

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO

**HØRING - FORSLAG TIL ENDRING I PASIENTRETTIGHETSLOVEN § 2-6 OG
FORSLAG TIL FORSKRIFT OM RETT TIL DEKNING AV UTGIFTER VED
PASIENTERS REISE FOR UNDERSØKELSE ELLER BEHANDLING -
HØRINGSFRIST 03122007**

Forslag til ny forskrift er distribuert til helseforetakene og regionalt brukerutvalg. Det er avholdt telefonmøte med helseforetakene, og innspill fra disse er tatt inn i høringsuttalelsen. Regionalt brukerutvalg (RBU) har behandlet saken og gitt følgende kommentar:

"RBU vil hovedsakelig stille seg bak Helse Nord RHF's vurderinger og kommentarer til høringsnotatet. I tillegg ønsker RBU å trekke frem følgende punkter:

RBU støtter i utgangspunktet alle forslag til endringer som medfører en styrking av rettighetene for pasientene. En klargjøring av ansvarsforholdene og en forenkling og harmonisering av regelverket for dekning av reiseutgifter ved undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten er i så måte svært positivt fra vårt ståsted. RBU vil likevel støtte Helse Nord RHF's vurdering av forslaget om utvidelse av rettighetene for pasienter til behandlere innen kommunene, f.eks fysioterapeut. Dette forslaget støtter ikke opp under formålet om å klargjøre ansvarsforhold, og kan samtidig få uheldige kostnadsmessige konsekvenser for helseforetakene.

Generelt er det også viktig å sikre at pasienter får dekning for sine utgifter etter satser som harmoniserer mer med dagens kostnadsnivå.

RBU vil slutte seg til brukerutvalget i Helse Finnmark HF, som påpeker viktigheten av en harmonisering av reglene når det gjelder alder for barn slik at dette gjelder pasienter opp til 18 år (eks §11 vs §14). Dette kan f.eks fange bedre opp pasienter som går i videregående skole eller studenter på en bedre måte.

Jf §8 mener RBU at dekning for tapt arbeidsfortjeneste for yrkesskadde som skal til behandling klart må ligge under NAV's ansvarsområde. Her er det behov for tydeliggjøring av ansvarsforholdene."

Komplett høringsuttalelse fra Regionalt Brukerutvalg følger vedlagt.

Vår høring følger samme inndeling som høringsbrevet. Avslutningsvis vil det bli gitt merknader knyttet til enkeltparagrafer

1 Omtale av pasienttransportordningen

Vi støtter at saker vedr. pasienttransport skal reguleres av pasientrettighetsloven og forskrift til loven, og at instruksjer gjennom et omfattende rundskriv opphører. Det fremgår ikke av høringsbrevet om det er forutsatt endringer i forvaltningen av forskriften, eller om Arbeids- og velferdsdirektoratet fortsatt skal ivareta direktoratsfunksjonen og at de sammen med NAV fylke og NAV lokalt skal ha ansvar for fortolkning av forskriften.

2 Nærmere om forslaget til ny forskrift

2.1 Generelle kommentarer

Helse Nord RHF støtter en samling av reglene som omfatter dekning av reiser for pasienter og ledsagere i denne forskriften ut fra et pasientperspektiv. Dette innebærer samtidig at forhold som tidligere er dekket gjennom behandlingsinstitusjonenes/avdelingenes budsjett, nå blir definert som pasienttransport som dekkes av det helseforetak hvor pasienten er bosatt. Dvs. at en i noen tilfeller vil få en forskyvning av kostnadene mellom HF og funksjoner, og at dette også kan påvirke volum og adferd. Vi vil kommentere dette særskilt i de enkelte punkt senere.

Vi hadde store forventninger til at revisjonen ville forenkle praktisering og administrasjon. Det er med sterk beklagelse vi konstaterer at forslaget slik vi ser det ikke legger opp til merkbar forenkling. Også fremover vil pasient og helseforetak bruke store ressurser knyttet til fremsetting og behandling av krav. Vår klare oppfatning er at pasientens rettigheter ikke vil svekkes av en mer moderne og sjablongmessig fastsetting av hva som kan dekkes.

2.2 Særlige kommentarer

Spesialisthelsetjenester

Ingen kommentarer

Innleggelse og utskrivning av sykehjem

Dette er en utvidelse av pasientrettigheten. Vi har ikke oversikt over omfanget av tidligere feilpraktisering av forskriften, og i hvilken grad dette vil gi merkostnader eller ikke.

