



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

200704329-03

Deres ref.: 200704098

Vår ref.: 07/14785-2

Dato: 28.11.2007

Saksb.: Per Ludvig Skjerven/Helga Rudjord

## **HØRINGSSVAR – Forslag til endring i pasientrettighetsloven § 2-6 og forslag til forskrift om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling (pasienttransportforskriften)**

Arbeids- og velferdsdirektoratet viser til "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" datert 27. august 2007. Vi vil med dette formidle våre kommentarer og gjøre en vurdering av den nye forskriften samt forslaget til endring av pasientrettighetsloven § 2-6.

Vårt hovedinntrykk er at den nye forskriften er bygd opp på en hensiktsmessig måte, og den gir langt klarere rammer for hva som kan dekkes enn gjeldende rundskriv gjør. Vi anser det positivt at praksis som tidligere fulgte av rundskriv, nå blir regulert gjennom forskrift med merknader.

Vi har forståelse for at forskriften er revidert innenfor klare forutsetninger om at omleggingen ikke skal medføre svekkede rettigheter for pasientene og innenfor en kostnadsnøytral ramme. Dette må imidlertid ikke være til hinder for en opprydning i de tilfeller hvor etablert praksis ikke har nødvendig grunnlag i lov eller forskrift. Vi stiller for øvrig spørsmålsteget ved at så mange av detaljbestemmelsene i dagens rundskriv er flyttet over i merknadene til forskriften. Det gjør forskriften vanskeligere tilgjengelig og mer krevende å holde à jour. Departementet vil selv bli ansvarlig for å oppdatere forskrift med merknader.

Våre merknader nedenfor er mange og detaljerte. Om ønskelig stiller vi gjerne i et møte for å diskutere/utdype våre synspunkter.

### **TIL PUNKT 2.2 SÆRLIGE KOMMENTARER**

Arbeids- og velferdsdirektoratet er i hovedsak enig i endringene som er omtalt under Særlige kommentarer. Disse er stort sett i tråd med våre anbefalinger oversendt til HOD i juni 2005 på grunnlag av forslag fra en arbeidsgruppe med representanter fra daværende RTV og de regionale helseforetakene. Vi anser det meget positivt at regelverket nå blir endret på følgende områder:

- Reise for dagpasienter

- Interntransport av pasienter
- Reise for donator til transplantasjon
- Behandlere innen kommunen
- Permisjon
- Pasienthotell

Videre anser vi det positivt at det gis hjemmel for å dekke reise ved innleggelse og utskriving av sykehjem, at det er tatt inn presiseringer vedrørende hjemreiseutgifter og at det fremgår klart at det ikke gis stønad til overnatting/kost for ledsager mens pasienten er innlagt i institusjon. Se for øvrig konkrete kommentarer til forskriftsutkastet.

Vi har merknader til følgende punkter:

#### **Ortopedisk verksted**

Når det gjelder reiser til ortopediske verksteder, viser HOD til at NAV i praksis mener å dekke alle reiser til ortopediske verksteder etter folketrygdloven § 7-10. Det følger av § 12 i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til ortopediske hjelpemidler, brystprotese, ansiktsdefektprotese, øyeprotese og parykk at:

”Hvis et medlem må reise til lege, helseinstitusjon, attføringsinstitutt eller forhandler i forbindelse med anskaffelse av ortopedisk hjelpemiddel eller protese, dekker trygden reiseutgiftene etter regler og takster fastsatt av Arbeids- og velferdsdirektoratet”.

Arbeids- og velferdsdirektoratet mener at medlemmets rett til dekning av reiseutgifter er fullt ut ivare tatt gjennom denne bestemmelsen, og vi kan ikke se at det er behov for en særskilt bestemmelse om reise til ortopediske verksteder i pasienttransportforskriften. § 4 k) må i så fall ut av den nye forskriften.

#### **Reiser pålagt av Arbeids- og velferdsetaten**

Departementet viser til at i henhold til gjeldende forskrift slipper pasienten å betale egenandel ved reiser pålagt av NAV. Departementet viser også til at ansvarsoverføringen av området fra Trygdeetaten til de regionale helseforetakene i 2004 blant annet hadde som formål å sikre at den instans som utløser utgifter etter regelverket, også har det økonomiske ansvaret for dette. Departementet mener derfor at NAV ikke lenger bør kunne utløse utgifter på pasienttransportområdet, og at det ovennevnte fritaket derfor tas ut av ny forskrift.

Arbeids- og velferdsdirektoratet finner det naturlig at fritaket for egenandelen faller bort i forslaget til ny forskrift i og med at NAV ikke skal utløse utgifter på området. Vi vil imidlertid understreke at det er en gråsoner mellom pasienttransport og reiseutgifter utløst av NAV, særlig ved innhenting av legeerklæringer. I en del tilfeller er det hjemmel for å dekke reiseutgiftene etter pasientrettighetsloven, selv om formålet med undersøkelsen er innhenting av erklæring, for eksempel ved forespørsel om sykmelding eller spesialisterklæring. Det fremgår av dagens rundskriv at ”medlemmet skal betale ordinær egenandel ved reise til lege i forbindelse med legeerklæring, herunder ved sykmelding. Det er bare når reisen er særskilt pålagt av trygdeadministrasjonen at medlemmet kan fritas for egenandel.”

Arbeids- og velferdsdirektoratet mener at reiser ved forespørsel om sykmelding eller legeerklæring til bruk i stønadssak, fortsatt bør falle inn under pasientrettighetsloven, forutsatt at selve undersøkelsen

gir rett til stønad etter folketrygdloven kapittel 5 eller spesialisthelsetjenesteloven. Dersom også slike reiser skal betales av NAV, vil en sannsynlig konsekvens være at NAV ber brukerne henvende seg til fastlegen for der å få en henvisning til spesialist. Dette er en lite brukervennlig løsning og kan forsinke saksbehandlingen i NAV betydelig.

