følgande oppmodingsvedtak:

1. Stortinget ber regjeringen foreta en bred gjennomgang av regelverket for pasientreiser og fremme en sak for Stortinget med tiltak for å forenkle og forbedre ordningen (vedtak 615).
2. Stortinget ber regjeringen starte evalueringsprosessen av pasientreiseforskriften i løpet av august 2019 (vedtak 616).
3. Stortinget ber regjeringen i sitt oppdragsdokument be de regionale helseforetak gå gjennom organiseringen av pasientreiseordningen. Denne gjennomgangen bør foretas parallelt med evalueringen av pasientreiseforskriften (vedtak 617).

I Innst. 196 S (2017-2018) framhevar komitefleirtalet behovet for å få til ei pasientreiseordning som:

- fungerer betre for pasientane
- varetek det overordna målet om å gi gode og likeverdige helsetenester til alle som treng det når dei treng det
- ikkje har feil, manglar og urettferdige sider og som gjer reisa minst mogleg problematisk for pasientane

Fleirtalet meinte at ordninga ikkje fungerer godt nok for pasientane og at det er for stor variasjon i tilbodet til pasientane. I innstillinga blir det nemnd fleire eksempel på utfordringar ved ordninga: anbuds- og avtalepraksis i helseføretaka, for krevjande reiser for personar med nedsett allmenntilstand, for kompliserte skjema for refusjon, for låge satsar og store utlegg, og at stor vekt på økonomi medfører lange reisetider og auka belastning for pasientane.

2.3 Oppdrag til Helsedirektoratet og dei regionale helseføretaka

Helse- og omsorgsdepartementet ga i tildelingsbrevet for 2019 Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre ein brei gjennomgang av regelverket for pasientreiser og foreslå tiltak for å forenkle og forbetre ordninga. Helsedirektoratet skulle ta utgangspunkt i forskriftsendringane som blei gjorde i 2016 og vurdere om dei har hatt utilsikta konsekvensar. Direktoratet skulle også sjå til Stortinget si behandling av oppmodingsvedtaka. Direktoratet blei bede om å komme med konkrete forslag til endringar i regelverket og vurdere økonomiske og administrative konsekvensar av dei enkelte forslaga. Helsedirektoratet svarte på oppdraget i ein rapport som blei oversendt til departementet 15. oktober 2020.

Helse- og omsorgsdepartementet ga parallelt, dei regionale helseføretaka i oppdrag å gå gjennom organiseringa av pasientreiseordninga. Formålet med arbeidet skulle vere å sikre ei organisering av pasientreiseområdet som bidrar til forsvarlege og likeverdige tenester. Oppdraget var avgrensa mot oppdraget som blei gitt til Helsedirektoratet. Dei regionale helseføretaka skulle også hjelpe Helsedirektoratet i gjennomgangen av pasientreiseordninga.

Dei regionale helseføretaka utarbeida i 2020 ein felles rapport - Interregional utredning av organisering av pasientreiseområdet

(<https://www.helsesorost.no/49a054/siteassets/documents/styret/styremoter/2020/0820/091-2020-vedlegg---interreg-utredning-av-org.-av-pasientreiseområdet.pdf>).

Dei regionale helseføretaka har etter krav i føretaksmøte i juni 2021 følgd opp rapporten gjennom ei rekke tiltak – enkelte er allereie gjennomførte, mens andre er under utvikling og implementering:

- Nye retningslinjer og ny rekvisisjonspraksis er vedtekne . Det er lagt opp til at testing av ny rekvisisjonspraksis skal starte i februar 2024.
- Utreiinga av standardiserte serviceparameterar blei ferdigstilt i 2021. Det er utarbeida seks nasjonale serviceparametre for måling og oppfølging av tenestene innan pasientreiseområdet. Venting på transport er ein av parameterane. I tillegg til serviceparameterane er det utarbeida ei serviceerklæring som er gjort tilgjengeleg for pasientane.
- Dei regionale helseføretaka har utarbeida eit nasjonalt rammeverk for anbod og forvaltning av transportøravtalar i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF og Pasientreiser HF.
- Det er arbeida vidare med pasientreisekontora for å få på plass god systemstøtte ved kontroll av transportoppgjær for å oppnå korrekt oppgjær mot transportør.
- Den digitale satsinga innan pasientreiseområdet har fortsett med stor styrke for å effektivisere tenesta for både pasientane og helseføretaka. Vidareutviklinga av sjølvbeteningsløysninga på helsenorge.no for reiser med rekvisisjon har som mål å sette pasienten i stand til å sjølv finne informasjon om og handtere eigne reiser. Første steg i vidareutviklinga av sjølvbeteningsløysninga for reiser med rekvisisjon, å vise rekvirerte reiser, blei lansert på Helsenorge i 2019. Løysninga er stegvis blitt vidareutvikla, og pasientar har frå 2021 hatt mogelegheit til å avbestille sine rekvirerte reiser og bekrefte «opne» rekvisisjonar. Frå 2022 har pasientane hatt mogelegheit til å endre adresse, oppmøtetid og spesifisere enkelte spesielle behov for ei reise.

2.4 Kartlegging av problemstillingar

Helsedirektoratet gjennomførte hausten 2019 ei kartlegging der målet var å få oversikt over problemstillingar på pasientreiseområdet, særleg knytte til pasientreiseforskriften.

Helsedirektoratet hadde møter med, og fekk innspel frå, statsforvaltarane, pasient- og brukaromboda og profesjonsforeiningane. Hovudfunna ble oppsummerte i møter med brukarrådet til Helsedirektoratet og brukarutvalet til Pasientreiser HF. Brukarrepresentantane ga innspel om viktige område for forenkling og forbetring.

Helsedirektoratet utarbeida i tillegg ei spørjeundersøking som blei lagd ut på helsenorge.no. Undersøkinga retta seg mot brukarar som hadde fremma ein elektronisk klage på eit vedtak om dekning av utgifter til ei pasientreise. Det blei stilt spørsmål om pasienten sin kunnskap om ordninga og om bakgrunnen for klagen.

Pasientreiser HF er ein sentral aktør på pasientreiseområdet. Dei har gitt innspel og levert statistikk om kva for føresegner i forskrifta som skapar størst utfordringar og fører til flest klagar. I samband med gjennomgangen til Helsedirektoratet koordinerte Pasientreiser HF også ei innspelsrunde med pasientreisekontora i helseføretaka. Dei har vidare bidratt med tal og enkelte analyser av dei økonomiske konsekvensane i samband med Helsedirektoratet sitt oppdrag. I tillegg har Pasientreiser HF bidratt med faktainformasjon om systema sine, saksbehandlinga og praktiseringa av pasientreiseregelverket.

Helsedirektoratet får med jamne mellomrom spørsmål frå statsforvaltarane, helsepersonell, helsetenesta, Pasientreiser HF og frå pasientar og følgjepersonar om korleis føresegnene i pasientreiseforskriften skal forståast. Direktoratet brukte desse førespurnadene som eit av grunnlaga for gjennomgangen av pasientreiseregulverket.

Dei regionale helseføretaka gjennomførte hausten 2019 og vinteren 2020 ei interregional utgreiing av organiseringa av pasientreiseområdet. Helsedirektoratet hadde kontakt med prosjektet som gjennomførte utgreiinga, for utveksling av innsamla innspel og deltok i eit prosjektgruppemøte. Helsedirektoratet var observatør i prosjektet si styringsgruppe.

2.5 Helsedirektoratet sine funn

2.5.1 Overordna erfaringar med nytt regelverk

Hovudformålet med regelverksendringane i 2016 var å legge til rette for elektronisk saksbehandling av krav om dekning av reiseutgifter. Pasientreiser HF har i hovudsak gode erfaringar med det nye regelverket. Innføring av standardsats har gjort automatisert saksbehandling mogeleg. Det har ført til lik og riktig praksis og til at det er lettare for pasientane å føreseie kva dei vil få dekt.

Pasientreiser HF opplyser at brukarane sett pris på at det tar kort tid frå dei søker til dei får vedtak. Det skuldast mellom anna at brukaropplysingane blir henta frå offentlege register, slik at heile, eller delar av søknaden kan behandlast automatisk. Som følge av digitalisering og automatisering, blei gjennomsnittleg saksbehandlingstid redusert frå 17,2 dagar i 2015 til 9,6 dagar i 2018.

Saker med dokumentasjon og vedlegg til søknaden er ofte komplekse, og må derfor framleis saksbehandlast manuelt. I desember 2023 var gjennomsnittleg saksbehandlingstid for alle sakstypar 10,9 dagar. For saker som må behandlast manuelt var gjennomsnittleg saksbehandlingstid 21,3 dagar og 5,6 dagar for saker som blei behandla automatisk. 67,6 prosent av alle sakene blei behandla automatisk.

I januar 2018 overtok Pasientreiser HF ansvaret for behandling av krav om refusjon for pasientreiser som pasientane sjølv organiserer (reiser utan rekvisisjon). Det at løysninga er blitt felles for alle helseføretaka har ført til at den samla saksbehandlingstida er tilnærma lik for pasientar uavhengig av kor i landet dei bur.

Pasientreiser HF gjennomførte i perioden juni-august 2020 ei brukarundersøking om pasientreiser som pasienten sjølv organiserte (reiser utan rekvisisjon). Av dei 1 211 respondentane svarte 83,6 % at dei enten var nøgde eller svært godt nøgde med løysninga på helsenorge.no.

2.5.2 Generelt om Helsedirektoratet sine vurderingar og forslag

Problemstillingar og behov som ble avdekte i evalueringa, er dels knytte til sjølve regelverket og til praktiseringa av det, men også til pasientreiseordninga i seg sjølv. Nokre funn har bakgrunn i endringane som blei gjorde i 2016, mens andre problemstillingar var kjente frå tidlegare.

Innspela om utfordringar med regelverket kan grovt delast inn i desse hovudgruppene:

1. Geografiske forskjellar og store ulikskap i kollektivtransporttilbodet fører til at nokre av føresegnene og avgrensingane i forskrifta får ulike konsekvensar i ulike delar av landet.
2. Pasientar som har behov for tilrettelagd transport, opplev at tilrettelegginga ikkje alltid er god nok, og at rettane ikkje går tydeleg nok fram av regelverket.
3. Pasientar med behov for reisefølge blir ikkje alltid godt nok varetekne.
4. Pasientar kan ha store utgifter i samband med reiser til og frå behandling som ikkje blir dekte.
5. Regelverket er komplisert og vanskeleg tilgjengeleg. Det krev mange konkrete og skjønsmessige vurderingar, og det er få tilgjengelege rettskjelder.

Det er i tillegg utfordringar knytte til reiser som blir organiserte av helseføretaka ved pasientreisekontora (reiser med rekvisisjon), der forskriftsendringane i 2016 har hatt mindre å seie. Forhold på tilgrensande område, til dømes endringar i transporttilbod og kollektivtakstar, ny inndeling av kommunar og fylke og ny organisering og lokalisering av helsetenestetilbod, har også innverknad både på korleis pasientreisereguleringa verkar og korleis det blir oppfatta.

Direktoratet vurderte særleg tiltak som kan bidra til

- betre tilrettelegging for pasientar som har behov for dette
- tydelegere regelverk som det er lettare å informere om
- færre klagar.

Direktoratet la vidare vekt på at tiltaka ikkje skal vere til hinder for automatisert saksbehandling.

Fleire av tiltaka som blei foreslåtte, ville medføre kostnader for dei regionale helseføretaka. Helsedirektoratet kom med førebelse vurderingar av dei økonomiske og administrative konsekvensane av forslaga.

3 Pasientreiseordninga

Dekning av utgifter i samband med reiser for å få helsetenester er i hovudsak regulert av pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientreiseforskriften.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 har pasientar og eventuelle følgjepersonar, rett til dekning av nødvendige utgifter når pasienten må reise for å få helsetenester.

Spesialisthelsetjenesteloven regulerer dei regionale helseføretaka si plikt til å oppfylle retten til å få dekt reiseutgifter.

Pasientreiseforskriften har nærare regler om kva for behandlingstilbod pasienten får dekt reise til, kva for utgifter som blir dekte ved bruk av ulike transportmiddel og om krav til dokumentasjon av behova og reiseutgiftene til pasienten.

Sjå nærare omtale i kapittel 4.

Administrasjonen av pasientreiser i Noreg er lagt til 17 pasientreisekontor og Pasientreiser HF.

Det er to hovudtypar pasientreiser:

- reiser som blir planlagde og gjennomførte av pasienten sjølv (reiser utan rekvisisjon)
- reiser som blir planlagde og bestilte av pasientkontoret i helseføretaket (reiser med rekvisisjon)

Hovudregelen er at pasienten organiserer reisa sjølv og søker om reisestønad og eventuelle tilleggsutgifter i etterkant.

Rekvisisjon av transport kan skje med grunnlag i medisinske forhold hos pasienten. Når pasienten har behov for rekvisisjon til reise av omsyn til helsa, skal reisa rekvirerast av behandlaren til pasienten, i hovudsak av lege. Pasientreisekontora ved helseføretaka planlegg, bestiller og legg til rette for at den enkelte pasienten får transport som er tilpassa behova til pasienten. Rekvisisjon av transport kan også skje når det ikkje finst rutegående transport.

Pasientreiser HF er eit nasjonalt føretak som er eigd av dei fire regionale helseføretaka. Pasientreiser HF har ansvar for saksbehandling og utbetaling når pasienten sjølv organiserer reisa.

Frå 1. oktober 2016 blei det mogeleg å sende søknader om å få dekt utgifter til pasientreiser elektronisk via helsenorge.no. Hausten 2018 blei det også mogeleg for dei som fremmer søknad om dekning av reiseutgifter digitalt, å fremme klagar digitalt. Per august er 89,5 prosent av alle søknadene i 2023 mottatt digitalt via helsenorge.no. Brukarane kan følge saksgangen på helsenorge.no, fram til dei får vedtaket.

For å heve kvaliteten på og effektivisere og standardisere drifta av pasientreiseordninga, er det eit mål å behandle så mange søknader som mogeleg automatisk. Det har vore ein auke i kor stor del av søknadene som blir behandla automatisk. Per august er 62 prosent av alle vedtak i 2023 treft automatisk.

Søknader med dokumentasjon og vedlegg må framleis behandlast manuelt.

Helseføretaka og pasientreisekontora har ansvar for drift av alle oppgåver knytte til organisering, planlegging og gjennomføring av reiser med rekvisisjon.