Vi mener det er behov for en presisering av "sykehjem" og hva som dekkes/ikke dekkes. I forhold til da bestemmelsen ble tatt inn, har kommunene i dag et bredt spekter av alternative kommunale botilbud som benyttes permanent eller midlertidig. Dette omfatter ulike former for bo og servicesenter, avlastningsplasser, "selvstyrte" leiligheter i tilknytning til sykehjem/andre kommunale tilbud med delvis bruk av felles fasiliteter etc.

Reise for dagpasienter

Vi støtter at reglene for reise til spesialisthelsetjenesten samles og omfattes av denne forskriften.

Det er imidlertid behov for en presisering av bestemmelsen mht dekning av reiseutgifter til/fra ulike kommunale dagtilbud (ved sykehjem, aktivitetssentra mv.), for eksempel fastsette at det kun skal gjelde dagpasienter ved tilbud i regi av spesialisthelsetjenesten.

Internt transport av pasienter

Begrepet internt transport må etter vår mening defineres i forhold til denne bestemmelsen. Vår oppfatning har vært at dette omfatter transport av (inneliggende) pasient mellom avdelinger på samme geografiske sted (f eks fra psykiatrisk avdeling til en somatisk avdeling i samme by). I forslaget (§ 14 i) kan det forstås som om alle pasienter som først er innom en institusjon, og så skal videre (overføres eller henvises) til en annen institusjon i helseforetaket skal omfattes. Det vil i så fall innebære en betydelig omlegging av praksis og dagens

praktisering av egenandel, med tilhørende kostnadsvekst. I vår region vil dette dreie seg om reiser over store geografiske avstander, ofte med fly, og ofte til et annet sykehusnivå, og med tidsforskyvning mellom de to hendelsene.

Helse Nord ønsker generelt minst mulig unntak fra bestemmelsen om å betale egenandel, da det med det store antall rekvirenter er vanskelig å praktisere.

Reise for donator til transplantasjon

Vi støtter forenklingen ved at reise både til og fra dekkes etter samme forskrift. Det vises til kommentar over angående unntak fra regelen om å betale egenandel.

Behandlere innen kommunen

Fritt valg av fysioterapeut innen kommunen er en positiv utvidelse av rettighetene for pasientene. Hvis det blir kombinert med sjablongsmessig oppgjør vil det også kunne gi effektivisering av oppgjørsfunksjonen. Samtidig vil det etter vår oppfatning medføre stor kostnadsøkning i Helse Nord. Mange av våre kommuner er geografisk store, og en stor andel av disse pasientene reiser med spesialtransport av medisinske eller kommunikasjonsmessige årsaker. Kostnadsveksten som følge av denne utvidelsen av pasientrettighetene vil være uten styring fra helseforetakene, da dette er tredjepartsfinansiering av transport til en kommunal tjeneste.

Hjemreiseutgifter

Støtter presiseringen mht oppholdssted/tilfeldig skadested.

Det er i tillegg behov for presisering av hjemsted og nærmeste sted, samt hvilke distanser som dekkes og hvilke egenandeler som skal taes i de tilfeller en person har bosatt seg et annet sted i landet/landsdelen (hos familie, i fbm studier etc.), uten at det er meldt flytting. Her er muligheter til "fri hjemreise" til registrert bosted ved å benytte fritt sykehusvalg til sykehus i nærheten av der en oppholder seg, og benytte flybillettene fra registrert bostedsadresse i motsatt rekkefølge. Vi møter også krav om dekning av reiseutgifter fra/til oppholdssted til institusjon nært registrert bosted.

For å unngå utnyttelse av systemet, ber vi departementet også vurdere muligheten for å legge begrensninger i mulig tidsspenn mellom behandlings- og reisetidspunkt i for- og etterkant av behandling (for eksempel maksimalt 1 uke). For eksempel ved å angi at "begrensninger i mulig tidsspenn mellom behandlings- og reisetidspunkt i for- og etterkant av behandling fastsettes av det enkelte RHF eller HF".

Permisjon

Vi er i utgangspunktet positiv til denne forenklingen og utvidelse av pasientens rettigheter. En utvidelse av rettighetene gir større muligheter for å se behandlingsutgifter og reiseutgifter i sammenheng, også i tilfeller uten livstruende sykdom.