Arbeids- og velferdsdirektoratet vil nedsette en intern arbeidsgruppe for å se nærmere på dekning av reiseutgifter ved ulike former for transport initiert av NAV.

#### **Behov for annen transport av helsemessige grunner – tannlegers rett til å rekvirere**

Departementet viser til at tannleger etter dagens regelverk ikke har rett til å rekvirere transport med hjemmel i pasientrettighetsloven, og finner det naturlig at tannleger gis denne retten i de tilfeller behandlingen dekkes av folketrygdloven § 5-6. Vi vil i den forbindelse bemerke at den tannbehandlingen det gis mulighet til å rekvirere transport for er avgrenset i omfang. Det vil derfor være utfordrende å skille mellom hvilke behandlinger som er refusjonsberettiget og ikke, med feilrekvirering og vanskelige kontrollmuligheter som mulig konsekvens.

#### **Minstebeløpet for utbetaling etter forskriften**

Vi tar til etterretning at departementet foreslår å heve minstebeløpet for utbetaling fra 50 kroner til 100 kroner. Dagens beløp på 50 kroner følger av folketrygdloven § 22-19 og gjelder for alle stønader som administreres av trygdens organer. Så lenge NAV utfører saksbehandlingsoppgaver for RHFene, vil disse bestemmelsene komme i konflikt med hverandre. Vi vil anbefale at det vurderes å harmonisere beløpsgrensen enten ved at

- minstebeløpet under § 22-19 vurderes hevet til 100 kroner. Dette forutsetter lovendring
- dagens minstebeløp på 50 kroner videreføres inntil de regionale helseforetakene overtar enkeltoppgjørene

Arbeids- og velferdsdirektoratet har ved flere anledninger foreslått tiltak for å begrense refusjon av småutgifter, for eksempel ved å endre virkeområdet for forskriften slik at reiser hvor avstanden er mindre enn 10 eller 20 km ikke dekkes med mindre det er behov for annen transport. Dette mener vi er en nødvendig harmonisering i forhold til at forskriften ikke gjelder ved reise hvor man kan benytte rutegående transportmiddel til lokal minstetakst eller enhetstakst.

I henhold til gjeldende praksis som foreslås videreført, kan en bruker som har kjørt 3 km med egen bil, ha rett til å få dekket 7 kroner for en reise. Dette beløpet vil være en egenandel som bruker kan få ført i kvitteringskortet for egenandeler. Hvis bruker er fritatt for egenandel eller har frikort, har vedkommende rett til å få dette utbetalt. Minstebeløpet for utbetaling på 100 kroner gjør at vedkommende må samle opp før beløpet eventuelt kommer til utbetaling. I henhold til dagens praksis vil det være opp til den enkelte bruker å samle opp utestående beløp og kreve utbetaling når beløpet overstiger 100 kroner.

Etter vår oppfatning ville det vært hensiktsmessig å kombinere en økning av minstebeløpet for utbetaling med en økning av kilometergrensen fra 3 til 10 km.

### **Andre måter å beregne reiseutgiftene på og faste satser for arbeidsgodtgjørelse**

Arbeids- og velferdsdirektoratet stiller seg på prinsipielt grunnlag positiv til en sterkt forenklet oppgjørsordning, og vi anbefaler at departementet setter i gang en nærmere utredning av mulige modeller og får disse konsekvensutredet. Vi vil imidlertid anbefale at ikrafttreden for ny forskrift ikke utsettes i påvente av dette.

Som eksempel er nevnt et system som ligner på systemet for fradrag for arbeidsreiser i ligningssammenheng. Arbeids- og velferdsdirektoratet vil bemerke at en slik løsning ikke vil være særlig brukervennlig. Den vil stille store krav til brukeren i forhold til dokumentasjon, og vi antar at en konsekvens av dette vil kunne bli at mange ikke vil benytte seg av fradragsmuligheten.

Når det gjelder faste satser for arbeidsgodtgjørelse, mener vi at det kunne ha vært gjort enkelte grep for å forenkle i ny forskrift. Noen av dagens bestemmelser om arbeidsgodtgjørelse og ledsagergodtgjørelse fremstår som unødig kompliserte, gir lav godtgjørelse og forutsetter store krav til dokumentasjon. Det er uheldig at disse videreføres uten nærmere vurdering eller kommentarer, og Arbeids- og velferdsdirektoratet vil understreke betydningen av at disse bestemmelsene blir forenklet. Vi vil foreslå konkrete endringer under kommentarene til forskriftens § 10.

Vi vil anbefale at departementet i en eventuell nærmere utredning av mulige modeller også vurderer å innføre en fast stønadsatts per km. uavhengig av reise måte. Fast sats vil kunne forenkle dagens ressurskrevende saksbehandling på pasienttransportområdet betraktelig. Dersom det innføres fast stønadsatts, vil §§ 5 og 13 måtte endres.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har tidligere anbefalt at egenandelsbestemmelsene ble nærmere vurdert i forbindelse med utarbeidelse av nytt regelverk. Vi har forståelse for at det innenfor dagens økonomiske rammer ikke har vært mulig å foreslå vidtrekkende endringer på dette området. Vi vil imidlertid understreke at det er en del utfordringer knyttet til grenseflaten mellom frikortordningen og pasienttransportordningen, som vi gjerne diskuterer videre med HOD.

