

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår referanse:
16/00674-2
Saksbehandler:
Gunvor M Øfsti

Deres referanse:

Dato:
28.09.2016

Høringsnotat om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen

«Oppfølging av primærhelsetjenestemeldingen og oppgavemeldingen mv.»

Helse Sør-Øst RHF takker for muligheten til å gi innspill i høring om «oppfølging av primærhelsemeldingen og oppgavemeldingen mv.»

Helse Sør-Øst RHF legger i høringssvaret vekt på de forslag som vi anser har størst betydning for spesialisthelsetjenesten. Høringssvaret er delt inn i kapitler tilsvarende de ulike forslagene.

1. Kommunal veiledningsplikt

Helse Sør-Øst RHF støtter forslaget til lovformulering for kommunal veiledningsplikt og mener det er positivt at det innføres gjensidig veiledningsplikt.

2. Tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Helse Sør-Øst RHF støtter forslagene om presisering av kommunenes ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasient- og pårørendeopplæring er en viktig del av spesialisthelsetjenestens utviklingsarbeid og bør ha tilsvarende fokus i den kommunale delen av helsetjenestetilbudet.

3. Tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

Forslaget innebærer en presisering i både helse- og sosialtjenesteloven og i spesialisthelsetjenestelovene og med likelydende formulering. Helse Sør-Øst RHF mener dette er en viktig og nødvendig presisering i lovverket. Det er i den sammenheng viktig at relevant helsepersonell får kunnskap om og trening i vurdering av voldsrisiko og metoder for konflikthåndtering.

4. Etablering av forsøksordning hvor større kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre (DPS)

God samhandling mellom de ulike delene av helsetjenesten er av stor betydning for pasientenes opplevelse av helhetlig tjenestetilbud. En del pasienter med psykiske problemer har DPS som eneste kontakt med spesialisthelsetjenesten. For disse pasientene kan det være mye å tjene på et enda større og tettere samarbeid mellom DPS og tjenestene i kommunen, og derigjennom en bedre lokal forankring av tjenestene.

Mange av pasientene som følges opp på DPS har imidlertid hyppig kontakt også med andre deler av spesialisthelsetjenesten (se nærmere om dette under punkt 4.2 der det beskrives mer i detalj hvordan det psykiske helsevernet er bygd opp som en helhet, med vaksamarbeid på tvers av enheter og fordeling av såkalte områdefunksjoner mellom ulike DPS). En overføring av driftsansvaret for enkelte DPS til kommuner vil bryte opp etablerte faglige samarbeidsformer som er opparbeidet gjennom lang tid, mens nye vil måtte etableres. Dette betyr at selv om samhandlingen mellom et kommunalt driftet DPS og kommunens psykiske helsevern kanskje vil styrkes noe gjennom den foreslåtte modellen, vil samtidig samhandlingen mot spesialisthelsetjenestens øvrige tilbud bli mer komplisert. Dette betyr at en risikerer å flytte «grenseproblematikken» fra et sted til et annet.

Ansvars- og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er i stadig endring, og Helse Sør-Øst RHF ser positivt på endringer som kan bidra til å styrke pasientens opplevelse av helhetlige og sammenhengende tjenester. Helse Sør-Øst RHF tror imidlertid ikke at den foreslåtte modellen, der «sørge for»-ansvaret fortsatt skal ligge hos de regionale helseforetakene og der dagens skille mellom første- og annenlinjetjenesten står ved lag, vil være egnet til å samle erfaringer om en mulig endring av ansvars- og oppgavefordelingen på sikt. Helse Sør-Øst RHF mener at departementet heller bør sørge for klarere oppgave- og ansvarsfordeling og utrede nærmere om enkelte oppgaver DPS har i dag heller bør legges til kommunene.

Helse Sør-Øst RHF er særlig opptatt av at styringsmodellen som beskrives for forsøksordningen er utfordrende og lite hensiktsmessig, og ser at avtalereguleringen som kreves er komplisert og ressurskrevende. Forsøksordningen vil også gi særskilte utfordringer innen IKT-området, særlig i forhold til elektronisk tilgang til pasientjournaler og rapportering.

Helse Sør-Øst RHF begrunner standpunktet i det følgende:

4.1 Styringsmodell

Den foreslåtte ordningen innebærer at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal ha «sørge for»-ansvaret for tilbudet i DPS, mens kommunene overtar driftsansvaret.