Det bør fremkomme i selve forskriften at det kun gjelder dersom permisjon er besluttet av institusjonen. Videre bør det presiseres om dette også skal omfatte permisjoner fra sykehjem eller kun fra spesialisthelsetjenesten.

Vi ser at denne endringen kan øke pasienttransportkostnadene våre betydelig, vet at det gir incentiv til endret adferd.. Permisjoner dekkes i dag av den avdeling i foretaket hvor pasienten behandles, og benyttes i forbindelse med langtidsbehandling i psykisk helsevern i tillegg til ved livstruende sykdom. Kostnadene ved reise (som i vår region ofte er lange reiser, og med fly), vil bli overført fra de store behandlingsinstitusjonene, til helseforetak hvor pasient er bosatt. Uavhengig av dette flyttes kostnadene fra de kliniske avdelingsbudsjettene til

felleskostnader (pasienttransportbudsjettet). Det vil bli en utfordring å unngå suboptimalisering av ressursene.

Vi er noe bekymret over kostnadsrisikoen ved at forslaget ikke legger noen begrensning på å gi pasienten permisjon, og dermed påføre helseforetak hvor pasient er bosatt økte kostnader. Verken mht alvorlighetsgrad, lengde på opphold, hyppighet på permisjon mv.

Pasienthotell

Vi støtter fullt ut at pasientens rettighet til dekning av kostnader til overnatting nå blir de samme om pasient bor på pasient/sykehotell eller privat hotell. Dette bidrar til et bedre tilbud til pasient, som nå får dekning for å bo nært behandlingssted i stedet for på private overnatningssteder lengre unna.

Samtidig forutsetter vi at rundskriv I-24/2001 oppheves.

Reiser til ortopedisk verksted

Vi mener det er uhensiktsmessig og også umulig å administrere deling av finansielt ansvar av reiser til ortopedisk verksted. Alle slike bør samles på ett sted, og da er det etter vår oppfatning naturlig at dette legges til NAV. Samtidig må det etableres egne rekvisisjoner/egen administrasjon for reiser finansiert etter folketrygdloven, og at ordningene må atskilles helt fra pasienttransport. I dag er det lagt opp til en detaljadministrasjon der helseforetakene må dokumentere og viderefakturere disse (lite sporbare) utgiftene til NAV. Alternativt bør alle reiser til ortopedisk verksted legges til helseforetakene, med tilhørende økt finansiering.

Reiser pålagt av Arbeids- og velferdsetaten

Forslaget støttes.

Ledsagelse mens pasient er innlagt i institusjon

Forslaget støttes. Samtidig ser vi at det her er en del "feil" rekvisisjonspraksis, ved at pårørende/ledsagere får rekvisisjon for å bli med til sykehuset, selv om det ikke er nødvendig med ledsagelse under transport. Dvs at behovet for tydelig presisering til forskriften om hva som ikke dekkes av slike reiser er ønskelig.

Minstebeløp for utbetaling etter forskriften

Vi støtter argumentasjonen, men mener at beløpet bør heves til 300 kr. Dette er fremdeles et lavt beløp. I tillegg bør det fremgå at det er beløp utover egenandel per reise som dekkes.

Andre måter å beregne reiseutgiftene på

Vi vil sterkt argumentere for omlegging til en mer pasientvennlig og rasjonell måte å fremlegge og dokumentere krav samt saksbehandle disse på. Vi mener det er en betydelig ressursløsning når administrasjonskostnadene ved enkeltoppgjør (inkl rekvisisjonsutsteding og reiseveiledning) i vår region utgjør 20-25 % (28,4 mill kr i 2007) av beløpet som utbetales pasienten. Kravene til detaljdokumentasjon og til fysisk innlevering av reiseregningen er også for mange pasienter krevende.

Skal ordningen moderniseres og effektiviseres for både pasient og helseforetak, bør en gå over til sjablongmessig oppgjør (fast sats per km). Dette vil også for pasient muliggjøre valg av egen bil eller rutegående transportmiddel. Retten til spesialtransport av medisinske grunner opprettholdes, samtidig som vi antar at behovet for spesialtransport av kommunikasjonsmessige grunner vil gå noe ned når pasient i større grad kan velge egen bil. Det vil også muliggjøre effektive rutiner i forbindelse med fremlegging av krav, f eks allerede før pasient forlater sykehuset.