### **KOMMENTARER TIL ENDRING I PASIENTRETTIGHETSLOVEN**

Arbeids- og velferdsdirektoratet støtter forslaget om å ta inn hjemmel til å fastsette frister for fremsending av krav i pasientrettighetsloven § 2-6. Dersom en slik lovendring vedtas, vil vi også be departementet vurdere om det kan være hensiktsmessig å sette en kortere frist enn 6 måneder, for eksempel 3 måneder. Ved innføring av elektronisk frikortordning, vil det være en fordel om alle egenandeler som faller inn under ordningen med egenandelstak 1 rapporteres inn så raskt som mulig.

Vi vil også gjøre departementet oppmerksom på at det i henhold til dagens praksis kan gjøres unntak i særskilte tilfeller. Det følger av folketrygdloven § 22-13 sjette ledd at

”En ytelse kan gis for opptil tre år før kravet ble satt fram, dersom den som har rett til ytelsen, åpenbart ikke har vært i stand til å sette fram krav tidligere. Det samme gjelder dersom vedkommende ikke har satt fram krav tidligere fordi trygdens organer har gitt misvisende opplysninger.”

Det er ikke vist til denne unntaksbestemmelsen i gjeldende forskrift, men Arbeids- og velferdsdirektoratet har av rimelighetshensyn lagt til grunn at bestemmelsen skal gjelde tilsvarende for

reiseutgifter som dekkes etter pasientrettighetsloven. Dersom departementet er enig i dette, må det vurderes å ta inn en unntaksbestemmelse i ny forskrift.

## KOMMENTARER TIL ENKELTE PARAGRAFER I FORSLAGET TIL NY FORSKRIFT

### Til § 1 Virkeområde

#### *Til merknadene innledningsvis*

Vi viser til merknadene til § 1, andre og tredje avsnitt. Vi ser her behovet for en presisering. Siste avsnitt lyder "Nordisk konvensjon om sosial trygghet har også regler om dekning av utgifter ved reise". Det bør her fremkomme tydeligere om dette kan omfattes av pasienttransportregelverket eller ikke.

Det er i dag NAV som i siste instans dekker merutgifter ved hjemreise. Arbeids- og velferdsetaten forholder seg i dag til at Artikkel 7 Godtgjørelse for kostnader ved hjemreise ikke faller inn under pasienttransportregelverket, selv om dette omfatter både ambulansetransport og vanlig transport. Vår oppfatning er imidlertid at det ville være mer hensiktsmessig at de regionale helseforetakene overtar ansvaret for forvaltning av denne bestemmelsen siden det i stor utstrekning er RHFene som utløser utgiftene på området. Dette har vi tidligere foreslått overfor HOD.

#### *Til bokstav b)*

Punktet lyder "Ved reise hvor pasienten kan benytte rutegående transportmiddel til lokal minstetakst eller enhetstakst." Vi mener "lokal minstetakst" bør vurderes fjernet i den nye forskriften. Vår begrunnelse er at kollektivtransportselskapene med jevne mellomrom endrer rutetilbud, soner og priser, som etter vårt syn stiller uforholdsmessige store krav til saksbehandlers kunnskap om de til enhver tids avgrensede lokale minstetakster. Dersom "lokal minstetakst" utgår, foreslår vi at dette erstattes med et fast beløp på for eksempel 30 kroner. Setningen kan da formuleres slik: "Ved reise hvor pasienten kan benytte rutegående transport til enhetstakst, eller hvor prisen ikke overstiger 30 kroner for voksne og 15 kroner for barn/honnør".

Hvis "lokal minstetakst" likevel skal stå, ser vi her behovet for en beskrivelse i merknadene av hva som menes med og defineres under "lokal minstetakst", for eksempel ved å ta inn følgende merknad til bokstav b: "Med reiser til "lokal minstetakst" menes reiser innenfor en sone der man reiser til laveste pris det aktuelle transportselskapet opererer med på strekningen. Med reiser til "enhetstakst" menes reiser hvor prisen er uavhengig av kjørelengden, for eksempel ved reise innenfor en bys grenser."

#### *Til bokstav e)*

Bokstav e) viser til at bidragsreiser er unntatt fra forskriften. Vi mener det bør listes opp i merknadene hvilke type reiser som per i dag er bidragsreiser. En slik oversikt vil etter vår mening fremstå som klargjørende, i og med at mange brukere og helsepersonell ikke nødvendigvis er kjent med bidragsordningen, og derfor ofte vil oppfatte disse reisene som pasientreiser.

#### *Til bokstav f)*

Vi mener presiseringen i merknaden er unødvendig og derfor bør vurderes fjernet. Helsepersonell er etter vår oppfatning godt kjent med sin posisjon i forhold til pasientrettighetsloven og

pasienttransportregelverket, og henvisningen til forskrift 19. desember 2003 nr. 1728 bør derfor ikke være nødvendig å nevne her.

#### *Til bokstav g)*

Vi viser til at det i forskriftens § 1 g) står "når det er nødvendig med ledsager mens pasienten er innlagt i institusjon". Denne setningen mener vi er utydelig og anbefaler at den omformuleres. En pasient som er innlagt i institusjon trenger ingen *ledsagelse*, det anser vi for å være selvforklarende. Vi antar at punkt g) viser til at forskriften ikke er ment å dekke utgifter til reise, kost og losji når behandlingsinstitusjonen finner det nødvendig at pårørende oppholder seg i nærheten av pasienten av hensyn til behandlingsforløpet eller når pårørende selv ønsker å oppholde seg ved institusjonen sammen med pasienten.

### **Til § 2 Pasientens rett til dekning av utgifter ved reise**

#### *Til merknadene innledningsvis*

Vi viser til første avsnitt i merknadene til § 2 der det presiseres at transport av avdød til obduksjonsavdeling dekkes etter den nye forskriften. Dette er ikke i tråd med gjeldende praksis, se gjeldende rundskriv. Det ble fra 1.1.2004 etablert en hjemmel for å dekke disse utgiftene etter folketryktdloven § 7-3, jf. Forskrift om båretransport i Norge § 1.