Da sykehusreformen kom i 2002 ble spesialisthelsetjenesten underlagt et eget lovverk og styringsregime. Det er store ulikheter mellom den forvaltningsmessige reguleringen av kommunale tjenester og reguleringen av helseforetakenes virksomhet. Helse Sør-Øst RHF mener det ikke er tilstrekkelig utredet og problematisert at en kommune skal forvalte driftsansvar for en virksomhet som får sitt oppdrag regulert gjennom eierstyringsmodellen fra Helse- og omsorgsdepartementet. Den kommunale forvaltningen skal med denne ordningen påta seg ansvar for tjenester som er regulert av spesialisthelsetjenestens lovverk etter helseforetaksmodellen.

Styringen skal skje gjennom avtaler som, selv om det foreligger utkast til maler, vil kreve mye arbeid å få på plass. Kontraktstyring av ytelse av spesialisthelsetjenester driftet av en kommune vil bli utfordrende, og det vil antagelig bli behov for større «smidighet» mellom partene enn slike avtaler enkelt kan imøtekomme. Avtalene skal videre inngås med de regionale helseforetakene, som har «sørge for»-ansvaret, mens det enkelte helseforetak nødvendigvis må involveres sterkt. Dette kompliserer styringen ytterligere. Videre er det slik at dersom kommunen ikke skulle klare å levere, vil de regionale helseforetakene ikke enkelt kunne ta over driften i og med at personell er virksomhetsoverført til kommunene. På mange måter vil den foreslåtte modellen derfor kunne være en vanskeligere modell både forhandlingsmessig og ressursmessig for de regionale helseforetakene, enn ordinære kjøp som ellers foretas hos private aktører. Helse Sør-Øst RHF vil også stille spørsmål ved om modellen kan medføre en fare for at det blir ikke-likeverdige tilbud når det gjelder behandling på spesialisthelsetjenestenivå.

Behandling etter spesialisthelsetjenesteloven skjer ved henvisning fra fastlege eller annet personell med henvisningsrett, og der spesialisthelsetjenesten vurderer om henvisningen gir rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller ikke. I og med at det i forsøksordningen ikke skal gjøres endringer i dagens oppgavefordeling, vil det fortsatt måtte skilles mellom nivåene selv både DPS og kommunens øvrige tilbud blir kommunalt drevet. Dette, sammen med utfordringene som omtales nedenfor knyttet til IKT, vil gjøre kommunenes frihet til «å forvalte og prioritere samlede ressurser» mindre enn det kan se ut som departementet har forutsatt. Av denne grunn mener Helse Sør-Øst RHF at hovedmålene for forsøket ikke vil kunne nås, herunder ønsket om å samle erfaringer fra et tett samarbeid på kommunalt nivå.

I forslaget til avtalekonstruksjon er det lagt vekt på forholdet mellom kommunen med driftsansvaret for DPS og de øvrige kommunene i opptaksområdet til det aktuelle DPS. Kommunen som får driftsansvar blir tillagt ansvar for samordning mellom spesialisthelsetjenesteaktivitet ved det aktuelle DPS og kommunale helse- og sosialtjenester, både i egen kommune og gjennom avtale med de andre kommunene i opptaksområdet. Helse Sør-Øst RHF vil problematisere at det ser ut til at ansvaret for å tilrettelegge for koordinerte spesialisthelsetjenester som DPS-driften innebærer blir tillagt kommunen med driftsansvar for DPS.

4.2 Faglig utviklingsarbeid i helseforetaket og mellom nivåene

Psykisk helsevern i det enkelte helseforetak er bygd opp som en helhet. Det er i organiseringen lagt vekt på sammenhengende individuelle pasientforløp der pasientens behov for ulike tjenester skal sikres, og der et behandlingsforløp kan veksle mellom poliklinisk behandling, dagbehandling, døgnbehandling og ambulant behandling. Her er tilgjengelig pasientinformasjon og felles journalsystem en vesentlig del for å sikre det faglige innholdet og kvaliteten. Et DPS som omfattes av forsøksordningen vil være underlagt samme kvalitetskrav som tidligere, men uten å være en del av helseforetakets system for kvalitetskontroll. Spørsmålet blir om kommunene har et system som kan ivareta denne oppgaven som helseforetaket har i dag. Helse Sør-Øst RHF stiller spørsmål ved om den foreslåtte avtalekonstruksjonen sikrer at pasientsikkerheten blir overvåket og ivaretatt.