I 2023 blei det brukt ca. 2,1 milliardar kroner på pasientreiser. Det blei totalt dekt utgifter til 7,05 millionar reiser. Av disse blei 3,9 millionar reiser organiserte av helseføretaka (reiser med rekvisisjon) og 3,7 millionar reiser av pasienten sjølv. Det blei brukt ca. 1,6 milliardar kroner på reiser med rekvisisjon og utbetalt 508 millionar kroner i refusjon til pasientar som organiserte reisa sjølv.

I 2023 blei det utbetalt 1,7 milliardar kroner til 3,2 millionar reiser med rekvisisjon. Det ble vidare utbetalt 419 millionar kroner fordelt på 3,8 millionar reiser utan rekvisisjon. Det ble treft 1,1 millionar vedtak. 2,3 prosent av dei blei påklaga. Av desse blei 4 043 saker, dvs. 2,3 prosent av sakene, oversendt statsforvaltarane for behandling. Tilsvarande tal for 2018 var ca. 1 million saker og 0,9 prosent klagar. Auken i talet på klagar skuldast truleg innføringa av ei mogelegheit til å klage elektronisk i 2019.

4 Kort om reguleringa av pasientreiser

4.1 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 6 at dei regionale helseføretaka (RHFa) skal sørge for transport til undersøking og behandling i helse- og omsorgstenesta. Det følger vidare av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a sjuande ledd at departementet i forskrift kan gi nærare føresegner om krav til tenester som er omfatta av lova.

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 10. juni 2011 uttalt seg om ansvaret til RHFa:

Ansvar for å sørge for syketransport er pålagt de regionale helseforetakene i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a nr. 6. Regelverket forutsetter at de regionale helseforetakene kan oppfylle sitt ansvar etter to hovedprinsipper. Enten kan pasienten få et tilbud om transport som foretaket har organisert og finansiert. Foretaket må i disse tilfellene sørge for at transporten er forsvarlig organisert, herunder sørge for nødvendig assistanse til pasienter som ikke kan klare seg selv på reisen. Alternativt kan det overlates til pasienten å ordne med reisen selv og få refundert utgiftene i etterkant.

Dei regionale helseføretaka har dermed ansvar for å oppfylle rettane pasientane har etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 og pasientreiseforskriften.

4.2 Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 gir pasient og reisefølgje rett til dekning av nødvendige reiseutgifter når pasienten reiser i samband med ei helseteneste som er omfatta av spesialisthelsetjenesteloven og som blir finansiert av eit føretak etter helseføretaksloven. Det same gjeld helsetenester som er omfatta av folketrygdloven kapittel 5 og helsetenester som blir gitt ved familievernkontor og helsestasjon. Departementet er også gitt heimel til å fastsette i forskrift at retten til dekning av nødvendige reiseutgifter også skal gjelde når pasienten må reise til og frå ei anna helseteneste som er omfatta av helse- og omsorgstjenesteloven.

Retten til dekning av utgifter fell bort dersom pasienten får tilbud om transport med transportør som har avtale med regionalt helseføretak eller anna tilbud om gratis offentleg transport. Retten til dekning av utgifter fell også bort i den utstrekning utgiftene blir dekte etter anna lovgiving. Dette følger av fjerde ledd.

Det blir ytt stønad til dekning av reiseutgifter til den næraste staden der helsetenesta kan bli gitt, når ikkje anna følger av forskrift. Dette følger av andre ledd. Departementet kan vidare gi forskrifter om dekning av reise- og opphaldsutgifter for pasientar og pårørande og utgifter til nødvendig reisefølge, under dette dekning av utgifter til reise til andre stader enn den geografisk næraste staden, eigenbetaling, minste reiseavstand, kjøyregodtgjering, rett til dekning av faktiske reiseutgifter i særlege tilfelle, utbetaling av refusjon og fristar for å sette fram krav. Dette går fram av femte ledd.

4.3 Pasientreiseforskriften

Pasientreiseforskriften tredde i kraft i 2016. Den vidarefører i stor grad den tidlegare syketransportforskriften og etablert praksis. Den største endringa var innføring av standardsats.

Etter syketransportforskriften fekk pasientar refundert utgifter til billigaste rutegåande transportmiddel. Pasientar som måtte brukte bil, fekk dekt ein standardsats per kilometer og eventuelle tilleggsutgifter. I 2016 blei det innført ein felles standardsats for reiser under 300 kilometer uavhengig av korleis pasienten reiser. For reiser over 300 kilometer blir billigaste rutegåande transport dekt. Det blei også innført ei ny føresegn om dekning av utgifter til flyreiser. I tillegg blei krav om minste reiseavstand auka frå tre til ti kilometer og føresegnene om dekning av utgifter for reisefølge og nære pårørande blei samla.

Formålet med endringane var særleg å legge til rette for automatisert saksbehandling. Regelverket skulle i tillegg bli lettare tilgjengeleg mellom anna ved at gjeldande praksis blei forskriftsfesta.

5 Generelle utfordringar med pasientreiseforskriften

5.1 Komplisert regelverk

Eit viktig mål med regelverket som kom i 2016, var å legge til rette for automatisert saksbehandling. Automatisert saksbehandling krev at utfallet av ei konkret enkeltsak kan vurderast på førehand. Skjønnsmessige vurderingstema gjer det vanskeleg å automatisere saksbehandlinga. Når moglegheita for å gjere individuelle vurderingar og tilpassingar blir tatt ut, aukar risikoen for at regelverket blir opplevd som urimeleg. Automatiseringa kan vidare bidra til at regelverket blir komplisert fordi det til dømes er nødvendig med detaljerte berekningsreglar.

Berekinga av kva for utgifter som skal dekkast er nå i stor grad automatisert for reiser pasienten organiserer sjølv (reise utan rekvisisjon). Forskrifta har likevel fortsett fleire føresegnar som krev skjønsmessige vurderingar, til dømes kva som er næraste stad ei helseteneste kan bli gitt, om rutegåande transportmiddel kan nyttast, om overnatting på reisa er nødvendig, om det er nødvendig med reisefølgje og om kurs eller opplæring er nødvendig for oppfølging av pasienten. Når dokumentasjon må vurderast, må også saksbehandlinga gå føre seg manuelt.

5.2 Behov for rettleiing

Det går fram av Helsedirektoratet sin rapport at både statsforvaltarane, Pasientreiser HF og helseføretaka har tatt opp behovet for eit nasjonalt rundskriv med føringar for tolking av føresegnene som reiser flest tvilsspørsmål. Statsforvaltarane har vist til at dei i dag ikkje har god nok oversikt over kva som er praksis ved dei enkelte pasientreisekontora, og at det er få rettskjelder å bruke eller vise til når dei vurderer klagesaker. Direktoratet peiker på at kartlegginga viser at mange føresegnar reiser problemstillingar som vanskeleg lar seg regulere uttømmende i forskrift, samtidig som omsynet til likebehandling og at utfallet er føreseieleg talar for at det blir gitt felles føringar.

5.3 Departementet sine vurderingar

Departementet ser at ei større omarbeiding av forskrifta kanskje kunne bidra til at den blir lettare å forstå. Det ville mellom anna vere ein fordel med føresegnar om formål og verkeområde, ny kapittelinnending og eit enda tydelegare skilje mellom reglar for reiser pasienten sjølv organiserer og reiser helseføretaket organiserer.

Pasientreiseforskriften har på den andre sida verka i fleire år. Den er derfor godt innarbeida. Departementet har derfor valt å rette fokus mot enkeltendingar innan ramma av den gjeldande forskrifta som vil bidra til at det blir lettare å forstå regelverket.

Enkelte av forslaga frå Helsedirektoratet har store økonomiske konsekvensar for dei regionale helseføretaka som vil kunne gå ut over pasientbehandlinga. Departementet har valt å foreslå endringar som kan følgast opp innanfor den økonomiske ramma for den gjeldande ordninga.

Dei foreslegne endringane blir omtalte i kapittel 6 til kapittel 16. Det blir også foreslått nokre mindre språklege endringar som ikkje er nærare omtalte i dei nemnde kapitla, men tatt inn i kursiv i utkastet til endringsforskrift.

Eit rundskriv vil etter departementet si vurdering kunne bidra til likare praksis nasjonalt, og gi støtte for dei som skal gjere dei konkrete vurderingane til dømes om kva for omsyn som skal eller ikkje skal vektleggast. Eit rundskriv kan også gjere det enklare å informere brukarane om ordninga og å grunngi vedtak. Departementet legg derfor opp til at det skal utarbeidast eit rundskriv til forskrifta.

6 Endringar i omgrepsbruk

6.1 Utfordringar

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 gir pasient og reisefølgje «rett til dekning av nødvendige utgifter når pasienten reiser i forbindelse med en helsetjeneste». «Rett til dekning av utgifter» blir også brukt i pasientreiseforskriften. Det er likevel ikkje slik at alle utgifter blir dekte fullt ut.

I evalueringa er det peikt på at formuleringa «rett til dekning» gir ei forventning om at alle dokumenterte utgifter blir refunderte. Ettersom pasientar som hovudregel, berre får dekt ein del av dei faktiske utgiftene sine, meiner fleire at ordlyden er misvisande. Det gjeld særleg ved bruk av bil der hovudregelen er at pasienten berre får dekt ein standardsats per kilometer og ikkje utgifter til bompasering, parkering o.l.

6.2 Forslaget frå Helsedirektoratet

Helsedirektoratet viste til at pasientreiseforskriften både gjeld reiser der pasienten får full utgiftsdekning og reiser der pasienten får delvis dekning i form av ein stønad. Pasienten kan ha rett til stønad, rett til dekning av faktiske utgifter eller ein kombinasjon. Helsedirektoratet foreslo derfor å bruke omgrepet rett til «*reisestønad*» i tillegg til rett til «*dekning av utgifter*».

6.3 Departementet sine vurderingar og forslag

Det klare utgangspunktet er at refusjonen av reiseutgifter ikkje blir basert på dei faktiske reiseutgiftene, men berekna etter ein standardsats. Departementet er derfor einig i at den gjeldande ordlyden er misvisande. I enkelte tilfelle har pasienten likevel rett til å få dekt faktiske utgifter til drosje eller tilleggsutgifter til dømes bompengar eller parkering, jf. pasientreiseforskriften § 22.

Det blir også ytt kost- og overnattingsgodtgjersle når pasienten er på reise over lengre tid, jf. pasientreiseforskriften § 12. Kost- og overnattingsgodtgjersla blir heller ikkje basert på dei faktiske utgiftene, men gitt med eit fast beløp per døgn. Beløpet vil derfor ikkje nødvendigvis dekke dei faktiske utgiftene til pasienten eller reisefølgje.

Departementet sluttar seg til vurderinga av at det bør synleggjerast i forskrifta at pasienten ikkje har krav på full dekning av dei faktiske utgiftene knytte til reisa, men på stønad til dekning av slike utgifter. Departementet meiner at «stønad» reint språkleg også omfattar tilfelle der pasienten har rett til å få dekt faktiske utgifter knytte til reisa etter pasientreiseforskriften § 22.

Departementet meiner derfor at «*rett til reisestønad*» bør brukast i forskrifta og foreslår at det blir tatt inn som ei gjennomgåande endring i forskrifta. Departementet meiner vidare at omgrepet «*reisestønad*» bør definerast i forskrifta. Det blir foreslått at reisestønad blir definert som «*stønad til dekning av utgifter til reise*». Departementet foreslår at definisjonen av «*reisestønad*» blir tatt inn i ei ny føresegn om definisjonar.

Sjå blant anna forslaget til ny § 1.

7 Reiser til og frå spesialisthelsetenester

7.1 Gjeldande rett

Det følger av pasientreiseforskriften § 1 første ledd at pasientar har rett til å få dekt utgifter ved å reise til og frå spesialisthelsetenester ved sjukehus, distriktpspsykiatrisk senter eller institusjon som tilbyr tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Det er ein føresetnad at institusjonen er eigd av, eller har avtale med, eit regionalt helseføretak.

Det følger vidare av andre ledd i føresegna at ein pasient i tillegg har rett til å få dekt utgifter ved å reise til og frå andre spesialisthelsetenester som blir finansierte av eit regionalt helseføretak og er:

«

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

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 gir pasientar som har rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta, rett til å velgje kva for ei verksemd som skal yte helsehjelpa.

Rettane etter pasientreiseforskriften § 1 første og andre ledd gjeld også når pasienten brukar retten til å velgje behandlingsstad. Det går fram av tredje ledd. Det er likevel gjort unntak for reise til private radiologiske verksemder. Her blir berre reiser til næraste stad der tenesta kan gis dekte.

Etter pasientreiseforskriften § 8 har pasienten likevel ikkje rett til å få dekt reiseutgifter når avstanden frå opphaldsstaden til behandlingsstaden er mindre enn 10 km, eller når det er mogleg å bruke rutegåande transportmiddel til lokal minstetakst.

Pasientar skal betale ein eigenandel på 164 kr kvar veg, jf. forskrifta § 24. Dersom pasienten brukar retten til å velgje ein behandlingsstad utanfor eigen bustadregion skal det betalast ein høgare eigenandel på 400 kroner kvar veg. Dette gjeld likevel ikkje dersom helsetenesta blir motteke på den næraste staden den reint faktisk kan bli gitt, eller det ikkje finst eit tilbod i bustadregionen til pasienten. I slike tilfelle skal pasienten betale ordinær eigendel på 164 kroner.

Ved livstruande sjukdom har pasienten rett til å få dekt reiseutgifter ved permisjon frå sjukehusopphaldet. Det må ligge føre ei stadfesting frå behandlande lege på at pasienten lir av livstruande sjukdom. Dette går fram av pasientreiseforskriften § 13.

7.2 Utfordringar

Opplistinga i pasientreiseforskriften § 1 første ledd samsvarer ikkje lenger med tenestene som er omfatta av retten til å velgje behandlingsstad etter pasient- og brukarrettighetsloven § 2-4.

Helsedirektoratet har fått førespurnader frå pasientar som må betale høgare eigenandel fordi dei er tilviste til ein behandlingsstad i ein annan helseregion enn den dei er busette i, som sjølv ikkje har vore klar over at dei har brukt retten til å velgje behandlingsstad. Statsforvaltarane har også peikt på at det ved behandlinga av ein klage kan vere uklart om pasienten har vore klar over at vedkommande har «benyttet retten til å velge behandlingssted».