Vår oppfatning er at det tidsmessig er riktig å foreta denne omleggingen samtidig som ny forskrift vedtas. Vi vil på det sterkeste anmode om at satser utredes. Vi ser at en fast sats kan gi mindre avvik fra dagens satser for rutegående transportmidler enkelte steder, men mener at dette ikke bør være til hinder for en modernisering – og forutsetter at beløpet settes slik at det utgjør ca snittkostnadene per km i dag. Samtidig ser vi at bompenger, fergeavgift, parkeringsavgift m.v. kan gi behov for tilleggssytelser, noe det bør være mulighet for.

Uansett er vår oppfordring at det bør åpnes for sjablonsmessig oppgjør som alternativ til tradisjonell utgiftsdokumentasjon om pasienten ønsker det. Slik kan helseforetakene utvikle gode og rasjonelle tilbud for pasienten og rasjonelle administrative rutiner.

Faste satser for arbeidsgodtgjørelse

Vi ønsker faste satser for arbeidsgodtgjørelse, samt regler for hvordan timetallet skal fastsettes. Det er et stort behov for forenkling på dette området, hvor helseforetakene bruker mye tid og ressurser på diskusjoner om hva som dekkes eller ikke, og på hvor mye som faktisk dekkes.

Samtidig er det behov for enten i denne forskriften, eller andre steder, å fastslå plikt til å stille som profesjonell ledsager i forhold til kommunehelsetjeneste og politietaten. Dette for å sikre at pasientens reise ikke utsettes unødige.

Forslag til forskrift med merknad er etter vår oppfatning ikke tilstrekkelig for å sikre et godt pasienttilbud og en effektiv ressursbruk. Vi viser til ytterligere og mer konkrete kommentarer under § 10.

3 Forslag til endring i pasientrettighetsloven § 2-6

Forslaget støttes.

4 Administrative og økonomiske konsekvenser

Helse Nord har som tidligere nevnt forventet at revisjonen ville medføre mulighet til større forenkling og effektivisering av ressursbruken knyttet til administrering og oppgjør. Det er foretatt en del opprydding og harmonisering med annet ansvar helseforetakene har for dekning av reiser. Vi støtter dette, men anmoder igjen om å forenkle regelverket ytterligere for oppgjør av reiser og ledsagere.

De forslagene som er fremlagt vil gi effekter som gir merkostnader for helseforetakene:

- Fritt valg av fysioterapeut innen kommunen
- Permisjonsreiser (adferdsendring samt evt. permisjonsreiser fra kommunale tilbud)
- Innleggelse og utskrivning av sykehjem, inkl. forståelse av begrepet sykehjem
- Dagpasienter dersom dette også skal omfatte kommunale tilbud
- Forslaget om å gi tannleger rekvisisjonsrett
- Bortfall egenandel ved ”interntransport” innen et helseforetak
- Evt. utvidet fortolkning av ”det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis”

Forslaget om å gi tannleger rekvisisjonsrett støttes ikke, og frarådes sterkt. Dette vil bli en betydelig utvidelse av rekvisisjonsretten, som skal gjelde bare en liten del av tannbehandling. Muligheten for misbruk utover pasientrettighetene er stor, og vil medføre merkostnader. Alle reiser til ortopediske reiser bør samles ett sted.

Vi viser til kommentarer for øvrig foran og til de enkelte §.

5 Merknader til de enkelte paragrafer

§ 1

Er det praktiserbart for oppgjørsenheter å holde oversikt over minstesatser/enhetstakster i ulike områder (1 b)? Er det nødvendig med dette i tillegg til 1 a)?

Militært personell bør stå oppført som unntak i selve §, ikke bare i merknad.

§ 2

Vi stiller spørsmål om det er korrekt at transportutgifter av avdøde til obduksjonsavdeling skal dekkes av denne forskriften.

Betyr inkludering av egne transportmidler mulighet for helseforetak til å kreve inn egenandel ved slik transport?

§ 3

Reise til ortopedisk verksted bør utgå (3 c).

Definisjon av sykehjem/avgrensning bør fremgå i merknad til forskrift.

§ 4

Reise til ortopediske verksted bør utgå (4 k). Vi støtter ellers fullt ut punktene om hva som uansett dekkes.