DPS skal være robuste faglige enheter og «veien» inn og ut av spesialisthelsetjenesten, samtidig som tilbudene skal henge sammen med øvrige deler av spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene har organisert tjenestene innen psykisk helsevern med vaktsamarbeid på tvers av enheter og fordelt såkalte områdefunksjoner mellom de ulike DPS. Det vil si at enkelte DPS i et helseforetak har flere funksjoner som dekker et større område enn det lokale, geografiske opptaksområdet. I tillegg foregår også utdanning av spesialister i et samarbeid mellom de ulike enhetene, DPS og sykehusavdelinger, i det enkelte helseforetak. En kommunal overtagelse av ett DPS vil røkke ved denne fordelingen som omfatter hele helseforetaket, både mellom hvert enkelt DPS og mot sykehusavdelingene.

I tråd med de statlige føringene, har det skjedd en planlagt ressurs- og oppgaveoverføring fra sykehusavdelinger til DPS. Det polikliniske tilbudet er planmessig styrket gjennom omdisponering av ressurser. Helse Sør-Øst RHF vil påpeke at dette har krevd og krever store endringer både faglig og organisatorisk. Forsøksordningen vil på samme måte kreve store endringer både faglig og organisatorisk, hvilket medfører en fare for at forsøksordningen blir så krevende at de ønskede resultater ikke lar seg påvise.

Mye av utviklingen som skjer i et helseforetak skjer via faglige føringer og andre føringer fra nasjonale myndigheter, men også gjennom internt forbedrings- og utviklingsarbeid i helseforetaket. I høringsnotatet er det beskrevet at kommunene skal overta ansvaret for å forvalte og prioritere samlede ressurser. Dersom forslaget innebærer en fullmakt til å endre dimensjoneringen/prioritering av de ulike delene av DPS-tilbudene og endre oppgavedeling mellom DPS og kommunale helse- og sosialtjenester, kan det innebære at spesialisthelsetjenestens «sørge for»-ansvar og ansvar for likeverdige helsetjenester kan bli vanskelig å oppfylle. Forsøksordningen kan medføre at de kommunalt drevne DPS utvikler seg annerledes enn de andre DPS i samme sykehusområde/region.

Helse Sør-Øst RHF mener det bør presiseres nærmere begrensninger i kommunens fullmakt til å omdisponere ressurser og endre oppgavedeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og sosialtjenester. Dette spesielt ettersom det dreier seg om en forsøksordning som det kan være stor sannsynlighet for at skal restruktureres etter forsøksperioden.

4.3 Teknisk tilgang til pasientopplysninger

Et viktig verktøy for god samhandling er at behandlere på en effektiv og sikker måte har tilgang til relevante og nødvendige opplysninger om pasienten i pasientjournalen. Ansatte ved DPS har i dag elektronisk tilgang til relevante og nødvendige opplysninger om pasienten som er dokumentert ved det helseforetaket som det aktuelle DPS tilhører. Hvilken tilgang hver enkelt ansatt har styres ut i fra

rolle og oppgave i det aktuelle helseforetaket. Dette er opplysninger som ligger i det aktuelle helseforetakets ansatteregister. Tilgang til å bruke helseforetakets PAS/EPJ-system forutsetter således at vedkommende har et ansettelsesforhold (fast ansatt, vikar, engasjement, innleid) ved helseforetaket. Dersom vedkommende ikke har et ansettelsesforhold ved helseforetaket, vil bruk, herunder teknisk/elektronisk tilgang til pasientopplysninger ved helseforetaket, forutsette at enten vilkårene i pasientjournalloven § 9 eller pasientjournalloven § 19 er oppfylt. Det vil ta tid før dette vil kunne være på plass. Det vises her til rapportering fra Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet om at sikkerhetskravene for å realisere § 19 p.t. ikke er oppfylt, og at en løsning med felles journal for helseforetakene i Helse Sør-Øst tidligst vil bli etablert i 2018.