7.3 Forslaget frå Helsedirektoratet

Direktoratet foreslo at lista over kva for spesialisthelsetenester ein kan få dekt reiseutgifter til, ikkje blir vidareført. Helsedirektoratet foreslo vidare at det i tredje ledd blir tatt inn ei tilvising til § 24 om eigenandel.

7.4 Departementet sine vurderingar og forslag

Opplistinga i den gjeldande § 1 første ledd er ikkje lenger i samsvar med kva for tenester som er omfatta av retten til å velgje behandlingsstad etter pasient- og brukarrettighetsloven § 2-4. Departementet sluttar seg derfor til forslaget frå Helsedirektoratet om å ikkje vidareføre lista.

Departementet foreslår vidare at retten til reisestønad skal knytast til reiser til og frå spesialisthelsetenester som blir finansierte og ytte av verksemdar som er eigde av, eller har avtale med, eit regionalt helseføretak. Retten vil dermed ikkje lenger vere knytt til typen institusjon som tilbyr spesialisthelsetenesta. Føresetnaden om at verksemda held til innanfor bustadregionen til pasienten eller på den næraste staden der helsetenesta kan bli gitt (sjølv om den blir gitt i ein annan region) blir vidareført.

Departementet foreslår også at dei nåverande reglane om dekning av utgifter til reiser i samanheng med spesialisthelsetenester som blir gitt utanfor eigen bustadregion og der den faktiske behandlingsstaden heller ikkje er den næraste staden, blir vidareført. Departementet foreslår at føresegna blir omformulert slik at det går fram at pasienten har rett til reisestønad ved reise til og frå spesialisthelsetenester som blir gitt av ei verksemd som er omfatta av retten til val av behandlingsstad etter pasient- og brukarrettighetsloven § 2-4.

Departementet foreslår som følge av forslaget om at det i forskrifta skal tas inn ein ny § 1 med definisjonar, at føresegna om dekning av utgifter ved reiser til og frå spesialisthelsetenester blir ny § 1a.

Den nye føresegna regulerer verken berekninga av reisestønaden eller pasienten sin eigenandel. Departementet meiner at det vil vere uheldig å ta inn ei presisering om kva for eigenandel pasienten skal betale i denne føresegna og har derfor ikkje følgd opp forslaget frå Helsedirektoratet.

Omgrepet «bostedsregion» er definert i spesialisthelsetjenesteloven § 5-1. Departementet foreslår at det blir tatt inn ein tilsvarande definisjon av «bostedsregion» i ny § 1.

Når pasienten er innlagt i ein helseinstitusjon er det i utgangspunktet institusjonen sitt ansvar å sørge for å dekke utgifter som er nødvendige for å behandle pasienten. Departementet har vurdert om det bør presiserast i forskriften at pasienten ikkje har rett til å få dekt utgifter under institusjonsopphaldet etter pasientreiseforskriften, men komme til at det heller bør gjerast i rundskriv.

Føresegna i pasientreiseforskriften om permisjonsreiser er eit unntak frå utgangspunktet om at institusjonen må dekke utgifter som er nødvendige for å behandle pasienten. Vilråa er forholdsvis strenge. Departementet viser til at utgiftene uansett må dekkast av institusjonen og meiner at det vil vere meir føremålstenleg at dei regionale helseføretaka sjølv avgjer om pasienten skal få dekt utgifter til reiser ved permisjon. Departementet foreslår derfor at føresegna om dekning av utgifter ved permisjon skal opphevast. Institusjonen kan uavhengig av dette velgje å gjere avtale med Pasientreiser HF om å la utbetalinga gå via pasientreisestystemet.

Sjå forslaga til § 1 og 1a.

8 Reise til og frå helsetenester etter folketrygdloven kapittel 5

Det blir ikkje foreslått endringar i retten til å få dekt utgifter til reise til og frå helsetenester etter folketrygdloven kapittel 5.

Departementet har i brev til Helsedirektoratet av 8. september 2023 presisert retten til utgiftsdekning når ein pasient ikkje har fått innfridd sin rett til å stå på liste hos ein fastlege i bustadkommunen eller i ein kommune som samarbeide med bustadkommunen om å tilby fastlege, og heller ikkje har fått plass på lista til fastlege som er geografisk nærmast opphaldsstaden til pasienten. I slike tilfelle kan dekninga av reiseutgifter ikkje avgrensast til det pasienten ville hatt rett til å få dekt ved reise til den næraste staden der det aktuelle behovet for helsehjelp kunne ha vore dekt på annan måte. Pasienten kan dermed, i mangel av eit tilbod om fastlege som er geografisk nærmare velgje å stå på liste hos den nærmaste faktisk tilgjengelege fastlegen – også i ein annan kommune - utan at det får konsekvensar for retten til å få dekt reiseutgifter. Departementet foreslår at presiseringa blir tatt inn i § 2 første ledd bokstav d.

9 Utgifter til reingjering av køyretøy og frakt av reisegods

9.1 Gjeldande rett

Pasientreiseforskriften § 15 gir pasientar rett til å få dekt nødvendige utgifter til å få sendt reisegods og til ekstra reingjering av drosje, leigd bil eller eigen bil når transporten er gjennomført.

9.2 Utfordringar

Det er usikkerheit om i kva tilfelle det skal gis særskilt dekning til reingjering av bil.

9.3 Forslaget frå Helsedirektoratet

Helsedirektoratet foreslo at føreseigna skulle vidareførast, men meinte at reingjering av drosje etter reiser som blir organiserte av helseføretaket burde varetakast i avtalane mellom helseføretaka og transportørane. Direktoratet forslo også at «reisegods» skulle endrast til «nødvendig utstyr og bagasje».

9.4 Departementet sine vurderingar og forslag

Departementet meiner at reingjering av drosje etter reiser som blir organiserte av helseføretaket bør varetakast i avtalane mellom helseføretaka og transportørane. Slike avtalar vil likevel ikkje løyse situasjonar der helseføretaket ikkje har inngått avtale med transportør og der drosje ikkje blir bestilt av helseføretaket. Dei vil heller ikkje løyse situasjonar der pasienten har reist med eigen eller leigd bil. Departementet støttar derfor vurderinga til Helsedirektoratet av at føreseigna om dekning av utgifter til reingjering bør vidareførast. Departementet støtter også forslaget om at «reisegods» skal endrast til «nødvendig utstyr og bagasje».

Sjå forslaget til § 15.

10 Reiser som blir organiserte av helseføretaket

10.1 Gjeldande rett

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 6 at dei regionale helseføretaka skal sørge for transport til undersøking og behandling i helse- og omsorgstenesta. Dei regionale helseføretaka har dermed plikt til å sørge for at pasienten får dekt reiseutgifter når vilkåra er oppfylte. Sjå nærmare omtale av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a nr. 6 under punkt 4.1.

Pasientreiseforskriften regulerer primært pasienten sin rett til dekning av utgifter. Forskriften har ingen særskilte reglar om innhaldet i tilbodet når reisene blir bestilt og heilt eller delvis organiserte av helseføretaka ved pasientreisekontora (rekvirerte reiser). Føresegnene i forskrifta som stiller vilkår for pasienten sin rett til reisestønad (§§ 1 til 11

og 13) og vilkåra for pasienten sin rett til dekning av tilleggsutgifter (§ 22) vil likevel også vere førande for kva for pasientar som får tilbod om reiser som er organiserte av helseføretaket.

Pasientreisekontoret, eller ein annan som har fått mynde til det, kan attestere at manglande rutegåande transport gjer det nødvendig å bruke drosje eller bil, jf. første ledd bokstav c. Pasienten sin behandlar, oversjukepleiar, avdelingssjukepleiar og fagleg ansvarleg på røntgenavdelinga eller laboratorium i sjukehus kan attestere at helsetilstanden til pasienten gjer det nødvendig å bruke drosje eller bil, jf. § 22 tredje ledd.

Pasientar som har fått tilbod om transport, kan ikkje velgje å i staden få dekt utgifter til reise som dei organiserer sjølv. Det går fram av pasientreiseforskriften § 9.

10.2 utfordringar

Enkelte pasientar og pårørande opplever ordninga og organiseringa av reisene som for dårleg tilpassa behova til pasientane. Enkelthistorier viser eksempel på reiser som ikkje står fram som forsvarlege ut frå helsetilstanden til pasienten. Det er også kome innspel om manglande fleksibilitet og lita mogelegheit eller vilje til å ta individuelle omsyn.

Helseføretaka har etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 ansvar for å sikre forsvarlege pasientreiser, men må innan ramma av kravet om at helsetenester skal vere forsvarlege også foreta økonomiske og praktiske vurderingar. Det kan gjere det vanskeleg å vareta individuelle ønske. For at reisa skal vere forsvarleg er det vidare ein føresetnad at dei som skal organisere reisa, har fått tilstrekkeleg og forståeleg informasjon frå behandlaren til pasienten om behova til pasienten.

Det er reist spørsmål ved om regelverket er tilstrekkeleg klart når det gjelder plikta til å sørge for transport.

Tilbod om transport som er tilrettelagt for å vareta helsa til pasienten, må vere basert på eit medisinskfagleg skjønn. Regelverket gir ikkje nærmare retningsliner for dette skjønnnet. Det fører til variasjon i tilbodet og gjer det mindre føreseieleg korleis føresegna vil bli praktisert. Regelverket stiller heller ikkje nærmare kvalitetskrav, til dømes med omsyn til kor lenge pasienten skal måtte vente på transporten. Det er utarbeida serviceparameterar for eksempel for kor lenge pasienten skal måtte vente på transport frå behandlingsstaden. Departementet meiner at det er rimeleg å anta at det vil kunne bidra til å redusere variasjon i praksis.

Pasientreisekontora bestiller også pasientreiser når det ikkje finst rutegåande transport og når pasienten må reise med fly. I desse tilfella er utfordringane ikkje berre knytte til kravet om at helsetenesta skal vere forsvarleg, men handlar også om praktisk tilrettelegging ut frå behova til pasientane. Det er til dømes eit spørsmål kva for pasientar som har rett til å få rekvirert flyreiser. Som for reiser som blir rekvirerte på medisinsk grunnlag, er det blant anna spørsmål om kor mykje lengre tid ei kollektivreise kan ta og i kor stor grad ønska til pasientane om til dømes reisetidspunkt eller transportmiddel skal imøtekomast. Spørsmålet om det finnes eit rutegåande transporttilbod som pasienten kan bruke, har likevel også ein helsedimensjon. Det blir derfor etterlyst nasjonale føringar.

Pasientar opplever å få avslag på ønske om å få reise på andre måtar enn tilbodet pasientreisekontoret skaffar, sjølv om pasientane meiner det ville ha vært billigare for helseføretaket dersom dei til dømes køyrde eigen bil.

10.3 Forslaget frå Helsedirektoratet

Helsedirektoratet foreslo at det skulle tas inn ei føresegn i pasientreiseforskriften som tydeleggjer ansvaret helseføretaka har for å tilby transport, og/eller kva rettar pasientane har i samband med slik transport. Pasientar som har rettar etter kapittel 1 i forskrifta, bør ha rett til tilrettelagt transport eller å få dekt slik transport når helsetilstanden eller manglande rutegåande transport gjer det nødvendig.

Helsedirektoratet foreslo også at det skal gis nokre grunnleggande føringar for tilbod om tilrettelagd transport. Direktoratet foreslo at kravet om at tilrettelagd transport skal vere forsvarleg og bygge på dei grunnleggande vilkåra for tilrettelagt transport som i dag står i pasientreiseforskriften § 22 om dekning av utgifter til drosje skulle gå fram av forskrifta. Helsedirektoratet meinte vidare at føresegna burde supplerast med eit rundskriv der det til dømes blir utdjupa kva som skal til for å fylle vilkåret om at pasienten manglar eit rutegåande transporttilbod, korleis omsynet til enkelte pasientgrupper bør vektleggast, foreldre sitt ansvar for å følge barn, mv.

10.4 Departementet sine vurderingar og forslag

Dei regionale helseføretaka kan vareta sitt ansvar ved å tilby pasienten transport eller ved å legge til rette for at pasienten får dekt nødvendige utgifter når vilkåra for dette er oppfylt.

Departementet meiner at det er for stor variasjonen i praksis. Departementet foreslår derfor at det skal gå tydelegere fram av pasientreiseforskriften kva for reglar som gjelder for reiser som blir organiserte av helseføretaket. Det bør også bli gitt nokre grunnleggande føringar for slike reiser. Departementet foreslår at det blir tatt inn eit nytt kapittel i forskrifta om transport som blir organisert av helseføretaket.

Etter departementet si vurdering bør det skiljast mellom transport som blir organisert av helseføretaket generelt og transport som er særskilt tilrettelagd på grunn av helsetilstanden til pasienten. Departementet meiner at omgrepet «organisert transport» bør brukast om all transport som blir organisert av helseføretaket og at omgrepet «tilrettelagt transport» bør brukast for reiser som er særskilt tilrettelagte på grunn av helsetilstanden til pasienten. Departementet foreslår derfor ei generell føresegn om organisert transport (rekvirerte reiser) og ei eiga føresegn om tilrettelagt transport. Som ei følgje av forslaget om at innhaldet i gjeldande § 16 skal innlemmast i utkastet til § 12 foreslår departementet at føresegna om organisert transport blir tatt inn som ny § 16.

Det er vanskeleg å fastsette konkrete kvalitetskrav til pasientreiser som blir organiserte av helseføretaka, til dømes krav til maksimal reisetid eller ventetid for pasientane, i forskrift. I vurderinga av kva som er akseptabel ventetid eller reisetid er det mange omsyn som må vektleggast. Utfallet av vurderinga vil dermed kunne variere frå sak til sak.

Dersom helseføretaka ved pasientkontorene tilbyr pasientar transport, har dei etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 ei plikt til å sørge for at transporten er forsvarleg. Kravet om forsvarlege tenester set ei ytre grense for kva som er akseptabel reisetid eller ventetid. Kravet om forsvarlege tenester inneber også ei plikt til å legge reisa til rette for pasienten. Det stiller mellom anna krav til transportmiddelet og til at det blir sørga for nødvendig assistanse til pasientar som ikkje kan klare seg sjølv på reisa.

Samkøyring i drosje er eit praktisk eksempel på at helseføretaka må balansere ulike omsyn og gjere økonomiske vurderingar. Dette er eit mykje brukt tiltak som fører til at pasientreisene blir billigare for helseføretaket, men som kan føre til at pasientane får lengre reiseveg og at reisa tar lengre tid.