Det som imidlertid etter vår mening er upresist er innledning til § 4 mht ”det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis”. Dette kan praktiseres/fortolkes (noe vi har sett enkelte eksempler på fra noen NAV lokal) på en slik måte at det er tilnærmet fritt valg av behandler utenfor regionen også for privat legespesialist, fysioterapeut etc. Dette selv om denne ikke har avtale med regionalt helseforetak hvor pasient er bosatt, og det ikke inngår i pasients rett til valg av behandlingssted etter pasientrettighetsloven.

Dvs. kan innledningen leses som at pasienten har krav på reisedekning ikke bare til sykehus, men til legespesialist eller fysioterapeut utenfor egen region, uten avtale med Helse Nord RHF, pga kompetansemangel i egen region? Herunder om kompetansemangel kun kan vurderes ut fra tilbudet av private legespesialsiter eller fysioterapeuter, og ikke ut fra samlet privat og offentlig tilbud? I så fall må dette presiseres, og er en utvidelse av rettighetene som må finansieres.

Vi er uenig i en slik fortolkning, og det vil evt. ha store økonomiske konsekvenser for vår region med lange reiseavstander og liten dekning av private legespesialister. Det bør også fremgå hvem som evt. skal godkjenne slike reiser. Siden dette ikke omfattes av pasientrettighetsloven § 2-4, ser vi heller ikke at forhøyet egenandel kan kreves. Vi mener også en slik praktisering ikke er i samsvar med hva som sies i merknad til § 3, siste avsnitt. § 4b er slik vi ser det en utvidelse av rett til å velge fysioterapeut innen kommunen. I merknaden bør det fremgå om det er rett til valg av fysioterapeut utenfor kommunen i noen tilfeller (hvilke, og hvem som kan godkjenne det)

I merknadens siste avsnitt reguleres rett til å fortsette hos samme behandler om pasient eller behandler flytter. Vårt spørsmål er hvem som kan godkjenne et slikt unntak fra hovedregelen. Helse Nord er generelt opptatt av at prinsippene om laveste effektive omsorgsnivå følges, spesielt mht kontroller. Vi mener det vil være et potensiale i å flytte kontroller fra spesialiserte sykehus til lokalsykehus, og fra lokalsykehus til fastlege. En forskrift inkludert merknad som stimulerer til dette, og ikke til det motsatte er ønskelig.

§ 5

Praksis i dag er at en må ha rekvisisjon for å kunne velge fly som alternativ. I merknad til forskriften bør det derfor fremgå at pasient pga høy kostnad må ha rekvisisjon dersom fly velges av kommunikasjonsmessige. Dermed sikres også at våre avtaler benyttes.

I merknad til forskrift bør det gjøres følgende endringer (uthevet tekst):

”Med rutegående transportmiddel menes for eksempel buss, tog, **hurtigbåt, hurtigrute**, ferje og fly. Soveplass på tog **og hurtigrute** dekkes om natten. Soveplass på tog **og hurtigrute** dekkes om dagen dersom helsetilstanden **eller værforhold** gjør det nødvendig.” Endringen likestiller tilbudet til pasienter i vår region med tilbudet i andre regioner.

”...**tannlege ,ortopediingeniør,...**” tas ut mht hvem som kan attestere behov for drosje/**turvogn/helseekspress/fly m.v.**

Transport med snøscooter **og egen båt** dekkes etter statens satser. (Evt. transport med andre egne transportmidler dekkes etter statens satser).

Dersom det ikke gjøres endring som innebærer overgang til sjablongsmessig oppgjør som hovedregel, foreslås at det i eget avsnitt slås fast at det åpnes for at de regionale helseregionene kan etablere ordninger der pasient kan velge forenklet oppgjør, og gis refusjon i hht fast takst for bruk av egen bil.

§ 7

Pasient har rett til å få dekket reiseutgifter ved permisjon **gitt av institusjon**. Det bør også fremgå i forskrift eller merknad at dette er begrenset til permisjon fra institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

§ 8

Vi stiller spørsmål ved at de regionale helseforetakene skal ha ansvar for dekning av tapt arbeidsfortjeneste for yrkesskadde som skal til undersøkelse/behandling. I tillegg er satsene lave, det kreves mye dokumentasjon, og krever uforholdsmessig administrasjon av oppgjør.