Dagens system for tilgang til pasientopplysninger mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er papirbasert. Ved en forsøksordning vil det fortsatt være slik. I tillegg vil det måtte være papirbasert tilgang mellom DPS og aktuelle helseforetak dersom ansatte ved DPS ikke skal ha et ansettelsesforhold ved det aktuelle helseforetaket (modell 3 for ansettelsesforhold). Dette innebærer at kommunikasjon mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten, dvs kommunalt drevet DPS og resten av helseforetaket, vil bli vanskeligere.

Dersom de ansatte i forsøksperioden leies ut fra helseforetaket til kommunen (modell 2 for ansettelsesforhold), vil de fortsatt ha et ansettelsesforhold ved helseforetaket og dermed ha full tilgang til pasientopplysningene. Dette vil imidlertid ikke gi andre behandlerne i kommunen, for eksempel fastlege, mer tilgang til opplysninger om pasienter som behandles ved DPS enn per i dag. Skisserte alternativ med utleie av personell fra helseforetak til kommunen vil foruten å skape mye administrasjon, også innebære en rekke andre ulemper. Det vises til punkt 4.5 "Forhold til ansatte".

Helse Sør-Øst RHF mener at forholdene beskrevet gjør at de oppgitte formålene med forsøksordningen i liten grad lar seg understøtte og undersøke. Dette begrunnes med at tilgang til pasientopplysninger, kommunikasjon og samarbeid mellom de ulike delene av helsetjenesten ikke endres utover at grensen flyttes til overgangen mellom kommunalt DPS og resten av spesialisthelsetjenesten som er organisert under helseforetak.

4.4 Rapportering

Helseforetakene har plikt til å rapportere til blant annet NPR, og dette gjelder også fra tjenester innen psykisk helsevern. Denne rapporteringen foregår i stor grad ved automatiske uttrekk fra helseforetakenes PAS/EPJ-systemer. Rapporteringen er en viktig del av arbeidet med å følge opp de ulike tjenestene i spesialisthelsetjenesten. Dersom DPS som deltar i forsøksordningen ikke kan benytte seg av helseforetakenes PAS/EPJ-systemer, vil overholdelse av rapporteringsplikten bli arbeidskrevende.

Helse Sør-Øst RHF ser ikke at det står i høringsnotatet hvordan denne rapporteringen er tenkt ivarettatt av de DPS som skal delta i forsøksordningen. Som beskrevet over er det en del krav som må være oppfylt for at kommunalt ansatte skal få tilgang til EPJ-systemer som brukes i spesialisthelsetjenesten og som er knyttet opp til de automatiske rapporteringssystemene.

Helse Sør-Øst RHF vil påpeke at selv om tilgangsutfordringene blir løst, vil dette gjelde det EPJ-system som det aktuelle DPS har brukt som en del av spesialisthelsetjenesten. I praksis vil dette si at de kommunalt ansatte må forholde seg til to journalsystem dersom ikke rapportering blir innført på

tilsvarende måte fra de kommunale journalsystemene. Om rapportering blir innført på tilsvarende måte fra de kommunale journalsystemene vil DPS som deltar i forsøksordningen og resten av kommunehelsetjenesten kunne bruke samme PAS/EPJ-system. Alle opplysninger som finnes i de aktuelle DPSenes opprinnelige journalsystem må ved en slik løsning overføres til det kommunale systemet med de faglige og datatekniske utfordringer det vil innebære. En slik løsning antas imidlertid å være i tråd med ett av målene med forsøket som er at DPS-tjenestene og øvrig kommunale tjenester skal samarbeide tettere.

Ved en eventuell tilbakeføring av DPS til helseforetaket etter forsøksperioden, vil det da bli en ny runde med overføring av journalopplysninger tilbake til spesialisthelsetjenestens journalsystem. En felles journal på tvers av nivåene i helsetjenesten ligger flere år fram i tid, slik at overføring av opplysninger vil være en problemstilling både ved oppstart og avslutning av forsøksperioden.

4.5 Forholdet til ansatte

I høringsnotatet beskrives tre ulike alternativer for håndtering av personell som omfattes av forsøket.

Helse Sør-Øst RHF mener at det første alternativet med at de ansatte opprettholder ansettelsesforholdet i helseforetaket ikke er hensiktsmessig og støtter departementets vurderinger når det gjelder denne modellen.