Kravet om at tenesta skal vere forsvarleg er dermed ei viktig ramme for helseføretaka si organisering av transport. Departementet meiner derfor at det vil vere ein fordel at dette kravet også går tydeleg fram av forskrifta. Som departementet har understreka ovanfor, må det gjerast ei konkret vurdering av kva som vil vere forsvarleg i det enkelte tilfellet. I det ligger det at helseføretaka faktisk må balansere ulike omsyn, og gjere økonomiske vurderingar samtidig som dei må legge vinn på likebehandling. Departementet foreslår derfor at det i rundskriv blir utdjupe kva for moment det bør leggest vekt på.

Departementet viser også til at Riksrevisjonen i 2009 undersøkte korleis helseføretaka varetok ansvaret for pasientreiser, jf. Innst. 246 S (2010-2011). Riksrevisjonen meinte at det var eit unytta potensial for betre samordning av transportar med drosje og turvogn og at det vil kunne føre til ei meir kostnadseffektiv teneste. Helseføretaka har dei seinare åra prioritert dette utviklingsområdet. Det har bidratt til å redusere kostnadsauken ved pasientreiser som blir organiserte av helseføretaka.

Departementet foreslår at det blir presisert i forskrifta at helseføretaka kan bestemme kva for eit transportmiddel som skal brukast og om fleire pasientar skal reise saman. Departementet understrekar samtidig at det kan vere forhold ved helsetilstanden til pasienten som gjer at pasienten treng at transporten blir særskilt tilrettelagt. Det kan til dømes vere at pasienten ikkje bør utsettast for ein lengre reiseveg enn nødvendig eller at pasienten ikkje bør reise saman med andre. Behovet for særskilt tilrettelagt transport skal vurderast av behandlaren til pasienten. Departementet meiner at behandlaren si vurdering også må leggest til grunn ved organiseringa av transporten. Departementet foreslår derfor at dette skal gå klart fram av føresegna.

Det følger av gjeldande pasientreiseforskrift § 22 første ledd bokstav c at pasientkontoret eller andre som har fått mynde til det, kan attestere behov for organisert transport på grunn av manglande rutegåande tilbod. Den helsefaglege vurderinga skal også leggest til grunn for reiser som blir organiserte av helseføretaket. Departementet foreslår derfor at denne føresegna blir tatt inn i utkastet til ny § 16 om organisert transport.

For å vareta pasientar sine behov for tilrettelagt transport, må helseføretaket som skal organisere transporten, ha informasjon om at den enkelte pasienten har behov for tilrettelagt transport. Det er derfor avgjerande at pasientane sine behandlarar er klar over at dei har plikt til å vurdere om det ligg føre behov for tilrettelagt transport og at dei formidlar det

vidare til helseføretaket. Departementet foreslår derfor at plikta behandlarar har til å vurdere om pasienten har behov for særskilt tilrettelegging av transport, og plikta til å melde om behovet til helseføretaket, blir tydeleggjort i forskrifta.

Den gjeldande forskrifta ramsar opp ei rekke stillingskategoriar som skal kunne attestere behov for drosje eller bil. Departementet foreslår at det skal overlatast til helseføretaka å ta stilling til kven andre enn behandlarar til pasienten som skal kunne ta stilling til om pasienten har slike behov. Departementet foreslår også at forskrifta skal rette fokus mot kven som skal kunne vurdere behovet.

Departementet foreslår også at det blir utdjupa i rundskriv kva som ligg i at transporten skal vere forsvarleg og kva krav som blir stilte til «tilrettelagt transport».

Sjå forslaget til § 16.

11 Stønad til reisefølge og nære pårørande

11.1 Reisefølge

11.1.1 Gjeldande rett

11.1.1.1 Innleiing

Pasientreiseforskriften gir rett til stønad til dekning av utgifter til reisefølge til og frå behandling.

Utgifter til transport, kost og overnatting for følgjeperson blir i utgangspunktet dekte etter reglane som gjeld for pasienten.

Reiseutgiftene til ein særskilt kvalifisert reisefølge som er nødvendig for reisa blir dekt etter følgjepersonen sitt regulativ, tariffavtale eller takstar fastsette i forskrift. Dei særskilte kvalifikasjonane kan mellom anna vere medisinsk kompetanse, politimynde og tolkekompetanse.

Pasientreiseforskriften regulerer berre politiet sin rett til refusjon av utgifter ved nødvendig bistand ved transport av pasientar. Reisefølge i samanheng med ambulansetransport fell utanfor dette regelverket. Bistand ved rømmingar, leiteaksjonar og vakthald på institusjon er heller ikkje omfatta. Forskrifta gir heller ikkje rett til refusjon av utgifter når politiet gir bistand helsetenesta i situasjonar der pasienten utgjer ein fare for helsepersonell og/eller andre pasientar jf. politiloven § 7.

Forskriften regulerer ikkje dekning av utgiftene til følgjepersonen under behandlinga av pasienten.

11.1.1.2 Reiseutgifter

Det følger av pasientreiseforskriften § 17 første ledd at ein følgjeperson har rett til å få dekt utgifter i samanheng med reisa når pasienten av omsyn til medisinske forhold eller

behandlinga har behov for reisefølge. Det same gjeld når det er nødvendig med reisefølge for å hindre at pasienten rømmer eller nyt rusmiddel under reisa.

Det følger av andre ledd at behandlaren til pasienten må bekrefte at det er behov for reisefølge.

Følgjepersonen sine utgifter til transport, kost og overnatting blir dekte etter dei same reglane som gjeld for pasienten, jf. pasientreiseforskriften § 17 tredje ledd. I det ligg det at når pasienten får dekt reiseutgifter fordi reisa gjeld strakshjelp (øyeblikkelig hjelp), eller det er attestert at det er nødvendig å bruke drosje eller bil, gjeld unntaka for korte reiser etter § 8 heller ikkje for følgjepersonen.

Når pasienten får reisefølge, har enten følgjepersonen eller pasienten rett til å få dekt reiseutgifter etter standardsats (3,00 kr per km). Dersom det er dokumentert at dei har brukt rutegående transport, har både pasienten og følgjepersonen rett til å få dekt billettutgiftene. Dette går fram av § 21 femte ledd.

Det følger av pasientreiseforskriften § 17 fjerde ledd at utgiftene for særskilt kvalifisert følgjeperson blir dekte etter regulativet eller tariffavtalen til følgjepersonen eller takstar fastsette i forskrift. Dei særskilte kvalifikasjonane kan blant anna vere medisinsk kompetanse, politimynde og tolkekompetanse.

Det samla utgiftene til følgjepersonen kan bli reduserte (avkorta) til kostnaden for den billigaste forsvarlege følgjepersonen som kunne vore skaffa til reisa, jf. § 17 femte ledd.

11.1.1.3 Tapt arbeidsinntekt

Følgjepersonen sin rett til å få dekt tapt arbeidsinntekt er regulert i pasientreiseforskriften § 18. Følgjepersonen har rett til å få dekt dokumentert tapt arbeidsinntekt med 160 kr per time. Dersom tapt arbeidsinntekt ikkje kan dokumenterast, har følgjepersonen rett til å få dekt dokumenterte nødvendige utgifter til leigd hjelp til erstatning for eige arbeid under fråværet med opptil 53 kr per time. Tapt arbeidsinntekt blir dekt med inntil åtte timer per døgn, jf. § 18 tredje ledd. Leigd hjelp frå nære pårørande til pasienten eller følgjepersonen blir ikkje dekte.

Dersom det *av medisinske eller behandlingmessige grunner* er påkravd med særskilt kvalifisert reisefølge, eller billigare forsvarleg følgjeperson ikkje kunne vore skaffa, blir tapt arbeidsinntekt dekt etter lønnsregulativet eller tariffavtalen til følgjepersonen eller takstar fastsette i forskrift, jf. andre ledd. Særskilt kvalifiserte følgjepersonar som er nødvendige for reisa, har rett til å få dekt fleire enn åtte timar. Dei særskilte kvalifikasjonane kan blant anna vere medisinsk kompetanse, politimynde og tolkekompetanse.

Etter § 18 fjerde ledd blir det ikkje gitt stønad for fråvær innanfor den vanlege arbeidstida til følgjepersonen som ikkje gir trekk i løn. Dersom ein særskilt følgjeperson ikkje blir trekt i løn blir stønaden utbetalt til arbeidsgivaren.

Det følger vidare av § 18 femte ledd at tilsette i heimesjukepleia og følgjepersonar som mottek dagpengar under arbeidsløyse eller sjukepengar frå folketrygda, ikkje har krav på å få dekt tapt arbeidsinntekt.

11.1.2 Utfordringar

Dersom pasienten ikkje har rett til å få dekt reiseutgifter, har følgjepersonen i utgangspunktet heller ikkje rett til å få dekt utgiftene sine. Dette gjeld til dømes når pasienten har behov for reisefølge som er kortare enn ti kilometer.

Når politiet gir bistand som kvalifisert reisefølge, blir den faktiske løna (tapt arbeidsinntekt etter følgjepersons sitt ordinære lønnsregulativ) dekt. Den enkelte polititienestepersonen blir som hovudregel ikkje trekt i løn. Refusjonen blir då utbetalt til arbeidsgivaren. Pasientreiser HF har utarbeida eit eige skjema for å søke om dekning av tappt arbeidsinntekt. Her må politiet gi opplysningar om rekvirerande behandlar, om pasienten, om oppdraget (arten av oppdrag og kven som utførte oppdraget) og om tidsbruk. Det må leggjast ved attestasjon på oppmøte frå behandlar/oppmøtestadfesting, kopi av timeliste, dokumentasjon på behov for reisefølge frå behandlar og utskrift frå vaktjournalen til politiet og lydlogg (PO-logg). Det er arbeidskrevjande for politiet å fremme krav om tappt arbeidsinntekt og arbeidskrevjande for helseføretaka å behandle krava. Det skuldast særleg at det er den dokumenterte faktiske løna til kvar einskilt polititienesteperson under oppdraget som kan krevjast dekt. Det kan til dømes vere uklart om oppdraget skjedde innanfor den ordinære vakta til polititienestepersonen eller om oppdraget skjedde på overtid, noko som gir ulik timesats.

11.1.3 Forslaget frå Helsedirektoratet

Helsedirektoratet foreslo at det skulle takst inn ei presisering i § 17 om at følgjepersonen har rett til å få dekt reiseutgiftene sine sjølv om pasienten bur nærmare behandlingsstaden enn 10 km når pasienten av omsyn til behandlinga treng reisefølge.

11.1.4 Departementet sine vurderingar og forslag

Departementet meiner at det er riktig å halde fast ved hovudprinsippet om at følgjepersonen sin rett er avleia av pasienten sin rett. Departementet støttar likevel vurderinga til Helsedirektoratet av at det i forskrifta bør presiserast at nødvendige følgjepersonar som har ein reiseveg på meir enn ti km, skal få reisestønad sjølv om pasienten har kortare reiseveg enn ti km. Retten til følgjepersonane skal og gjelde sjølv om pasienten kan nytte rutegående transportmiddel til lokal minstetakst eller einheitstakst, når dette ikkje er mogleg for følgjepersonen.

Departementet foreslår også at innhaldet i § 18 om følgjepersonen sin rett til dekning av tappt arbeidsinntekt skal vidareførast. Departementet legg til grunn at føresegna skal tolkast slik at følgjepersonar alltid må dokumentere at dei har tappt arbeidsinntekt og at det inneber at delvis sjukmelde og delvis arbeidsledige som har følgd ein pasient på eit tidspunkt der vedkommande skulle ha vore på jobb, får dekt tappt arbeidsinntekt. Departementet ser derfor ikkje behov for å vidareføre den særskilte føresegna om følgjepersonar som mottok dagpengar eller sjukepengar og foreslår derfor at den blir oppheva.

Departementet foreslår vidare at føresegnene som gjeld for særskilt kvalifiserte følgjepersonar skal samlast i ei eiga ny føresegn.

Politiet gir bistand til helsetenesta i mange ulike situasjonar. Departementet foreslår ingen endringar i føresegnene om når politiet skal kunne krevje refusjon. Det er kjent at det dreier seg om fleire titals tusen oppdrag gjennom eit år. Dette kan vere kortvarige eller tidkrevjande oppdrag, spesielt i dei tilfella der det er lange distansar pasienten skal fraktast. Det finst likevel ikkje tilgjengelege data som kan gi grunnlag for eit anslag på omfanget av oppdrag der politiet kan krevje refusjon av utgiftene sine etter pasientreiseregulverket.

Politiet sender i dag inn få krav om refusjon. Det er grunn til å tru at politiet i mange tilfelle ikkje sender inn krav om refusjon for tapt arbeidsinntekt når dei gir bistand til helsetenesta. Det er ønskeleg med enkle og effektive prosessar i forvaltninga, og regelverket bør understøtte dette formålet. Departementet foreslår av denne grunn ei forenkling av regelverket knytt til politiet sin rett til dekning av tapt arbeidsinntekt når dei gir bistand som kvalifiserte reisefølgje etter pasientreiseforskriften. Det er departementet si vurdering at ei slik forenkling best kan gjennomførast ved at det blir innført ein fast sats for dekning av tapt arbeidsinntekt, i staden for at den faktiske løna til den enkelte polititenebestepersonen blir dekt.

Departementet har vurdert å ta utgangspunkt i gjennomsnittleg timeløn for polititenebestepersonar. Tal frå Pasientreiser HF frå 2021 viser at det er eit spenn i timeprisane politiet har fått refundert etter pasientreiseforskriften, frå 173,33 kroner til 460 kroner.

Departementet har også vurdert å kople taksten opp mot takstar som allereie finst. Tidstaksten i forskrift om makspriser for drosjebilkjøring blir i så fall vurdert å vere mest relevant. Dette kunne f.eks. gjerast ved at pasientreiseforskriften viser til forskrift om makspriser for drosjebilkjøring § 7 fjerde ledd. Satsen for refusjon av tapt arbeidsinntekt vil då følge justeringar i Nærings- og fiskeridepartementet si forskrift.

Departementet har lagt stor vekt på at satsen skal vere føreseieleg og at den skal vere lett tilgjengeleg. Departementet er derfor komme til at taksten bør gå direkte fram av pasientreiseforskriften. Departementet foreslår vidare at det skal takast utgangspunkt i nivået på tidstaksten i forskrift om makspriser for drosjebilkjøring som i dag er 481 kroner per time, men at det skal leggest opp til at taksten seinare skal regulerast på same måte som dei andre satsane i pasientreiseforskriften som blir vurdert i samband med dei årlege budsjettprosessane. Departementet meiner at dette vil vere ei klar forenkling og vil gjere refusjonen meir føreseieleg for politiet.