I merknadene til § 2 andre avsnitt viderefører departementet dagens praksis som gir de regionale helseforetakene anledning til å dekke utgifter utover det som følger av rettighetene i pasientrettighetsloven § 2-6 og forskriften, ut fra et behandlingmessig helhetsperspektiv. Vi mener en tilpasning i forhold til dagens praksis tilsier at merknaden bør også bør gi de regionale helseforetakene anledning til å gi utvidet dekning ut fra et *økonomisk* helhetsperspektiv. De regionale helseforetakene er etter vår erfaring opptatt av å se de transportmessige og økonomiske forhold i sammenheng på en måte som i blant gir brukere utvidet dekning opp mot forskriften. På grunn av samordningstiltak kan dette likevel virke økonomisk besparende samlet sett. De regionale helseforetakene vil kunne dra nytte av flere ulike former for helhetlig samordning når de overtar enkeltoppgjørene fra NAV i 2009.

#### *Til § 2 annet ledd*

Vi ser her behov for en kommentar i forhold til etablert praksis. Forslaget er i tråd med gjeldende lovbestemmelse, men det er i samråd med HOD etablert en praksis med avkorting av refusjonskrav på 20 prosent i stedet for avskjæring av rettighet. Denne praksisen er nedfelt i "Avtale om kjøp av saksbehandlingstjenester" som de regionale helseforetakene har med NAV. Vi viser til § 4.1 i avtalen: "I tilfeller der det klart fremgår at pasienten har valgt en annen transport enn helseforetaket har tilbudt, skal refusjonskravet avkortes med 20 % av beløpet som søkes refundert. Videre skal det gis informasjon til pasienten om hvordan transport skal bestilles ved senere anledning. Dersom pasienten har benyttet et dyrere transportmiddel enn forutsatt, utbetales refusjon for billigste reisemåte."

Dersom avkorting fortsatt er et alternativ, bør dette fremkomme av merknad. Vi anser det viktig å sikre en enhetlig praksis når det gjelder bortfall av rett til dekning. Videre bør det tas inn en presisering vedrørende i hvilken utstrekning brukere som ikke benytter seg av et tilbud om transport med transportør som er ansatt i helseforetak, eller har avtale med regionalt helseforetak, kan få dekning etter billigste transport med rutegående transportmiddel, jf. forskriftsutkastets § 5.

**Til forskriftens § 3 Til hvilke helsetjenester pasienten får dekket utgifter ved reise**  
Vi foreslår at bokstav c) utgår, jf. kommentarer under avsnittet reiser til ortopediske verksted.

Departementet har i merknad til forskriften slått fast i hvilke tilfeller forskriften gjelder og ikke gjelder. I de fleste tilfeller er målet å gi rettslig grunnlag for etablert praksis. Arbeids- og velferdsdirektoratet mener det ville vært en fordel om enkelte sider ved gjeldende praksis ble vurdert på nytt, selv om dette ville kunne medføre en begrensning i rettigheter for enkelte pasienter. Dagens regelverk er preget av detaljregulering og en del avgrensinger som mangler hjemmel i forskrift eller lov. I noen tilfeller gis det etter praksis dekning utover det pasienten formelt sett har krav på etter pasientrettighetsloven, i andre tilfeller er det avgrenset negativt uten at dette er tilstrekkelig hjemlet i regelverket.

Det fremgår av merknad at ved reise til nasjonale kompetansesenter i forbindelse med spesialpedagogisk virksomhet, gjelder ikke forskriften. Likevel er dagens praksis vedrørende dekning av utgifter til Bredtvet kompetansesenter og Eikelund kompetansesenter videreført. Begge disse kompetansesentrene hører til Statped (Statlig spesialpedagogisk støttesystem) som er et nasjonalt tjenesteytende system som skal bistå skoleeiere med å legge til rette for kvalitativ god opplæring for barn, unge og voksne med særskilte opplæringsbehov. Frå 1. august 2006 ble de tre kompetansesentrene Eikelund, Søreide og Vestlandet, slått sammen til kompetansesenteret Statped Vest.

Det er et vilkår for stønad etter pasientrettighetsloven § 2-6 at reisen er foretatt i forbindelse med en helsetjeneste som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og som dekkes av et foretak, eller ved helsetjenester som omfattes av folketrygdloven kapittel 5. Virksomheten ved Statped sine kompetansesentra er ikke spesialisthelsetjenester som dekkes av regionalt helseforetak, og tjenestene ved disse dekkes heller ikke etter folketrygdloven kapittel 5. Det kan gis stønad til logopedisk- og audiopedagogisk behandling etter kapittel 5, men det utløses ikke stønad når behandling gis av ansatte i kompetansesentra. Vi foreslår derfor at departementet revurderer å gi forskriften anvendelse for reise til Bredtvet og Eikelund i forbindelse med særskilte tjenester. Det gir et uoversiktlig regelverk som det kan være vanskelig å orientere seg i, og det vil gi press på ordningen for å få inn tilsvarende rettigheter for brukere i andre regioner. Eksempelvis gir også Statped Nord tilbud om logopedtjenester ved stemmevansker og afasi, og det er reist spørsmål om hvorfor ikke også reise dit kan dekkes som pasienttransport.

Når det gjelder siste avsnitt i merknad til første ledd bokstav b, vil vi be departementet vurdere å ta inn en presisering om at forskriften kun omfatter spesialisthelsetjenester som ytes av private tjenesteytere med avtale med regionalt helseforetak når det er inngått avtale om den aktuelle tjenesten. Regionale helseforetak inngår som regel avtaler om spesifikke tjenester, og det vil da kun være reise i forbindelse med disse tjenestene som gir rett til dekning av utgifter. Det er med andre ord ikke tilstrekkelig at en privat tjenesteyter har avtale med regionalt helseforetak dersom avtalen ikke omhandler det pasienten får behandling for.