Alternativ to med utleie av personell kan ha mer for seg, ikke minst fordi det her er tale om en forsøksordning som skal kunne reverseres uten for mange tidkrevende personalprosesser. Ved dette alternativet kan det også være mulig at de ansatte ved DPS som deltar i forsøket, bruker helseforetakets PAS/EPJ-system. Utleie vil også kunne redusere frykt og motstand mot endringer og bidra til fokusering på faglige forbedringer. De ansatte vil vite at alle vilkår og rettigheter beholdes i forsøksperioden- også tariffavtaler og pensjonsordninger. Skulle forsøket bli videreført som fast ordning, vil det trolig være enklere å motivere ansatte for endringer av arbeidsgiveransvar på dette tidspunkt. Dette fordi ansatte selv har bidratt til konklusjonen. Samtidig er det åpenbart at utleiemodellen også reiser en del praktiske utfordringer. Uavhengig av om man velger å definere det som utleie fra bemanningsforetak (arbeidsmiljøloven § 14-12) eller utleie fra "virksomhet som ikke har som formål å drive utleie", må det gjennomføres en rekke formelle prosesser med tilhørende tidsbegrensning/behov for fornyelse av utleieforholdet, samt drøftinger og/eller avtaler med ansattes organisasjoner. Selv om det antagelig ikke vil være mye motstand i kommunene mot innleie fra helseforetakene, vil det erfaringsmessig alltid oppstå spørsmål om behovet for innleie kontra bruk av egen arbeidskraft. Tidsbegrensede avtaler gir også et stort potensiale for strid om formelle vilkår ved forlengelse.

Det tredje alternativet med virksomhetsoverdragelse vil på mange måter være å foretrekke ut fra at kommunen får et helhetlig driftsansvar, men løsningen har også en del ulemper. Den vil uavhengig av konkrete rammebetingelser fort kunne skape uro blant ansatte i DPS fordi ansettelsestryggheten rokkes. Dette forsterkes ved de muligheter for endring av tariffavtaler og pensjonsordninger som ligger i lovens bestemmelser (arbeidsmiljøloven § 16-2). Det kan også provosere at arbeidsgiver velger en så vidt radikal løsning under et definert forsøk. For mange vil det da fremstå som at man alt har bestemt seg for å endre driftsmodell. I tillegg kommer at det evt. følger en del ekstra transaksjonskostnader ved en reversering av driftsansvaret. Det må i så fall gjennomføres ny virksomhetsoverdragelse tilbake til helseforetaket.

Løsningen vil kreve omfattende avtaler mellom kommunen og helseforetaket for leger i spesialisering og andre faggrupper som det er tilrettelagt videreutdanningsforløp for. DPS har viktige funksjoner i forbindelse med spesialistutdanning av leger og psykologer, samt generell videre- og etterutdanning av helsepersonell (se også 4.2 faglig utviklingsarbeid)

I alternativ tre vil de ansatte ikke lenger har et ansettelsesforhold ved helseforetaket, og dermed ikke kunne bruke eller ha tilgang til helseforetakets PAS/EPJ-system. Med mindre rettighetsvurderingene av henvisninger som de ansatte ved DPS skal gjøre skjer manuelt, antas det at kommunene som deltar i forsøket må anskaffe et nytt PAS/EPJ-system. (Se også 4.3 om teknisk tilgang til pasientopplysninger).

Helse Sør-Øst RHF tror likevel at departementet gjør rett i å foreslå denne siste modellen. Bestemmelsen om virksomhetsoverdragelse har nettopp som formål å sikre arbeidstakerne mot usaklige oppsigelser ved eierskifter. Ansatte vil i utgangspunktet tjene på den ryddighet som følger med en slik modell. Virksomhetsoverdragelse har også erfaringsmessig vist seg å gi de beste rammer for de personalprosesser som arbeidsgiver uansett må gjennomføre når enheter overføres uendret til ny eier ("beholder sin identitet"). Når departementet også foreslår at det legges en føring for forsøket, slik at ansatte opprettholder sine medlemskap i nåværende pensjonsordninger i prøveperioden, er det kompensert for de viktigste ulempene.

4.6 Finansiering

Forslaget til prøveordning innebærer at de økonomiske ordninger skal avtales som lokale overføringer for hvert aktuelt DPS. Helse Sør-Øst RHF tror dette i stor grad kan la seg gjøre, men vil likevel påpeke noen utfordringer som kan komme.