Sjå forslaget til §§ 17, 18 og 18 a.

11.2 Nære pårørande

11.2.1 Gjeldande rett

Utgangspunktet er at pasientreiseforskriften ikkje dekker reiseutgifter for pårørande med mindre den pårørande følger pasienten som følgjeperson. Pasientreiseforskriften gir likevel nære pårørande rett til stønad til reiseutgifter i nokre andre nærmare bestemte situasjonar.

Nære pårørende har rett til å få dekt nødvendige utgifter ved reise til pasientar med livstruande sjukdom som krev behandling i minst to veker, når pasienten har omsorg for barn under 14 år og ikkje klarar å reise heim. Dette følger av § 19 første ledd bokstav a. Etter denne føresegna blir berre ei reise per veke dekt. Føresegna har vore tolka slik at det er barnet som er den nære pårørende som har rett til stønad til dekning av utgifter ved reise.

Nære pårørende har vidare rett til å få dekt nødvendige utgifter ved reise til psykiatrisk poliklinikk for barn og ungdom og familievernkontor dersom den ansvarlege leiaren på poliklinikken eller den faglege leiaren på familievernkontoret attesterer at det er nødvendig at den pårørende kjem, jf. § 19 første ledd bokstav b.

Nære pårørende har også rett til å få dekt nødvendige utgifter ved reise til eit kompetansesenter for personar med sjeldne og lite kjente diagnosar og funksjonshemmingar, jf. § 19 første ledd bokstav c.

Nære pårørende har dessutan rett til å få dekt nødvendige utgifter ved reise til kurs eller opplæring i regi av ein helseinstitusjon, under føresetnad av at kurset eller opplæringa har eit medisinsk eller behandlingsrelatert innhald og at kursdeltakinga er nødvendig for framtidig oppfølging av pasienten. Det følger av § 19 første ledd bokstav d.

Det går fram av høyringsnotatet til ny pasientreiseforskrift (Forenkling av regelverket for dekning av pasienters reiseutgifter) frå 2014 at nære pårørende er avgrensa til: «ektefelle, samboer, barn, barnebarn, foreldre, besteforeldre, svigerbarn, svigerforeldre og søsken, samt personer som tilhører samme husstand» (sjå merknaden til § 19).

Mindreårige barn har dessutan rett til å få dekt utgifter ved reise til helsepersonell som skal vareta barnet sitt behov for informasjon og nødvendig oppfølging etter helsepersonelloven § 10 a eller § 10 b, jf. forskrifta § 19 andre ledd.

Reiseutgifter blir dekte etter dei same reglar som gjeld for pasientar, jf. tredje ledd.

11.2.2 Særleg om barn i helseinstitusjon

I forskrift 12. januar 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon (forskrift om barns opphold i helseinstitusjon) § 10 er det gitt ytterlegare reglar for dekning av reiseutgifter for foreldre til barn som er innlagde i ein helseinstitusjon, for eksempel i sjukehus.

Reiseutgifter for reisefølge i samanheng med innlegginga av barnet og utskriving av institusjonen, skal dekkast av det regionale helseføretaket i bustadregionen til barnet etter reglane i pasientreiseforskriften. Det går vidare fram av forskrifta at begge foreldra har rett til å få dekt reiseutgifter til og frå institusjon når dei har oppsøkt institusjonen i samanheng med innlegginga av barnet. Det same gjeld når dei har følgd eit alvorleg eller livstruande sjukt barn til eller frå ein institusjon.

Det regionale helseføretaket i bustadregionen til barnet dekker også reiseutgifter til og frå helseinstitusjonen når institusjonen av medisinske grunnar innkallar foreldre for å vere hos barnet. Det same gjeld når foreldre blir innkalla for å få informasjon om sjukdomsutvikling eller for nødvendig opplæring i samanheng med sjukdommen til barnet og vidare behandling og pleie.

I tillegg dekker det regionale helseføretaket i bustadregionen til barnet reiseutgifter til og frå helseinstitusjonen ein gong i veka for ein forelder som er hos barnet under opphald i helseinstitusjon som overstig 14 dagar.

Dekninga blir berekna etter reglane i pasientreiseforskriften.

11.2.3 Utfordringar

Nære pårørande er i pasientreiseforskriften ei noko anna gruppe enn «nærmeste pårørande» etter definisjonen i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b. Forskjellen byr på utfordringar då både pasientar og behandlarar er mest kjende med omgrepet i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3, og har ei forventning om at det er dei same personane som har rett til å få dekt reiser etter pasientreiseforskriften § 19.

Pasient- og brukaromboda og brukarrepresentantar har også tatt opp at pasientreiseforskriften i for liten grad støttar opp under pårørandeinvolvering. I Nord-Noreg vil det i mange tilfelle vere lange avstandar til behandlingstilboda. Helse Nord har i evalueringa peikt på at pårørande ikkje har råd til å besøke pasientar på langtidsopphold.

Helsedirektoratet peiker på at dersom barnet til pasienten er eldre enn 14 år, får barnet ikkje dekt reiseutgifter etter føresegna sjølv om pasienten har ein livstrugande sjukdom. Ein person som ønsker å vere saman med ektefellen sin den siste tida, får heller ikkje dekt reisa etter pasientreiseforskriften.

11.2.4 Forslaget frå Helsedirektoratet

Helsedirektoratet meinte at det kunne vere grunn til å vurdere ei utviding av i kva for situasjonar reiseutgiftene til nære pårørande skal dekkast, både av omsyn til kva som blir oppfatta som rimeleg og av omsyn til pasientane, men kom ikkje med konkrete forslag.

11.2.5 Departementet sine vurderingar og forslag

Departementet foreslår at nære pårørande blir definerte i forskrifta og at definisjonen blir tatt inn i ny § 1.

Departementet foreslår vidare at det skal komme tydelegare fram av føresegna at det er barnet som har rett til reisestønad når omsorgspersonen har ein livstrugande sjukdom og ikkje klarer å reise heim.

Departementet foreslår også at målgruppa i § 19 første ledd bokstav a blir utvida frå barn under 14 år til barn under 18 år. Det vil føre til at også eldre barn vil få dekt utgifter til reise i tilfelle der ein av foreldra eller omsorgspersonane har ein livstrugande sjukdom. Utvidinga vil også føre til at føresegna blir meir i samsvar med aldersgrensene i andre føresegner om rettane til barn, som retten til dekning av utgifter ved reise for å få informasjon og oppfølging i samband med at foreldre og søsken er alvorlege sjuke, jf. pasientreiseforskriften § 19 andre ledd, og barn sine rettar ved opphald i helseinstitusjon, jf. forskrift om barns opphold i institusjon.

Det er eit lavt volum av slike reiser. De økonomiske og administrative konsekvensane av endringa vil derfor vere marginale.

Endringar i andre pårørande sin rett til stønad til reiseutgifter vil kunne ha betydelege økonomiske konsekvensar, mellom anna fordi dei vil omfatte større grupper. Etter departementet si vurdering gir rapporten frå Helsedirektoratet heller ikkje eit tilstrekkeleg grunnlag for å vurdere andre konkrete utvidingar av pårørande sin rett til å få dekt utgifter ved reise.

Sjå forslaget til endringar i § 19.

12 Berekning av reiseveg

12.1 Gjeldande rett

Pasienten har rett til å få dekt reiseutgifter frå opphaldsstaden til behandlingsstaden. Etter at helsehjelpa er gitt, blir reiseutgiftene frå behandlingsstaden til opphaldsstaden dekte. Det følger av pasientreiseforskriften § 20 første ledd.

Dersom opphaldsstaden er ein annan stad enn bustaden, har pasienten ikkje rett til å få dekt utgifter utover det som ville ha påkomme dersom pasienten hadde reist frå eller til bustaden. Nødvendig midlertidig opphaldsstad på grunn av arbeid, studiar, militærtjeneste og opphald på institusjon blir rekna som bustad. Dette følger av andre ledd.

Avgrensinga i andre ledd gjeld likevel ikkje når den vil påføre pasienten urimeleg store reiseutgifter, helsehjelpa av omsyn til behandlinga eller oppfølginga ikkje kan ytast på andre stader og behovet for helsehjelp er uventa og har oppstått på opphaldsstaden. Dette følger av tredje ledd.

Etter § 10 har pasientar ikkje rett til å få dekt utgifter til reise til eller frå utlandet. I praksis er det lagt til grunn at pasientar som kjem direkte frå utlandet ikkje får dekt utgifter til reise til behandlingsstaden. Dersom pasienten har overnatta i Noreg etter framkomst, for eksempel på eit hotell ved flyplassen, blir pasienten vurdert å ha etablert ein nødvendig midlertidig opphaldsstad, og får dekt utgifter tur/retur hotellet. Etter behandlinga dekker dei fleste pasientreisekontora reiseutgifter tilbake til bustaden.

12.2 Utfordringar

Den gjeldande føresegna gir inntrykk av at hovudregelen er at reiseutgifter blir berekna frå opphaldsstad til behandlingsstad, mens hovudregelen i praksis er dekning av reiseutgifter frå bustad til behandlingsstad.

Unntaket frå avgrensinga om at utgiftene ikkje blir dekte utover kostnadane som ville ha påkomme ved å reise frå eller til bustaden, skaper fleire utfordringar. Eit spørsmål er om pasienten i slike tilfelle skal få dekt reise frå opphaldsstaden til behandlingsstaden som ligg nærast opphaldsstaden, eller om dekninga skal reduserast (avkortast) til det som ville ha

kosta dersom pasienten hadde reist frå bustaden til behandlingsstaden som er nærmast bustaden.

Dersom pasienten var på ferie eller arbeidsreise då behovet for helsehjelp oppstod blir etter praksis berre reise tilbake til den midlertidige opphaldsstaden dekt, eventuelt redusert (avkorta) til beløpet som ville ha blitt dekt dersom pasienten hadde reist mellom behandlingsstaden som ligg nærmast bustaden og bustaden. Dette gjeld også når det ville blitt gitt full dekning dersom pasienten hadde reist til den faktiske behandlingsstaden frå bustaden.

Dersom pasienten har behov for transport som blir organisert av helseføretaket, må pasientreisekontora ofte ta avgjerder over telefon. I praksis blir det ofte ikkje vurdert om pasienten kan få helsehjelpa på ein stad som er nærare opphaldsstaden, og om pasienten vil få «urimelig store reiseutgifter» dersom reisa ikkje blir dekt etter føresegna.

For reiser som pasienten sjølv organiserer (reiser utan rekvisisjon) gjer unntaket det vanskeleg å legge til rette for automatisert saksbehandling.

Det går heller ikkje tydeleg fram av forskrifta om pasientar som kjem direkte frå utlandet har rett til reisestønad for reisa frå framkomststaden i Noreg til behandlingsstaden.

12.3 Forslaget frå Helsedirektoratet

Helsedirektoratet foreslo at det i forskrifta skulle synleggjerast at det skal gjerast ei berekning og at det skulle gå tydelegere fram at hovudregelen er reise frå bustaden. Helsedirektoratet foreslo også at den faktiske behandlingsstaden skal leggst til grunn for berekninga av reisestønaden.

Direktoratet meinte det ville vere ein enklare regel at pasienten ved uventa behov for helsehjelp fekk dekt reise til nærmaste stad der behandling kan bli gitt, det vil seie behandlingsstaden som ligg nærmast opphaldsstaden.

Direktoratet foreslo at det i rundskriv blir presisert at når pasienten har vore utsett for ei ulykke, skal reise tilbake til opphaldsstaden eller bustaden dekkast, ikkje reise tilbake til ulykkesstaden.

Direktoratet meinte også at det kan vere grunn til å tydeleggjere kva for reiseutgifter pasientar som kjem reisande frå utlandet har rett til å få dekt.

12.4 Departementet sine vurderingar og forslag

Departementet viser til at § 20 regulerer berekninga av nødvendig reiseveg og foreslår derfor at paragrafoverskrifta blir endra til «Beregning av reisevei».

Departementet sluttar seg vidare til forslaget frå Helsedirektoratet om at den reelle hovudregelen for berekning av reiseveg skal gå fram av det første leddet i føresegna, dvs. at nødvendig reiseveg skal bereknast frå pasienten sin bustad til behandlingsstaden og frå behandlingsstaden til bustaden. Departementet foreslår også at føresegna om at nødvendig midlertidig opphaldsstad på grunn av arbeid, studiar, militærtjeneste og opphald i institusjon

skal reknast som bustad, blir vidareført. Departementet foreslår også at bustad skal definerast som pasientens folkeregistrerte adresse.

Når pasienten reiser frå eller tilbake til ein annan opphaldsstad enn bustaden, meiner departementet at utgangspunktet fortsett må vere at reisestønaden blir avgrensa til det pasienten ville ha fått dekt dersom han eller ho hadde reist til eller frå bustaden.

Departementet ser at vilkåret om «urimelig store reiseutgifter» kan vere vanskeleg å anvende i praksis og at det dermed er fare for ulik praksis. Departementet foreslår derfor at dette unntaket blir oppheva. Departementet foreslår at det i staden skal gå fram av forskrifta at pasienten, ved uventa behov for helsehjelp på ein annan opphaldsstad enn bustaden, har rett til å få reisestønaden berekna med utgangspunkt i avstanden mellom opphaldsstaden og behandlingsstaden som er nærmast opphaldsstaden.

Når pasienten har reist til behandlingsstaden frå ein ulukkesstad, meiner departementet at bustaden eller den midlertidige opphaldsstaden til pasienten skal vere utgangspunkt for berekninga av stønad til heimreise. Departementet foreslår at det blir presisert i rundskriv.

Bakgrunnen for unntaket for reiser til og frå utlandet er at pasient- og brukerrettighetsloven berre gjeld for personar som oppheld seg i riket, jf. § 1-2. Departementet er einig i at det bør tydeleggjerast kva dekning personar som kjem reisande frå utlandet, skal få. Departementet foreslår at det skal gå fram av forskrifta at framkomststaden skal reknast som midlertidig opphaldsstad, men at dekninga av reiseutgifter skal avgrensast til det som ville ha blitt dekt dersom pasienten reiste frå bustaden til behandlingsstaden. Departementet foreslår at det blir tatt inn i eit nytt fjerde ledd i pasientreiseforskriften § 20.