**Til § 4 Nærmeste sted**

Vi vil generelt bemerke at regelen om "nærmeste sted" over tid er blitt betydelig utvannet, jf. alle unntakene som listes opp i forskriften. Det bør vurderes å tone ned prinsippet om nærmeste sted ved å endre innledningen slik:

Pasienten har rett til dekning av utgifter ved reise til:

- a) Fastlege innenfor pasientens bostedskommune .....
  - b) Allmennleger, jordmødre .....
  - c) Samisktalende lege .....
- etc

*Forslag til nytt tredje ledd:*

Ved reise til behandlere eller behandlingssteder som ikke er nevnt under bokstav a-l, gis det dekning til nærmeste sted der helsetjenesten kan gis.

*Til bokstav e):*

Vi ber departementet vurdere å åpne for at også opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner tas med under dette punktet. Det vil medføre en utvidelse av pasientens rettigheter, men ettersom opptreningsinstitusjonene nå er en integrert del av spesialisthelsetjenesten, finner vi det naturlig at pasienter kan henvises ut av egen region dersom det regionale helseforetaket ikke kan sørge for et tilbud innen helseregionen. Det vil da være opp til den enkelte region om de vil henviser ut av regionen. Vi er kjent med at flere helseregioner gir utvidet dekning i forhold til lovens minstestandard på dette området.

*Til bokstavene g) og h):*

Vi vil anbefale at presiseringene "forutsatt at behandlingen dekkes av fastsatte refusjonstakster" fjernes her. Det går på virkeområde i § 1 og hører ikke naturlig hjemme under nærmeste sted.

*Til bokstav k):*

Vi foreslår at punktet utgår, jf. kommentarer under Reiser til ortopediske verksted.

*Til merknadene til § 4:*

Det er nevnt to spesifikk behandlingstilbud hvor det kan dekkes reiseutgifter til nærmeste sted hvor slikt tilbud kan gis. Vi foreslår at disse avsnittene vurderes fjernet, og at hovedreglene legges til grunn også for disse tilbudene. Når et sykehus tilbyr et treningsopplegg for pasienter med smertetilstand i bevegelsesapparatet, fibromyalgi og whiplash og pasienter med coronar hjertesykdom i samme gruppe, antar vi at disse normalt vil kunne få et tilbud innen egen region. Slik dagens praksis er nedfelt i rundskriv og foreslått videreført i forskrift, vil pasienter som mottar et slikt tilbud i teorien kunne reise på tvers av regioner dersom egen region ikke tilbyr slike gruppeopplegg. Tilsvarende mener vi at rett til dekning av reiseutgifter i forbindelse med Parent Management Training bør være godt nok ivare tatt innenfor gjeldende rammer. Det bør være opp til de regionale helseforetakene å vurdere om de vil dekke reiseutgifter ut av egen region i forbindelse med Parent Management Training. Så langt det er mulig, bør man unngå å ta denne type unntak inn i forskrift med merknader.

I femte avsnitt er det tatt inn en setning om hjemreiseutgifter ved yrkesskade. Vi foreslår at formuleringen endres slik: Etter en yrkesskade dekkes nødvendige utgifter til hjemtransport, jf. folketrygdløven § 5-25.

Vi ber departementet se nærmere på siste setning i merknaden: "Dersom det av behandlingsmessige eller kontrollmessige grunner er nødvendig å fortsette hos samme behandler, dekkes likevel utgiftene ved reisen." I dagens rundskriv er dette begrenset til "i en kortere overgangsperiode". Slik det står formulert i merknaden nå, gjelder dette uten tidsbegrensning, og det antar vi ikke kan være hensikten.



#### **Til § 5 Dekning av reiseutgifter**

Bruk av egen bil er i den nye forskriften definert som "annen transport". Det er i tråd med gjeldende praksis og innebærer at når egen bil er benyttet, refunderes kun tilsvarende taksten for billigste reisemåte med rutegående transportmiddel på strekningen. Dette forutsetter imidlertid en individuell vurdering i hvert enkelt tilfelle og at saksbehandler har god oversikt over lokale forhold, rutetilbud og kostnader ved bruk av offentlig kommunikasjon mv. Vi mener at egen bil bør likestilles som bruk av rutegående transport, noe som ville vært en klar forenkling både for brukere og for saksbehandlingen. Dersom egen bil likestilles med offentlig kommunikasjon, vil §§ 5 og 13 måtte endres.

#### **Til § 7 Permisjon**

Teksten i merknaden bør flyttes over i forskriften. Dette er en nødvendig avgrensning som bør fremgå av forskriften.

#### **Til § 8 Pasientens rett til tapt arbeidsinntekt ved yrkesskade**

Departementet viderefører i forslaget dagens regler for rett til tapt arbeidsinntekt ved yrkesskade. Vi mener at ordningen med fordel kan forenkles. Dekningen er lav, og det kan neppe være hensiktsmessig å kreve omfattende dokumentasjon. Vi stiller også spørsmålstegn ved om det er nødvendig å oppstille særskilte regler for tapt arbeidsfortjeneste ved yrkesskade, da vi antar at de færreste vil bli trukket i lønn ved reise til behandling i forbindelse med yrkesskade. Vår oppfatning er at denne bestemmelsen meget sjelden kommer til anvendelse.

#### *Til bokstav a):*

Forskriften presiserer at fraværet må ha hatt minst to timers varighet. Vi mener dette er en avgrensning som er unødig detaljert og som er vanskelig for saksbehandlere å kontrollere i etterkant. Den bør etter vår oppfatning fjernes.