Fra 1.1 2017 innføres det delvis ISF-finansiering i poliklinikkene innen psykisk helsevern. Slik finansiering avhenger av rapportering til NPR. Problemstillinger knyttet til rapportering til NPR er tatt opp under punkt 4.1 om styringsmodell og 4.4 om rapportering. En stor del av de pasientene som får behandling i DPS er polikliniske pasienter. Helse Sør-Øst RHF kan ikke se at betydningen som innføring av ISF-finansiering vil ha for oppgjørsordningene er fullt ut belyst i høringsnotatet. Andre problemstillinger som kan dukke opp er gjestepasientoppgjør mellom kommunale DPS og DPS under helseforetak og ansvar for regnskapsmessig underskudd. I tillegg er det et åpent spørsmål hva som vil skje dersom kommunale DPS ikke greier å levere de tjenester som er avtalt for sitt opptaksområde.

Forholdene som er tatt opp under 4.2 om faglig utviklingsarbeid internt i foretaket vil også ha betydning for de økonomiske oppgjørene. Det er i dag slik at det er en løpende vurdering i hvert helseforetak hvordan ressursene skal fordeles mellom de ulike tjenestene innen psykisk helsevern utifra de til enhver tid aktuelle behandlingsmetoder og sykdomsforekomsten. Denne ressursfordelingen og ønske om endringer vil ha betydning for oppgjørsordningene, og Helse Sør-Øst RHF vil peke på at dette ikke er tilstrekkelig belyst i høringsnotatet.

4.7 Oppsummering med forslag til mulig alternativ

Helse Sør-Øst RHF er av den oppfatning at forsøket vanskelig vil kunne oppnå de mål som er satt og gi de erfaringer departementet ønsker å bygge videre på for å styrke samhandlingen og sikre pasienter mer helhetlige tjenester. Gjennomføring av et forsøk som krever såpass mye av alle aktører, anses som lite hensiktsmessig.

Helse Sør-Øst RHF mener departementet i stedet bør vurdere å utrede nærmere en annen oppgavefordeling mellom første- og annenlinjetjenesten, slik at ansvar og drift kan følges ad med full kommunal overtagelse av aktuelle DPS-tjenester. Det vil kunne gi kommunene større mulighet til å disponere ressursene samlet og lage ordninger som ivaretar bedre helhetlige kommunale tjenester for de aktuelle pasientene.

5. Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens plikt til å oppnevne kontaktlege

Helse Sør-Øst RHF er i prinsippet positiv til at alle institusjoner som defineres inn under lov om spesialisthelsetjeneste skal få samme plikt til å oppnevne kontaktlege.

6. Finansieringsansvaret for pasienttransport

Helse Sør-Øst RHF vil også henvise til kapittel 4 i «Høringsnotat om nye oppgaver til større kommuner» sendt ut av Kommunal- og moderniseringsdepartementet hvor finansieringsansvaret for pasienttransport omtales (kap. 4.4.3). Selv om høringsnotatet ikke etterspør spesifikke tilbakemeldinger på dette punkt vil Helse Sør-Øst RHF gi følgende innspill;

Da finansieringsansvaret for pasientreiser ble overført til de regionale helseforetakene var en av begrunnelsene at de som utløser kostnadene skal dekke reisen. Det er fremdeles slik at de største kostnadene knyttet til pasientreiser er i forbindelse med behandling i spesialisthelsetjenesten, men over halvparten av antallet reiser er knyttet til behandling og tjenester i regi av kommunene. Helse Sør-Øst RHF vil foreslå at pasientreiser knyttet til behandling og tjenester i regi av kommunene dekkes av kommunene, men at det kan gjøres avtaler med Pasientreiser ANS om saksbehandling av reiseregninger.

Reiser det kan være naturlig å overføre til et kommunalt finansieringsansvar er reiser til og fra fysikalsk behandling, til og fra fastlege, til og fra legevakt og tjenester som for eksempel familievernkontor og logoped. Det bør også utredes om reiser til og fra de kommunale øyeblikkelig-hjelp døgntilbudene bør omfattes av et kommunalt finansieringsansvar.

Reiser innen og til behandling i spesialisthelsetjenesten bør fortsatt være de regionale helseforetakenes ansvar. Dette forslaget innebærer at det blir ryddige forhold knyttet til at de som utløser kostnadene skal dekke reisen.

Med vennlig hilsen

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

Knut Even Lindsjørn
direktør samhandling