Departementet foreslår også at det skal gå tydelegare fram av forskrifta § 10 at pasienten berre får reisestønad til reiser i Noreg, til tenestetilbod i Noreg.

Sjå forslaga til §§ 10 og 20.

13 Berekning av reiseutgifter

13.1 Gjeldande rett

Utgifter til reiser som er kortare enn 300 kilometer kvar veg, blir dekte etter ein standardsats. Satsen er for tida kr 3,00 per kilometer. Dette følger av pasientreiseforskriften § 21 første ledd.

Dersom pasienten dokumenterer at det blei brukt passasjerbåt eller hurtigrute blir i staden kostnaden til båtreisa dekt, jf. § 21 andre ledd.

Reiser pasienten lengre enn 300 kilometer kvar veg, blir som hovudregel, den billigaste reisemåten med rutegående transportmiddel dekt.

Dersom

- a) reisa gjeld strakshjelp (øyeblikkelig hjelp),
- b) personell som nemnd i tredje ledd attesterer at helsetilstanden til pasienten gjer det nødvendig å bruke drosje eller bil, eller

- c) pasientreisekontor eller ein annan som har fått mynde til det, attesterer at manglande rutegåande transport gjer det nødvendig å bruke drosje eller bil,

har pasienten rett til å få dekt nødvendige dokumenterte utgifter til:

- drosje eller
- dokumenterte utgifter til bilfergje, bomveg, parkering og piggdekkavgift ved bruk av bil.

Dette går fram av pasientreiseforskriften § 22 første ledd.

Dersom helseføretaket i eit tidlegare enkeltvedtak til pasienten om rett til å få dekt reiseutgifter har opplyst at helseføretaket skal bestille drosje, har pasientar som likevel sjølv legg ut for drosje berre rett til å få dekt utgifter når reisa gjeld strakshjelp (øyeblikkelig hjelp). Dette følger av pasientreiseforskriften § 22 andre ledd.

Pasienten sin behandlar, oversjukepleiar, avdelingssjukepleiar eller fagleg ansvarleg på røntgenavdelinga eller laboratorium i sjukehus kan attestere for at helsetilstanden til pasienten gjer det nødvendig å bruke drosje eller bil, jf. tredje ledd.

Ambulansébåt til pasientreiser skal vere rekvirert av lege og blir berre dekt når det ikkje kan skaffast billigare forsvarleg transport. Dette gjeld ikkje når pasienten har behov for strakshjelp (øyeblikkelig hjelp), jf. fjerde ledd.

Pasientar som bruker bil får i utgangspunktet standardsats per km sjølv om bilfergje utgjer ein del av reisevegen. Dersom pasienten parkerer bilen på kaien, og tar fergje eller passasjerbåt vidare, blir fergjebilletten likevel dekt fullt ut etter § 21. Dersom pasienten av omsyn til helsa eller pga. manglande rutegåande transport må bruke bil, blir også dokumenterte utgifter til å ta med bil på fergje dekte.

Når manglande rutegåande transport er grunnen til bruk av bil, blir tilleggsutgifter ved bruk av bil berre dekte fram til nærmaste kollektivknutepunkt. Det vil seie på den delen av strekninga der pasienten må bruke eigen bil fordi det ikkje er mogeleg å bruke kollektivtransport.

13.2 Utfordringar

Avslag på krav om dekning av faktiske utgifter til bil fører til flest klagesaker. Klagarane tar mellom anna opp spørsmål om når det er rimeleg å vente at pasienten brukar rutegåande transporttilbod, kor langt det blir venta at elles friske pasientar må gå til nærmaste haldeplass og kva som elles må til for at det kan seiast å finnast eit rutegåande tilbod.

Dersom pasienten reiser kollektivt, blir det utbetalt standardsats (3,00 kr per km), uavhengig av billett-kostnaden. Når utgifter til kollektivtransport ikkje blir dekte fullt ut etter forskrifta, vil bruk av kollektivtransport for mange vere eit uaktuelt alternativ. Det rutegåande transporttilbodet er dessutan svært ulikt utbygd. Sjølv om det teoretisk sett er mogeleg for ein pasient å bruke eit slikt tilbod, vil det kunne ta mykje lengre tid enn å køyre eigen bil. Det kan til dømes vere ein einaste bussavgang tidleg om morgonen, og ein annan heim på

ettermiddagen, lange ventetider ved buss- eller togbytter eller lange omvegar. Kollektivtransport blir dermed ofte meir belastande for pasienten og i tillegg dyrare. Spørsmålet om vilkåret om «manglende rutegående transport» er oppfylt kjem derfor på spissen når avslaget på søknad om dekning av tilleggsutgifter ved bruk av bil blir grunngeve med at det finst eit kollektivtilbod.

Ressursbruk knytt til saks- og klagebehandling står ofte ikkje i forhold til størrelsen på tilleggsutgiftene pasienten krev dekt. Det gjeld særleg utgifter til bompengar og piggdekkavgift.

Praksis hos pasientreisekontora og Pasientreiser HF er at dersom det finst eit kollektivtilbod på delar av strekninga pasienten skal reise, blir det gitt standardsats for delstrekninga frå haldeplassen/kollektiv-knutepunktet fram til behandlingsstaden. For reisa frå pasienten sin bustad/opphaldsstad til haldeplass/kollektiv-knutepunkt blir drosje eller standardsats på 3,00 kr per km og tilleggsutgifter ved bruk av bil dekte. Praksisen med delreiser og knutepunkt har ført til mange spørsmål.

Forskjellen mellom standardsats og dokumenterte tilleggsutgifter ved bruk av bil eller drosje kan utgjere betydelege beløp for pasienten. Kor grensa blir trekt har likevel også store økonomiske konsekvensar for dei regionale helseføretaka fordi pasientar som ikkje kan bruke kollektivtransport og som ikkje har tilgang til privatbil, ofte vil ha behov for transporttilbod frå helseføretaket, gjerne drosje.

Regelverket blir vidare praktisert slik at pasientar som har fergje som ein del av reisevegen som hovudregel, får dekt utgifter til bruk av bil med tilleggsutgifter etter pasientreiseforskriften § 22, men ikkje sjølv fergjebilletten. Fergjeturen blir vurdert som rutegående transport og dekt etter standardsats, dvs. 3,00 kr per km. Dersom pasienten derimot parkerer bilen på kaien, og reiser vidare med båt, blir fergjebilletten dekt fullt ut etter § 21.

Pasientreiser HF legg i praksis til grunn at pasienten reiser raskaste veg, dvs. tar fergje, med mindre særlege grunner gjer at det ikkje er mogeleg. Dersom pasienten i slike situasjonar likevel vel å køyre bil heile vegen, blir strekninga som blir lagt til grunn for berekninga av reisestønaden redusert (avkorta) til kortaste veg (over fjorden), såframt det var mogeleg å ta fergje på det tidspunktet pasienten reiste. Dersom pasienten ikkje har dokumentert behov for bruk av bil på reisa, blir ho dekt med standardsats (3,00 kr per km).

Har pasienten dokumentert behov for bruk av bil på reisa, blir reisa rundt fjorden dekt når pasienten faktisk har køyrt rundt, dersom dette blir billigare enn fergjebillett over fjorden.

13.3 Forslaget frå Helsedirektoratet

Helsedirektoratet meinte det ville vere ei forenkling dersom utgifter til rutegående transport i form av fergje blir refundert for alle pasientar som må ta fergje på veg til behandlingsstaden, uavhengig av om dei har med bil eller ikkje.

Direktoratet foreslo at bruk av privatbil og bruk av drosje skulle regulerast i kvar si føresegn. Helsedirektoratet meinte også det er eit stort behov for nærmare retningslinjer for

vurderinga av om rutegående transport manglar. Helsedirektoratet foreslo også at piggdekkavgift ikkje lenger skal dekkast.

13.4 Departementet sine vurderingar og forslag

Omsynet til at det skal vere enkelt og kostnadseffektivt å administrere pasientreiseordninga talar for at det blir lagt opp til at flest mogeleg reiser blir organiserte av pasienten sjølv. Det er ein risiko for at ein for streng praksis for dekning av utgifter til bruk av eigen bil kan føre til ei dreining i retning av at fleire reiser må organiserast av helseføretaka.

«Manglende rutegående transport» som vilkår for dekning av tilleggsutgifter ved bruk av bil vidarefører ei tidlegare føresegn i syketransportforskriften der utbetaling av kilometergodtgjersle ved bruk av bil var eit unntak frå hovudregelen om dekning av utgifter til kollektivtransport. Dersom det ikkje fanst eit kollektivtilbod, eller det var billigare å køyre bil enn å reise kollektivt, kunne pasienten få dekt bilutgifter. Dersom ein hadde rett til standardsats for bruk av bil, hadde ein også rett til å få dekt tilleggsutgifter.

Etter det gjeldande regelverket er hovudregelen at pasientar får utbetalt ein stønad basert på kor mange km dei reiser. I utgangspunktet spelar det derfor ingen rolle om pasienten vel å bruke bil og sjølv betale tilleggsutgifter, eller å reise kollektivt.

Departementet har vurdert om standardsatsen bør aukast eller om tilleggsutgiftene berre delvis bør dekkast. Departementet ser at det er vanskeleg å oppheve vilkåret om «manglende rutegående transport» utan at dette slår uheldig ut. Dersom alle skulle få dekt alle tilleggsutgifter utan omsyn til mogelege alternative reisemåtar, ville det føre til betydeleg auka utgifter for helseføretaka. Auka standardsats for alle tilfelle der pasienten bruker bil, vil føre til at nokre får dekt meir enn dei faktiske utgiftene, mens andre får dekt mindre. Det er mellom anna store variasjonar i bompengar.

Fleire stader i landet er den offentlege kommunikasjonen ikkje så godt utbygd at pasientane har eit reelt alternativ til å køyre bil. Departementet er derfor komme til at det fortsett bør vere mogeleg å få refundert tilleggsutgifter ved bruk av bil pga. manglende rutegående transport.

Departementet foreslår at den gjeldande føresegna om berekning av reiseutgiftene i hovudsak blir vidareført.

Sivilombodet har peikt på at gjeldande praksis for vurdering av om rutegående transportmiddel til lokal minstetakst eller einheitstakst kan nyttast, jf. pasientreiseforskriften § 8 første ledd, er for streng. Departementet ser at det kan vere behov for nasjonale retningsliner knytt til denne vurderinga. Det same gjeld vurderinga knytt til § 22 første ledd bokstav c av når det ligg føre «manglende rutegående transport» og for korleis reisestrekninga skal bereknast når det berre finst rutegående transport på delar av reisevegen. Dette vil kunne bidra til at det blir meir føreseieleg for pasientar og likare

praktisering av regelverket. Departementet legg derfor opp til at slike retningslinjer skal gjevast i rundskriv.

I 2022 ble det innvilga kr 611 328 til dekning av piggdekkavgift fordelt på 9 426 saker. Det vil seie eit snitt på 65 kr per sak. Dette tydar på at ressursbruken til behandling av slike krav ofte ikkje står i forhold til størrelsen på beløpet pasienten krev dekt. Departementet sluttar seg derfor til vurdering til Helsedirektoratet og foreslår at utlegg til piggdekkavgift ikkje lenger skal refunderast.

Pasientreiseforskriften skil mellom utgifter til passasjerbillett som blir dekte etter § 21 andre ledd og utgifter knytte til å ta med bil på båt. Utgifter til å ta med bil på båt blir bere dekte dersom det av omsyn til helsa til pasienten eller på grunn av manglande rutegående transport var nødvendig å bruke bil på heile reisa.

Pasientar som ikkje har behov for å bruke eigen bil, bør etter departementet si vurdering fortsett få standardsats (3,00 kr per km) berekna etter den raskaste reisevegen. Departementet meiner også at fergjestrekninga fortsett skal leggast til grunn for berekninga når den gir raskaste reiseveg. Pasientar som ikkje har eit dokumentert behov for å bruke bil kan dermed fortsett velgje å få standardsats for heile strekninga eller standardsats til og frå fergjekai og faktiske utgifter til passasjerbillett på båten.

Pasientar som har eit dokumentert behov for å bruke eigen bil har fram til nyleg måtta dokumentere faktiske fergjeutgifter. Det har vore utfordrande for brukarane etter at Autopass blei tatt i bruk for fergjepasseringar. Autopass blir stadig meir vanleg. I tida etter at Helsedirektoratet leverte rapporten sin har Pasientreiser HF etablert eit sentralt register der dei kan finne billettprisar for bil på alle fergjestrekningar i Noreg. Registeret gjer at berekninga av stønad til å ta med bil på fergjereisa kan automatiserast. Det førar til ei forenkling både for pasientane og for dei som forvaltar ordninga. Departementet foreslår derfor at det ikkje lenger skal krevjast dokumentasjon for faktiske utgifter til å ha med bil på fergje.

Reiser med drosje og ambulansébåt føreset, i likskap med flyreiser, som hovudregel rekvisisjon. Dette skil seg frå dekning av tilleggsutgifter ved bruk av privatbil, der pasienten søker om stønad etter at reisa er gjennomført. Departementet foreslår derfor at føresegnene i pasientreiseforskriften § 22 om dekning av utgifter til drosje blir skilt ut og tatt inn i ein ny § 22 a. Departementet foreslår også at føresegnene om ambulansébåt blir skilt ut frå § 22 og tatt inn i ei ny § 22 b.

Sjå forslaga til §§ 21, 22, 22 a og 23 .

14 Eigenandel

14.1 Gjeldande rett

Det følger av pasientreiseforskriften § 24 første ledd at pasientar som har rett til å få dekt utgifter til reise, skal betale ein eigenandel på 171 kr kvar veg (kr 342 tur/retur). Det går vidare fram av føresegna at pasienten skal betale ein eigenandel på 400 kr kvar veg dersom pasienten nyttar retten til å velgje behandlingsstad utanfor eigen bustadregion. Dersom helsetenesta blir gitt på den næraste staden den kan bli gitt, eller det regionale helseføretaket ikkje tilbyr helsehjelpa i bustadregionen til pasienten, skal pasienten likevel berre betale eigenandel på 171 kr kva veg ved reise ut av eigen bustadregion.