Vi foreslår videre å fjerne setningen: "Slik dekning gis ikke med mindre det er helt på det rene at skadede ellers ville vært i inntektsgivende arbeid under fraværet." Setningen kan virke mistenkeligjørende overfor pasienten, hvilket bør unngås. Den innledende teksten i avsnittet "Ved nødvendig fravær fra arbeidsplassen..." er ikke til å misforstå i den forstand at forskriften legger som premiss at pasienten faktisk var i arbeid da behovet for reise til behandler oppsto.

#### *Til bokstav b):*

Bokstav b setter krav til at arbeidstaker dokumenterer timelønn, arbeidsfraværets lengde og det beløp som ellers ville bli trukket i lønn. Vi foreslår at bokstav b fjernes. Dokumentasjonskravet legger på grunn av sin detaljeringsform beslag på tidsressurser hos både arbeidstaker, arbeidsgiver og saksbehandler.

#### *Til bokstav c):*

Dette punktet legger opp til at dersom pasienten har annen ervervsinntekt skal saksbehandler beregne tapt arbeidsinntekt på grunnlag av vedkommendes antatte årlige arbeidsinntekt omregnet til timefortjeneste og oppgave som fraværets lengde. Det gis imidlertid uansett ikke mer enn kr. 40 per time eller maksimalt kr. 255 per dag. Vi mener punktet bør fjernes. Et slikt krav til beregning kan neppe forsvares når dekningen uansett er begrenset til 40 kroner per time.

*Til bokstav e):*

Vi kan ikke helt se behovet for presiseringen i bokstav e og foreslår at denne utgår.

Dersom bestemmelsen likevel skal videreføres, foreslår vi at § 8 gis følgende ordlyd:

Pasienten har rett til dekning av tapt arbeidsfortjeneste ved yrkesskade ved nødvendig fravær fra arbeidsplassen som følge av reise til lege, sykehus og lignende med 40 kroner per time, begrenset til 255 kroner per dag.

#### **§ 9 Ledsagers rett til dekning av utgifter ved reise**

Det bør vurderes å presisere i forskrift eller merknad at det er pasientens helsetilstand som avgjør om det er nødvendig med ledsagelse og at dette må dokumenteres av det aktuelle helsepersonell. Vi foreslår at ordlyden i første setning i § 9 endres til:

Når pasienten har behov for ledsager av medisinske grunner, har ledsageren rett til å få dekket nødvendige utgifter forbundet med å følge pasienten.

#### **Til § 10 Ledsagers rett til dekning av tapt arbeidsinntekt ved reise**

Ny § 10 med merknader er en ren videreføring av gjeldende regelverk. Tekst fra gjeldende forskrift/rundskriv er flyttet direkte over i ny forskrift, og det finner vi uheldig med tanke på at dette er til dels kompliserte og detaljerte bestemmelser hvor det etter vår oppfatning burde være rom for forenkling og/eller tydeliggjøring.

Arbeids- og velferdsdirektoratet ber departementet vurdere å gjøre endringer i forskriften § 10. Det er knyttet omfattende vilkår til retten til å få arbeidsgodtgjørelse ved ledsagelse. Stønaden begrenses til maks 80/20 kroner per time. Det er flere tilnæringsmåter for forenkling her:

- Gi en fast godtgjørelse for ledsagelse, uavhengig av om vedkommende blir trukket i lønn eller ikke. Det kan eventuelt settes som en forutsetning at ledsagelsen har en varighet utover for eksempel to timer. Dette vil føre til noe merutgifter, men vil gi et langt enklere regelverk.
- Opprettholde et skille mellom kvalifiserte ledsagere og "ordinære" ledsagere. For kvalifiserte ledsagere stilles det ikke krav om dokumentasjon for tapt arbeidsinntekt. Det gis godtgjørelse etter standardiserte satser, og det reguleres i hvilken utstrekning kvalifiserte ledsagere kan fakturere for bruk av overtid. For andre ledsagere strammes kravet til dokumentasjon av tapt arbeidsinntekt inn. Det gis kun dekning av tapt arbeidsinntekt til ledsagere som kan dokumentere tapt arbeidsinntekt. Godtgjørelse gis etter faste satser. På denne måten vil en rekke småutgifter til ledsagelse falle bort, for eksempel de tilfellene hvor det utbetales 20 kroner per time.

Når det gjelder kvalifisert ledsagelse, ber vi departementet revurdere avgrensningen mot personer ansatt i hjemmesykepleien, og ledsagere som mottar arbeidsledighetsstrygd eller sykepenger. Er det fortsatt naturlig å unnta akkurat disse gruppene fra rett til tapt arbeidsinntekt? Er det for eksempel rimelig at en som mottar ledighetsstrygd ikke får ledsagergodtgjørelse, mens en som mottar rehabiliteringspenger eller uførepensjon kan få det?

Arbeids- og velferdsdirektoratet bistår gjerne i en videre utredning av ulike alternativer for endring av reglene vedrørende dekning av tapt arbeidsinntekt ved ledsagelse.

*Til § 10 bokstav d:*

Det er tatt inn at begrensningen om at det ikke gis arbeidsgodtgjørelse for fravær som vedkommende ikke blir trukket i lønn for, ikke gjelder når politi følger pasienter. Etter dagens praksis gjelder dette unntaket ikke bare for politiet. Ved kvalifisert ledsagelse er det i dag ikke et vilkår at ledsageren blir trukket i lønn.