§ 10

Det er ressurskrevende å forholde seg til dagens regelverk, og høringsutkastet gir ikke forenkling slik vi ser det. Regelverket er komplisert, det er uklart og det er rom for misbruk. Beløpene til private ledsagere er lave, bestemmelsen krever mye administrasjon, det er ressurskrevende å definere og diskutere hva som dekkes, og det er uklart hvilket kommunalt personell som skal dekkes eller ikke. I tillegg en motsigelse i 4 b).

Vi har følgende konkrete kommentarer:

1. Det bør generelt vurderes om kommunen plikter å følge pasient til undersøkelse og behandling når dette er nødvendig, uavhengig av lønnskompensasjon eller ikke. Dvs er det en plikt kommunen har i forhold til for eksempel Kommunehelsetjenesteloven.
2. Forslaget opprettholder utfordring med å definere og enes om hva som dekkes av kommunal ledsagelse. Under pkt 1 over stilles spørsmål om ledsagelse skal være en oppgave som kommunen skal ha ansvar for å yte og også finansiere. Hvis ikke, er det behov for ytterligere presisering av hva som dekkes og ikke. Forslaget innebærer at det ikke gis refusjon når den kommunalt ansatte er ansatt i hjemmesykepleien. Hva med Bo- og servicesenter, bokollektiv, støttekontakter ansatt av kommunen m.v. Det er vanskelig når forskriften gir dekning på ulike måter avhengig av om en er ansatt fast eller i hjemmesykepleien i samme institusjon.

3. Det er en grensegang mellom behov for ledsagelse under transport, og hva som er ønskelig fra pasient/kommune mht å være med til sykehuset av sosiale eller andre årsaker (ha med noen kjente, støttekontakt m.v.). Hva når ansatt velger å være med, men det ikke er nødvendig i forhold til pasienttransport.
4. Når det gjelder nødvendig ledsagelse fra politi, er det behov for at det fremkommer at det er en av politiets ordinære oppgaver/plikter. I dag er det ofte diskusjoner om de kan/vil stille opp, noe som kan medføre utsettelse av transport.
5. Det bør være faste satser for profesjonell ledsagelse, samt for hvordan tiden skal beregnes. Muligheten for å definere dette som "ekstraoppdrag" med store tillegg bør begrenses, og i alle fall reguleres.
6. Det bør i merknad fremkomme at også transport med profesjonell ledsager skal foregå på rimeligste måte, og at medisinsk eller kommunikasjonsmessig behov for spesialtransport besluttes som for øvrig pasienttransport. Gjelder også retur.

Tekst om ukvalifiserte ledsagere er tilsvarende komplisert, og det er også motsetninger i de ulike deler av teksten. Samtidig er satsene svært lave, og en bør kanskje stille spørsmålet om de skal utgå helt eller bør økes. Svært mye administrasjon knyttet til dette.

§ 13

Slik vi leser det, kan helseforetak fastsette reisepolicy ut fra hva som er rimeligst i de enkelte områder mht valg av transportmiddel, der fly er ett av alternativene som er med i vurderingen.

§ 14

Vi anbefaler færrest mulig unntak fra reglene om egenandel. Antall personer med rekvisisjonsrett er svært høyt, og det er vanskelig å administrere unntak både for rekvirenter, transportører og oppgjørsenheter.

14 e) må presiseres og avgrenses, jf kommentarer tidligere. Hvis ikke er dette en betydelig utvidelse av rettighetene for pasienter i helseforetak som har institusjoner på ulike nivå, og med store interne geografiske avstander.

§ 15

Billettstamme brukes ikke lenger.

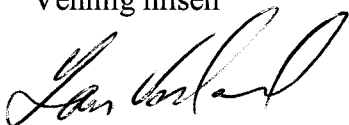
§ 16

Vi mener beløpet bør heves ytterligere til for eksempel 300 kr. 100 kr over en 6-måneders periode er svært lavt, og vil i liten grad redusere administrasjon av oppgjør. Videre forutsettes at det skal beregnes egenandel per reise som skal gå til fradrag.

Øvrige kommentarer:

Der det i merknad til forskrift henvises til spesialtransport, må dette defineres som drosje/*turvogn/helseekspres* m.v., og ikke kun som drosje.

Vennlig hilsen



Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg: Høringsuttalelse fra Regionalt Brukerutvalg i Helse Nord RHF