Etter § 24 andre ledd skal det ikkje betalast eigenandel:

- a. for følgjeperson
- b. for barn under 16 år
- c. ved reise for å undersøke eller behandle yrkesskade eller krigsskade
- d. ved reise for å undersøke, behandle og kontrollere ein allmennfarleg smittsam sjukdom
- e. ved reise for å bli lagt inn i tvungent psykisk helsevern
- f. ved reise for tvungent psykisk helsevern utan døgnopphald i institusjon
- g. ved pårørende sine reiser til psykiatrisk poliklinikk for barn og ungdom som oppfyller vilkåra i § 19 bokstav b
- h. ved reise for donor ved transplantasjon
- i. ved overføring mellom institusjonar innanfor eit helseføretak
- j. ved reise for å delta ved behandling av krav om svangerskapsavbrot i primærnemnd eller sentral klagemnd.

14.2 Utfordringar

Helsedirektoratet har fått førespurnader frå pasientar som må betale høg eigenandel fordi dei er tilviste til ein behandlingsstad i ein annan helseregion enn den dei er busette i, men som meiner dei ikkje sjølv har valt dette. Også statsforvaltarane viser til at det kan vere uklart om pasienten har brukt retten til å velgje behandlingsstad. Pasienten viser ofte til at fastlegen eller spesialist på sjukehuset har gjort valet for dei ved å tilvise dei til eit bestemt sjukehus.

Skiljet mellom ordinær og høg eigenandel skaper utfordringar. Grensa er basert på skjønn. Det gjer det vanskeleg å gi pasientane riktig informasjon om kva for ein eigenandel dei skal betale. Den som tilvisar pasienten har ikkje nødvendigvis oversikt over behandlingstilbodet i og utanfor regionen, eller kunnskap om konsekvensane det har for pasientane dersom dei blir tilviste til ein behandlingsstad i ein annan region.

Pasientar skal ikkje betale høg eigenandel dersom pasienten ikkje kan få eit tilbod i eigen region, eller dersom behandlingsstaden er den geografisk nærmaste. Desse unntaka frå høg

eigenandel fører til at alle reiser over regionsgrenser må saksbehandlast manuelt, også reiser som pasienten sjølv organiserer (reiser utan rekvisisjon).

Unntaket for situasjonar der pasienten vel den geografisk næraste behandlingsstaden er forholdsvis enkelt å handtere. Det er meir krevjande å vurdere om det finst eit tilbod i bustadregionen til pasienten. I høyringa av pasientreiseforskriften i 2014 forutsette departementet at Pasientreiser HF har oversikt over behandlingstilboda i regionen. Det finst inga samla oversikt.

Kva for eit tilbod pasienten treng er ei medisinskfagleg vurdering. Vurderinga skal vere gjort før pasienten blir tilvist ut av regionen. Det er administrativt krevjande for pasienten, behandlaren og for Pasientreiser HF. Dersom pasient eller behandlar er seint ute med å bestille reisa, kan det i tillegg vere utfordrande å få tak i tilstrekkeleg dokumentasjon i tide.

14.3 Forslaget frå Helsedirektoratet

Helsedirektoratet foreslo at den gjeldande føresegna i § 24 skulle tydeleggjerast.

14.4 Departementet sine vurderingar og forslag

Det ville vere ei forenkling å fjerne den høge eigenandelen ved bruk av retten til val av behandlingsstad utanfor bustadregionen.

Det ville også vere ei forenkling dersom alle pasientar som reiser over regionsgrenser, måtte betale høg eigenandel. Departementet meiner likevel at det ville vere urimeleg dersom pasientar både får lengre reiseveg og auka utgifter fordi bustadregionen ikkje sjølv kan tilby helsehjelpa. Det same ville gjelde for dei som har nærmaste sjukehus utanfor bustadregionen. I slike tilfelle må det leggest til grunn at reiseutgiftene vil vere lågare enn om pasienten hadde valt å reise til eit sjukehus i bustadregionen.

Departementet meiner at det vil vere vanskeleg å etterprøve kor vidt pasientane er klar over at dei bruker retten til å velje behandlingsstad. Departementet foreslår derfor at føresegna blir justert slik at det går klart fram at det som er avgjerande for størrelsen på eigenandelen, er om verksemda ligg utanfor bustadregionen til pasienten. Sjå også omtalen i punkt 7.4.

Departementet understrekar at det må sikrast at både den som tilvisar og pasienten får tydeleg informasjon når valet av behandlingsstad fører til høg eigenandel for pasientreisa.

Sjå forslaget til endringar i § 24.

15 Frist for å sette fram krav

15.1 Gjeldande rett

Pasienten må sette fram krav om dekning av utgifter seinast seks månader etter at kravet tidlegast kunne vore sett fram. Det følger av pasientreiseforskriften § 25 første ledd.

Utgiftene kan likevel dekkast opptil tre år etter at kravet tidlegast kunne vore sett fram, dersom den som har rett til refusjon «åpenbart» ikkje har vore i stand til å krevje utgiftene

dekt tidlegare. Det same gjeld dersom vedkommande ikkje har kravd utgiftene dekt tidlegare, fordi det regionale helseføretaket, eller nokon på vegne av føretaket, har gitt misvisande opplysningar. Dette går fram av andre ledd.

Utgiftene skal dekkast av det regionale helseføretaket i bustadregionen til pasienten. Pasienten har ikkje krav på renter, jf. tredje ledd.

15.2 Utfordringar

Føresegna har same ordlyd som folketrygdloven § 22-13 sjette ledd, der «åpenbart» blir tolka strengt. Helsedirektoratet har i ein tolkingsuttale, komme til at pasientreiseforskriften skal tolkast tilsvarende strengt. Statsforvaltarane opplyser at det kjem mange klagar på praktiseringa av unntaket, og har reist spørsmål om det er rimeleg å samanlikne refusjon av utgifter med utbetaling av trygdeytningar.

15.3 Forslaget frå Helsedirektoratet

Helsedirektoratet foreslo at «åpenbart» skulle erstattast med «klart».

15.4 Departementet sine vurderingar og forslag

Departementet meiner at det må haldast fast ved hovudregelen om at krav om dekning av utgifter til reise for å få helsetenester må fremjast innan seks månader. Departementet meiner likevel at beviskravet «åpenbart» gir ei for snever moglegheit til å setje fram krav seinare enn seks månader. Departementet meiner at det må vere tilstrekkeleg at det er sannsynleggjort at pasienten eller følgjepersonen ikkje har kunna setje kravet fram tidlegare. Departementet foreslår derfor at «åpenbart» skal erstattast med «sannsynleggjort».

Sjå forslaget til § 25.

16 Utbetaling av mindre beløp

16.1 Gjeldande rett

Refusjonsbeløp på mindre enn 100 kr blir ikkje utbetalte. Det følgjer av pasientreiseforskriften § 27 første ledd første punktum. Dersom pasienten i løpet av seks månader får rett til å få dekt fleire beløp som til saman utgjer minst 100 kr, kan beløpa likevel krevjast utbetalt, jf. andre punktum.

16.2 Utfordringar

Pasientreiser HF bruker tid og ressursar på å vedlikehalde oversikta over kva for beløp under 100 kr pasientane til ei kvar tid har rett til å få dekte, og når det samla beløpet blir over 100 kr slik at det skal utbetalast. Pasientar opplev også frustrasjon ved at dei etter fråtrekk for eigenandel på reisa, ikkje får utbetalt noko av beløpet dei har lagt ut i samband med reise til behandling.

16.3 Forslaget frå Helsedirektoratet

Helsedirektoratet foreslo at føreseigna om at beløp under 100 kr ikkje skal utbetalast, skulle opphevast.

16.4 Departementet sine vurderingar og forslag

Føreseigna om at beløp under 100 kr ikkje skal utbetalast er krevjande å administrere. Omfanget av små beløp som aldri blir utbetalte er lite.

Føreseigna har sin bakgrunn i at utbetalningar tidlegare førte til betydelege kostnader gjennom manuell saksbehandling og høge transaksjonsgebyr i bankane. Med dagens automatiserte saksbehandling og utbetaling, er det svært små kostnader ved kvar enkelt utbetaling. Departementet foreslår derfor at § 27 første ledd blir oppheva.

Sjå forslaget til endringar i § 27.

17 Økonomiske og administrative konsekvensar

Departementet foreslår endringar som kan følgast opp innanfor den økonomiske ramma i gjeldande ordning. Dei føreslegne endringane er omtalte i kapittel 6 til kapittel 16.

Dei økonomiske og administrative konsekvensane av forslaga bygger på berekningar og anslag frå dei regionale helseføretaka og Pasientreiser HF.

Forslaga om endringar i § 20 Beregning av nødvendig reisevei, er vurderte å ikkje medføre auka utgifter. Forslaga kan likevel forenkle saksbehandlinga for reiser utan rekvisisjon og vil gi ei lita innsparing.

Forslaget om å heve aldersgrensa i § 19 første ledd bokstav a frå 14 til 18 år blir vurdert å ha marginale økonomiske og administrative konsekvensar.

Omfanget av politiet sitt bistandsoppdrag vil i stor grad vere avhengig av helsetenesta sine vurderingar av når bistand frå politiet er nødvendig. Verken politiet eller helsetenesta har tilgjengelege data som kan gi eit anslag på omfang av oppdrag der politiet kan krevje refusjon av sine utgifter etter pasientreiseregelverket. Det finst derfor ikkje tilgjengeleg informasjon som kan danne grunnlag for å anslå kostnadene ved forslaget om å fastsette ein fast sats for dekning av tapt arbeidsinntekt for politi som gir bistand som særleg kvalifisert følgjeperson. Saksbehandlinga av dei enkelte krava vil likevel bli enklare ved ein fast refusjonssats.

Endring av ordlyd i § 25 første ledd om frist for framsetting av krav blir vurdert å ha marginale økonomiske og administrative konsekvensar.

Forslaget om å oppheve føreseigna om ikkje å utbetale beløpet under 100 kr i § 27 blir vurdert å innebære innsparingar i administrasjon for Pasientreiser HF og ha marginale økonomiske konsekvensar.

18 Forslag til endringer i pasientreiseforskriften

(endringer i kursiv)

Kapittel 1 Pasientens rett til reisestønad, kostgodtgjørelse og overnattingsgodtgjørelse

§ 1 Definisjoner

I forskriften her menes med

- a) *reisestønad: stønad til dekning av utgifter til reise*
- b) *bosted: pasientens folkeregistrerte adresse. Som bosted regnes også nødvendig midlertidig oppholdssted på grunn av arbeid, studier, militærtjeneste og opphold i institusjon.*
- c) *bostedskommune: kommunen der pasienten har folkeregistrert adresse.*
- d) *bostedsregion: region som nevnt i spesialisthelsetjenesteloven § 5-1*
- e) *nære pårørende: ektefelle, samboer, barn, barnebarn, foreldre, besteforeldre, svigerbarn, svigerforeldre, søsken og personer som tilhører pasientens husstand.*

§ 1 a Reise til og fra spesialisthelsetjenester

En pasient har rett til reisestønad ved reise til og fra spesialisthelsetjenester som er finansiert av et regionalt helseforetak.

Retten til reisestønad etter første ledd gjelder alle spesialisthelsetjenester som

- a) *gis innenfor pasientens bostedsregion, eller*
- b) *som er det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis.*

En pasient har, uavhengig av avstand, rett til reisestønad ved reise til og fra følgende tjenester utenfor bostedsregionen:

- a) *legespesialister, psykologspesialister, laboratorier og røntgeninstitutter som har avtale med det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion om å tilby helsehjelp, eller*
- b) *en godkjent nasjonal eller flerregional behandlingstjeneste eller en nasjonal kompetansetjeneste for det tilbudet som oppsøkes, jf. forskrift 17. desember 2010 nr. 1706 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten.*

En pasient har rett til reisestønad ved reiser til og fra spesialisthelsetjenester utenfor bostedsregionen som gis av virksomhet som er omfattet av retten til valg av behandlingssted etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4. Pasienten har likevel bare rett til reisestønad til nærmeste private radiologiske virksomhet.

§ 2 Reise til og fra helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5

En pasient har rett til reisestønad ved reise til og fra helsetjenester som gis av en fastlege

- a) *i pasientens bostedskommune*
- b) *som er geografisk nærmest pasientens oppholdssted*
- c) *i en kommune som samarbeider med bostedskommunen om å tilby fastlege eller*
- d) *når legen ellers er nærmeste tilgjengelige fastlege der pasienten kan stå på liste.*

En pasient har rett *til reisestønad ved reise* til og fra andre *helsetjenester* som gis i pasientens bostedskommune, eller som er geografisk nærmest pasientens *bosted*. *Stønad ytes* bare hvis helsetjenesten gis av kommunalt ansatt helsepersonell som nevnt i folketrygdloven kapittel 5 eller helsepersonell som får stønad etter folketrygdloven *kapittel 5*.

Det ytes ikke reisestønad ved reise til helsetjenester som det gis bidrag til etter folketrygdloven § 5-22.

§ 3 Reise til og fra familievernkontor, kommunale tilbud mv.

En pasient har rett til *reisestønad ved reise* til og fra følgende tjenester som gis i pasientens bostedskommune, i samarbeidende kommune eller som *er nærmest pasientens bosted*:

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

Ved reise til familievernkontor der det er nødvendig at parter som bor ulike steder i landet møtes samme sted, *ytes reisestønad ved reise til og fra det familiekontoret* som er nærmest for en av partene, hvis familievernkontorets faglige leder bekrefter at dette er nødvendig av medisinske eller behandlingmessige grunner.

§ 4 Reise til og fra samisktalende lege

En samisktalende pasient som er bosatt i forvaltningsområdet for samisk språk og som ønsker prioritet på liste hos samisktalende lege, har rett til *reisestønad ved reise til og fra samisktalende lege*.

§ 5 Reise til helsehjelp som ytes på annet sted

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

§ 6 Dekning av reiseutgifter ved behov for kontinuitet i behandlingen

En pasient som flytter, beholder sine rettigheter etter § 1a, § 2 og § 3 *hvis det av behandlingmessige grunner eller kontrollhensyn er nødvendig å fortsette hos samme behandler i en overgangsperiode*. Det samme gjelder hvis tjenestetilbudet flytter.

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

En pasient har rett til reisestønad ved reise:

- a) *for å motta helsetjenester etter § 1a, § 2 og § 3 som er nødvendige av medisinske eller behandlingmessige grunner*

- b) *for å delta i forskning som kommer til erstatning for eller i tillegg til ordinær helsehjelp i godkjente kliniske studier som gjennomføres i et helseforetak og*
- c) *ved reise til og fra familievernkontor og sykehjem etter § 3, selv om hjelpen eller innleggelsen ikke er nødvendig av medisinske eller behandlingmessige grunner.*

Retten til *reisestønad* gjelder ikke ved reise til og fra

- a) undersøkelser og behandlinger som er nødvendige av administrative, organisatoriske og lignende grunner,
- b) forebyggende helsearbeid, med unntak av helsestasjoner,
- c) henting av medisin, eller
- d) evalueringsprosjekter.