*Til merknaden til bokstav a:*

Når det gjelder hvem som kan defineres som kvalifiserte ledsagere, vil vi presisere at arbeidsgodtgjørelse kan gis til døvetolk også etter folketrygdloven § 10-7. Det er kun aktuelt for døvetolk å motta godtgjørelse som kvalifisert ledsager når døvetolk er nødvendig for å gjennomføre reisen til undersøkelse og behandling. Dersom døvetolk er nødvendig for å kunne motta nødvendig poliklinisk behandling, dekkes utgiftene etter § 10-7.

Det fremgår videre at det ytes godtgjørelse etter særskilt regulativ til politiet, dvs. etter tjenestemannens ordinære lønnsregulativ. Vi er gjort kjent med at Politidirektoratet har oppfordret politidistriktene til å fakturere privatbetalte oppdrag etter fast timesats, inkludert administrative kostnader som feriepenger og arbeidsgiveravgift.

Etter gjeldende praksis har det som hovedregel ikke vært gitt feriepenger med mindre ledsager blir trukket i lønn, og godtgjørelse for arbeidsgiveravgift dekkes kun dersom arbeidsgiver har hatt slike utgifter. Dersom helseforetakene skal utbetale etter faste satser for privatbetalte oppdrag, finner vi det rimelig at prisen er fast uavhengig av bemanningssituasjonen i det enkelte politidistrikt, dvs. at politidistriktene ikke kan belaste helseforetakene for bruk av overtid på hele oppdraget. Vi er kjent med at både kommuner og politi i stor utstrekning fakturerer helseforetakene etter overtidssatser for ledsageroppdrag fordi de må hente inn medarbeidere på overtid for å ivareta denne type oppgaver.

Dette blir etter vår oppfatning lite forutsigbart for helseforetakene. Når det gjelder politiet, er det slått fast at politiet har bistandsplikt i det psykiske helsevernet, og en av oppgavene i denne forbindelse er ledsagelse av pasienter. Etter vår oppfatning bør det i forskriften gis satser for kvalifisert ledsagelse, og det bør reguleres i hvilken utstrekning for eksempel politiet kan kreve overtid i forbindelse med ledsageroppdrag. Dette bør eventuelt knyttes til tidsbruk for det enkelte oppdrag. Det kan for eksempel gis en forhøyet timesats dersom ledsagelsen varer utover 8 timer.

**Til § 11 Pårørende til pasienten**

Arbeids- og velferdsdirektoratet anser det positivt at det er tatt inn en særskilt bestemmelse om hvilke rettigheter pårørende har.

*Til § 11 bokstav a:*

Vi ber departementet vurdere å utvide bestemmelsen til å gjelde barn under 18 år. Dette vil i tilfelle være en utvidelse av praksis, men vi mener at grensen på 14 år anses lite hensiktsmessig. Det er ikke tvil om at også barn mellom 14-18 år vil ha stort behov for kontakt med foreldre med livstruende sykdom.

*Til § 11 bokstav d:*

Dette omfatter ikke nødvendigvis alle tilfeller hvor det har vært gitt dekning av reiseutgifter i forbindelse med kurs/opplæring. Vi foreslår derfor at begrensningen i forhold til barn under 18 år fjernes.

I dag har helseinstitusjonen en plikt til å dekkes reiseutgifter dersom foreldre til barn under 18 år innkalles til nødvendig opplæring i forbindelse med barnets sykdom og videre behandling og pleie. Dekning skal gis etter satsene i pasienttransportforskriften. Når det i forskriften tas inn egen hjemmel for dekning av reiseutgifter for pårørende, anser vi det naturlig at denne regulerer alle sider ved pårørendes reiseutgifter så langt dette er mulig. Det bør derfor foretas en harmonisering mot reiseutgifter som dekkes i henhold til Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, jf. merknad til § 11 bokstav d.

Det er i dag en del gråsoner med hensyn til hvilke kurs/opplæringstilbud som skal anses for å være i regi av helseinstitusjon. Ofte arrangeres kurs og konferanser av pasientforeninger i samarbeid med helseinstitusjoner. Dersom pasient og/eller pårørende henvises fra lege til slike opplæringstilbud, dekkes reiseutgiftene som pasienttransport uavhengig av alder på pasienten. Bestemmelsen i Forskrift om barn på sykehus kommer til anvendelse når pårørende innkalles til institusjonen for nødvendig opplæring.

Slik teksten er formulert nå, er det et vilkår at kursdeltakelsen er nødvendig for "framtidig behandling av pasienten". Dette er i tråd med ordlyden i dagens rundskriv, men dette er ofte et tema for konflikt mellom NAV og brukere. Ofte vil pårørendes deltakelse være nødvendig for framtidig oppfølging av pasienten, men ikke nødvendigvis for framtidig behandling av pasienten. Vi ber derfor departementet vurdere å erstatte ordet "behandling" med "oppfølging".

Vi vil også be departementet vurdere om det er behov for særskilt omtale av pårørendes reiseutgifter i forbindelse med familiebehandling innen rus/psykiatri. I slike tilfeller kommer familiemedlemmer reisende fra hele landet til institusjonen. I dag løser helseinstitusjonene dette på ulike måter. Noen velger å definere pårørende som pasienter, andre skriver bekreftelse på at pårørendes reiseutgifter har vært nødvendige for behandlingen av pasienten.