§ 8 Unntak for korte reiser

En pasient har ikke rett til *reisestønad* når beregnet reisevei etter § 20 er mindre enn 10 km eller rutegående transportmiddel til lokal minstetakst eller enhetstakst kan benyttes.

Unntaket i første ledd gjelder likevel ikke hvis reisen gjelder øyeblikkelig hjelp, eller helsepersonell som nevnt i § 22 første ledd bokstav b har attestert at pasientens helsetilstand gjør det nødvendig å bruke drosje eller bil.

§ 9 Unntak når tilbudt transport ikke benyttes

En pasient har ikke rett til *reisestønad* hvis pasienten

- a) får tilbud om transport fra et regionalt helseforetak, *jf. § 16*, eller
- b) i et tidligere vedtak om *reisestønad* fra et helseforetak har fått opplyst at gratis offentlig transport skal benyttes på den aktuelle strekningen.

§ 10 Reiser fra utlandet

En pasient har kun rett til *reisestønad* etter forskriften her for reiser som foretas i Norge, til og fra helsetjenester som gis i Norge.

§ 11 Reiseutgifter som dekkes etter annet regelverk

En pasient har ikke rett til *reisestønad* ved reise som dekkes etter annet regelverk enn pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 og forskriften her.

§ 12 Rett til kost- og overnattingsgodtgjørelse

En pasient som har rett til *reisestønad*, har også rett til kostgodtgjørelse når pasienten har vært borte fra hjemmet mer enn 12 timer. Kostgodtgjørelsen er kr 264 per døgn. Varer fraværet mer enn ett døgn, gir 6 timer, eller mer, inn i det nye døgnet rett til godtgjørelse som et helt døgn.

En pasient som har rett til *reisestønad*, har også rett til *overnattingsgodtgjørelse* for nødvendig overnatting under reisen på inntil kr 683 per døgn.

Det ytes ikke *overnattingsgodtgjørelse* for privat overnatting.

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

Velger en pasient å overnatte i nærheten av behandlingsstedet i stedet for å reise hjem mellom flere behandlinger, dekkes *utgiftene* til kost og overnatting fullt ut *dersom* dette

totalt vil gi lavere utgifter for det regionale helseforetaket enn den totale stønaden til dekning av utgifter ved reiser mellom behandlingene.

Utgifter til overnatting som er nødvendige av behandlingsmessige grunner, dekkes ikke etter forskriften her.

§ 13 Rett til dekning ved permisjon

Oppheves.

§ 14 Rett til tapt arbeidsinntekt ved yrkesskade

En pasient som er yrkesskadet, har rett til å få dekket tapt arbeidsinntekt når det dokumenteres at pasienten ellers ville vært i inntektsgivende arbeid.

Tapt arbeidsinntekt dekkes med kr 82 per time opp til kr 429 per dag ved fravær fra arbeidsplassen som skyldes en nødvendig reise til lege, sykehus og lignende. Fravær på mindre enn to timer dekkes ikke. Er pasienten arbeidstaker, *beregnes tapet med grunnlag i timelønn, fraværets lengde og det beløp som ellers ville blitt trukket i lønnen.*

Har pasienten annen ervervsinntekt, *beregnes tapet med grunnlag i opplysninger om antatt årlig arbeidsinntekt omregnet til timefortjeneste og fraværets lengde.*

Uføretrygd som pasienten mottar på grunn av skaden eller sykdommen, skal ikke trekkes fra.

§ 15 Utgifter til rengjøring og frakt av utstyr

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

- a) *frakt av nødvendig bagasje og utstyr*
- b) *ekstra rengjøring av drosje, leiet bil eller egen bil etter endt transport.*

§ 16 Transport som organiseres av helseforetaket

Dersom helseforetaket tilbyr en pasient transport, skal helseforetaket sørge for at transporten er forsvarlig for pasienten. Helseforetaket beslutter hvilket transportmiddel som skal benyttes og om flere pasienter skal reise sammen.

Pasientens behandler, eller andre som helseforetaket har utpekt skal vurdere om det er behov for særskilt tilrettelegging av transporten på grunn av pasientens helsetilstand, jf. § 22. Ansatte i helse- og omsorgstjenesten kan vurdere om det er behov for særskilt tilrettelegging av transporten ved reise til en institusjon som yter tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Den som vurderer at det er behov for tilrettelagt transport skal informere helseforetaket om det.

Dersom det foreligger en helsefaglig vurdering av behov for tilrettelagt transport, skal vurderingen legges til grunn for gjennomføringen av transporten.

Helseforetaket eller andre som har fått myndighet til det, kan attestere behov for organisert transport på grunn av manglende rutegående tilbud.

Kapittel 2 Reiseledsagers og nære pårørendes rett til stønad

§ 17 Reiseledsagerens rett til reisestønad

En reiseledsager har rett til *reisestønad* ved reise for å følge en pasient med *rett til reisestønad* etter kapittel 1 når

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

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

Utgifter til transport, kost og overnatting for ledsageren dekkes etter reglene som gjelder for pasienten. Ledsageren har *likevel* rett til dekning av utgifter, *selv om det* er mulig for ledsageren å benytte rutegående transportmiddel til lokal minstetakst eller enhetstakst *jf. § 8* og selv om avstanden fra ledsagerens oppholdssted til behandlingsstedet er mindre enn 10 kilometer.

Nødvendig reiseledsager som har en beregnet reisevei etter § 20 på mer enn 10 km og ikke kan benytte rutegående transportmiddel til lokal minstetakst eller enhetstakst, har rett til reisestønad selv om pasientens beregnede reisevei er kortere enn 10 km eller pasienten kan benytte rutegående transportmiddel til lokal minstetakst eller enhetstakst.

§ 18 Rett til dekning av tapt arbeidsinntekt for ledsagere

En ledsager har rett til å få dekket dokumentert tapt arbeidsinntekt med kr 160 per time. Kan ikke tapt arbeidsinntekt dokumenteres, har ledsageren rett til å få dekket dokumenterte nødvendige utgifter til leid hjelp til erstatning for eget arbeid under fraværet med opptil kr 53 per time. Leid hjelp fra pasientens eller ledsagerens nære pårørende dekkes *ikke*.

Tapt arbeidsinntekt dekkes med inntil åtte timer per døgn.

Fravær innenfor ledsagerens vanlige arbeidstid som ikke gir trekk i lønn, dekkes ikke.

§ 18 a Rett til dekning av utgifter for særskilt kvalifisert ledsager, herunder politi

Dersom det er nødvendig med en særskilt kvalifisert ledsager, dekkes reiseutgiftene og tapt arbeidsinntekt etter ledsagerens lønnsregulativ, tariffavtale eller takster fastsatt i forskrift. De særskilte kvalifikasjonene kan blant annet være medisinsk kompetanse, politimyndighet eller tolkekompetanse.

Tapt arbeidsinntekt for politi som bistår som særskilt kvalifisert ledsager dekkes i alle tilfeller med 481 kr per time.

Tapt arbeidsinntekt for en særskilt kvalifisert ledsager utbetales til arbeidsgiveren hvis ledsageren ikke trekkes i lønn, *jf. § 27*.

Ansatte i hjemmesykepleien har ikke krav på dekning av tapt arbeidsinntekt.

§ 19 Rett til reisestønad for nære pårørende

Nære pårørende til en pasient, *jf. § 1 bokstav e* har rett til reisestønad for reise til og fra

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

Barn under 18 år har rett til reisestønad for reise til og fra

- a) *pasient i helseinstitusjon med livstruende sykdom som har omsorg for barnet og som ikke makter å reise hjem, hvis behandlende lege har gitt en uttalelse om at behandlingen vil vare i minst to uker,*
- b) *helsepersonell som skal ivareta barnets behov for informasjon og nødvendig oppfølging etter helsepersonelloven § 10 a eller § 10 b.*

Reisen dekkes etter samme regler som for pasienter.

Barn som har rett til reisestønad etter andre ledd bokstav a får dekket én reise per uke.

Kapittel 4 Beregning og utbetaling av stønader

§ 20 Beregning av reisevei

Reiseveien beregnes fra pasientens bosted til et behandlingssted som gir rett til reisestønad etter §§ 1a til 4. Etter at helsehjelpen er gitt, beregnes reisevei fra behandlingsstedet til pasientens bosted.

Når pasienten reiser til eller fra et annet oppholdssted beregnes reisevei fra oppholdsstedet til og fra det faktiske behandlingsstedet, likevel begrenset til det reiseveien ville ha vært dersom pasienten hadde reist til eller fra bostedet, jf. første ledd.

Dersom behovet for helsehjelp var uventet og oppsto på stedet, beregnes reisevei fra oppholdsstedet til det nærmeste stedet helsehjelpen kan gis. Etter at helsehjelpen er gitt, beregnes reisevei fra behandlingsstedet tilbake til oppholdsstedet.

Dersom pasienten har bosted i riket og reise til planlagt behandling har startet i utlandet, beregnes nødvendig reisevei fra ankomststed i riket til behandlingsstedet, likevel begrenset til det reiseveien ville ha vært dersom pasienten hadde reist fra bostedet. Etter at helsehjelpen er gitt beregnes nødvendig reise fra behandlingsstedet til pasientens bosted i riket.

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

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

§ 21 Dekning av reiseutgifter

Er reiseveien kortere enn 300 kilometer hver vei, utbetales reisestønad med kr 3,00 per kilometer (*standardsats*).

Kan pasienten dokumentere at det ble benyttet *båt* på strekningen, dekkes kostnaden til *passasjerbillett*, i stedet for *standardsats* per kilometer etter første ledd.

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

Reiser pasienten lenger enn 300 kilometer hver vei, dekkes reiseutgiftene med taksten for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel. Dersom pasienten oppfyller vilkårene for å få dekket nødvendige dokumenterte utgifter etter § 22, dekkes reiseutgiftene likevel med *standardsats* per kilometer etter første ledd. Ved beregningen av om reisestrekningen er lenger enn 300 kilometer, omfattes ikke deler av reisen som er bestilt eller rekvirert av helseforetaket.

Når pasienten ledsages på reisen etter § 17, har enten ledsageren eller pasienten rett til å få dekket reiseutgifter. Både pasienten og ledsageren har likevel rett til dekning med standardsats etter første ledd eller faktiske kostnader etter andre og fjerde ledd for dokumenterte utgifter til rutegående transport.

§ 22 Dekning av faktiske utgifter til bil

Pasienten har rett til å få dekket nødvendige *utgifter til ferge og nødvendige og dokumenterte utgifter til bomvei og parkering* ved bruk av bil hvis

- a) reisen gjelder øyeblikkelig hjelp,
- b) *pasientens behandler, eller andre som helseforetaket har utpekt har vurdert at pasientens helsetilstand gjør det nødvendig å bruke bil, eller*
- c) Helseforetaket eller en andre som har fått myndighet til det, attesterer at manglende rutegående transport gjør det nødvendig *å bruke bil.*

§ 22 a Dekning av utgifter til drosje

Pasienter som oppfyller vilkårene i § 22 første ledd har rett til å få dekket nødvendige dokumenterte utgifter til drosje.

Drosjereiser skal bestilles av, eller etter avtale med, Helseforetaket.

Hvis pasienten uten at det er avtalt med helseforetaket selv bestiller og legger ut for reise med drosje, har pasienten rett til reisestønad etter § 21 første ledd. Dette gjelder likevel ikke når reisen gjelder øyeblikkelig hjelp.

§ 23 Dekning av utgifter til flyreiser

Flyreiser skal bestilles av helseforetaket. Hvis pasienten selv *bestiller og legger ut for reise med fly*, har pasienten rett til følgende dekning *av reiseutgifter*

- a) ved reiser som er kortere enn 300 kilometer hver vei, dekkes reiseutgiftene med standardsats per kilometer etter § 21 første ledd
- b) ved reiser som er lenger enn 300 kilometer hver vei, dekkes reiseutgiftene for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel.

§ 23 b Dekning av utgifter til ambulansébåt

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

§ 24 Egenandel

Ved hver enkelt reise *innenfor pasientens bostedsregion* skal pasienten betale en egenandel på kr 171 hver vei (kr 342 tur/retur).

For reiser til og fra spesialisthelsetjenester utenfor pasientens bostedsregion som gis av virksomhet som er omfattet av retten til valg av behandlingssted etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4, skal pasienten betale en egenandel på kr 400 hver vei (kr 800 tur/retur). Pasienten skal likevel bare betale egenandel på kr 171 hver vei, hvis helsehjelpen gis på det nærmeste stedet den kan gis, eller det regionale helseforetaket ikke tilbyr helsehjelpen i pasientens bostedsregion.

Det skal ikke betales egenandel

- a) for ledsager
- b) for barn under 16 år
- c) ved reise for å undersøke eller behandle yrkesskade eller krigsskade
- d) ved reise for å undersøke, behandle og kontrollere en allmennfarlig smittsom sykdom
- e) ved reise for å legges inn i tvungent psykisk helsevern
- f) ved reise for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon
- g) ved pårørendes reise til psykiatrisk poliklinikk for barn og ungdom som oppfyller vilkårene i § 19 første ledd bokstav a
- h) ved reise for donor ved transplantasjon
- i) ved overføring mellom institusjoner innad i et helseforetak
- j) ved reise for å delta ved behandling av begjæring om svangerskapsavbrudd i primærnemnd eller sentral klagenemnd.

§ 25 Krav om dekning av utgifter

Pasienten må sette fram *krav om reisestønad eller* dekning av utgifter senest seks måneder etter at kravet tidligst kunne vært satt fram.

Utgiftene kan likevel dekkes opptil tre år etter at kravet tidligst kunne vært satt fram, *hvis det er sannsynliggjort at den som har rett til refusjon* ikke har vært i stand til å kreve utgiftene dekket tidligere. Det samme gjelder hvis vedkommende ikke har krevd utgiftene dekket tidligere, fordi det regionale helseforetaket, eller noen på foretakets vegne, har gitt misvisende opplysninger.

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

§ 26 Dokumentasjon og kontroll

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

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

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

§ 27 Utbetaling

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

Kapittel 5 Sluttbestemmelser (uendret)