**Til § 14 Egenandeler**

Vi foreslår følgende tilføyelse innledningsvis i merknaden til § 14 annet ledd: Det skal beregnes ny egenandel for hver reise dersom pasienten for eksempel må foreta flere reiser i forbindelse med forundersøkelse, operativ behandling og etterkontroll. Ved seriebehandling betales ny egenandel for hver reise mellom bosted/oppholdssted og behandlingssted. Dette gjelder også ved fritt sykehusvalg.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har nylig mottatt en henvendelse vedrørende muligheten for å kreve gebyr ved manglende fremmøte til bestilt transport. Vår konklusjon er at det ikke er anledning til å kreve slikt gebyr i dag, og hvis det skal bli aktuelt, må det etableres en hjemme for dette i forskrift. Det er i den forbindelse naturlig å vise til hvordan dette er håndtert i forhold til andre spesialisthelsetjenester. Når det gjelder poliklinisk behandling fremgår følgende av forskrift om stønad til dekning av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak:

Merknad 2C

*Dersom behandling/undersøkelse eller kontroll ved offentlig poliklinikk er forsinket med mer enn en time etter avtalt tid, og pasienten ikke har fått varsel om forsinkelsen før oppmøte, er det ikke anledning til å kreve egenandel for tjenesten. Pasienten skal bli informert om årsaken til forsinkelsen. Hvis mulig skal pasienten varsles om forsinkelse før oppmøte.*

*For bestilt time som ikke benyttes, det vil si at pasienten uteblir uten varsel eller avbestiller senere enn 24 timer før avtalt tid, kan pasienten avkreves betaling på kroner 100. Beløpet anses ikke som godkjent egenandel etter bestemmelser gitt med hjemmel i lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd § 5-3. Pasienten skal informeres om plikten til å betale ved uteblivelse. Slik betaling kan kreves av alle pasienter, også av pasienter som er fritatt fra betaling av egenandel.*

Tilsvarende bestemmelser er tatt inn i legeforskriftens merknad B2, men der er det ikke satt et fast gebyr på 100 kroner, men det kan avkreves konsultasjonshonorar.

#### **Merknad B2**

*For bestilt time som ikke benyttes, dvs. at pasienten uteblir uten varsel eller avbestiller senere enn 24 timer før avtalt tid, kan pasienten avkreves konsultasjonshonorar. Dette dekkes ikke av folketrygden. Beløpet anses ikke som godkjent egenandel etter bestemmelser gitt med hjemmel i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd § 5-3. Slik betaling kan kreves av alle pasienter som er fritatt for betaling av egenandel. Pasienter som bestilte time hos legespesialist skal informeres om plikten til å betale ved uteblivelse. Dersom behandling, undersøkelse eller kontroll hos legespesialist er forsinket med mer enn én time etter avtalt tid og pasienten ikke har fått melding om forsinkelsen før oppmøte, er det ikke anledning til å kreve egenandel for tjenesten. Pasienten skal bli informert om årsaken til forsinkelsen. Hvis mulig skal pasienten varsles om forsinkelsen før oppmøte.*

Vi ber på denne bakgrunn departementet vurdere om det bør gis slik hjemmel i pasienttransportforskriften.

#### **Til § 16 Utbetaling**

Når det gjelder annet ledd, ser vi behov for en presisering i merknad vedrørende ansatte i helseforetak. Når regionale helseforetak dekker utgifter til ledsager, må dette være å anse som at staten dekker utgiftene, dvs. at helseforetak også kan få utgifter for kvalifisert ledsagelse utbetalt direkte. Selv om helseforetakene er ansvarlig for utgiftene til pasienttransport som sådan, antar vi at det er ønskelig med en form for internfakturering her for å synliggjøre de faktiske kostnadene til pasienttransport, og for å påse at riktig region/helseforetak belastes utgiftene.

ANNET

#### **Bidragsreiser**

Arbeids- og velferdsdirektoratet har tidligere gitt innspill i forhold til forholdet mellom pasienttransport og bidragsreiser. Vi tar til etterretning at HOD fortsatt legger til grunn at bidragsreiser ikke skal dekkes som pasienttransport, og har på denne bakgrunn startet arbeidet med å etablere egne rutiner på dette området. Saksbehandlingen av bidragsreiser er fra 1.9.2007 flyttet fra NAV lokalt til NAV Helsetjenesteforvaltning, og erfaringene så langt viser at det haster med å få på plass nye rutiner for å få et klart skille mellom disse ordningene også i forhold til bruk av dyrere transport.

Vi vil i den forbindelse kort nevne at dette også nødvendiggjør en gjennomgang av forholdet til egenandelsordningen. I henhold til gjeldende praksis betales det ordinær egenandel ved bidragsreiser, og denne kan regnes med i oppsamlingen for å nå egenandelstak 1. Dette er det formelt sett ikke hjemmel for i folketrygdloven § 5-3. Vi mener derfor at dagens praksis må revurderes. Et alternativ er å fjerne egenandelen på bidragsreiser slik man valgte å gjøre ved reiser i forbindelse med utprøving av tekniske og ortopediske hjelpemidler. Dette vil imidlertid medføre økte utgifter til bidragsreiser.

#### OPPSUMMERING

Vår vurdering av den nye forskriften er at den er bygd opp på en hensiktsmessig måte og at den er langt mer oversiktlig enn dagens regelverk. Vi beklager imidlertid at departementet ikke har gjort større forenklingstiltak og at man i enkelte tilfeller sementerer unntaksbestemmelser gjennom detaljregulering i merknader. Vi finner dette bekymringsfullt med tanke på at enkeltoppgjørsordningen skal overføres til de regionale helseforetakene, som ikke vil ha samme nærhet til og kunnskap om lokal geografi og transportforhold. Vi vil derfor oppfordre departementet til å arbeide videre med utredning av ulike forenklingstiltak som blir mottatt i forbindelse med denne høringen. Vi gjentar imidlertid at dette arbeidet ikke bør føre til at iverksettelsen av ny forskrift utsettes. Vårt ønske er at ny forskrift kan være første skritt på veien mot en enklere og bedre ordning både for brukere, helsepersonell og helseforetakene som forvalter ordningen.

Med vennlig hilsen

  
Tor Saglie  
Arbeids- og velferdsdirektør

  
Hilde Olsen  
Avdeling pensjon og ytelser