

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Vår ref.  
2024/101 -  
3634/2024

Deres ref.

Saksbehandler  
Arnt Egil Hasfjord

Dato  
10.04.2024

## Høring - Endringer i pasientreiseforskriften (forenkling og forbedring av reglene for pasientreiser)

Helse- og omsorgsdepartementet har invitert til høring om endringer i pasientreiseforskriften. Det regionale helseforetaket har involvert egne underliggende helseforetak i arbeidet med høringssvaret.

### Generell tilbakemelding

Helse Midt Norge RHF (HMN) mener innretningen av pasientreiseforskriften på lengre sikt bør endres for å understøtte fremtidens helsetjenester. HMN ønsker et regelverk som i større grad prioriterer de pasientene som har størst behov for stønad eller tilrettelegging av reise til og fra behandling, og særlig da de lange og krevende reisene til og fra behandlinger i spesialisthelsetjenesten.

HMN mener det er viktig å holde fast på hovedregelen om at flest mulig reiser skal organiseres av pasienten selv, og at regelverket så langt det lar seg gjøre legger til rette for dette. Regel om at dekning faller bort innenfor lokal minstetakstsoner er krevende i deler av landet hvor minstetakstsonene er store, men kollektivtilbudet dårlig. Dette kombinert med krav om tilleggsdokumentasjon for dekning av eksempelvis ferge skaper en bekymring om at mange som med fordel kunne organisert egen reise, utøver press overfor behandlere på å få en unødvendig kostbar rekvirert reise på feil grunnlag.

Oppgavefordeling og spesialisert seriebehandling over tid medfører for pasienter utenfor landets største byer hyppige og lange reiser, ofte med behov for kostbar overnatting over tid. Dagens refusjonsordning legger ikke opp til dekning av faktiske utgifter ved slike behandlinger, for de som ofte er blant de dårligste av våre pasienter.

Spesialisthelsetjenesten har et stort behov for å prioritere ressursene. I Midt-Norge gir krevende geografi og bosettingsmønster noen ekstra utfordringer, men behovet for prioritering for å opprettholde gode helsetjenester fremover er det samme i hele landet. HMN ser behovet for en tydeligere veileder og tydeligere retningslinjer for hvilke helseutfordringer som utløser de forskjellige grader av tilrettelegging. Det er i dag vanskelig

å treffe alle behandlere med informasjon som forstås likt i alle ledd, noe som kan resultere i betydelig forskjellsbehandling pasienter imellom.

I prioriteringsspørsmål er det også viktig å ha gode verktøy tilgjengelig for å kunne kanalisere rett hjelp til rett pasient. En utvikling av Syketransporttilbudet for å håndtere noe av gapet mellom den tilrettelagte reisen utført av dagens aktører i kontraktmarkedet og den høykompetente tjenesten som i dag tilbys i Akuttambulanser vil være et nødvendig grep for å sikre et bærekraftig helsevesen i årene som kommer.

HMN er positive til at departementet vil utarbeide et rundskriv til forskriften, som skal sikre lik praksis nasjonalt rundt forvaltning av regelverket. Dette håper vi vil bli en god rettleiding for alle involverte som vil øke presisjonen i vedtak og bidra til økt likebehandling. Det er ønskelig at rundskrivet blir utarbeidet i samarbeid med helseforetakene, og at rundskrivet sendes helseforetakene på høring i tilstrekkelig tid før forskriftsendringene trer i kraft.

### **Sats for overnatting**

HMN ser at dagens regelverk for dekning av overnattingsutgifter gir urimelige utslag, spesielt for pasienter med lang reisevei til spesialisthelsetjenester. I Midt-Norge gjelder dette et betydelig antall overnattingsdøgn. Satsen for overnatting er lav og samsvarer ikke med de faktiske prisene for overnatting på hotell. Differansen mellom faktisk hotellpris og dagens sats etter §12 andre ledd utgjør en stor utgift for disse pasientene.

Problemstillingen er høyaktuell, men vi kan ikke se at det er foreslått endringer rundt temaet overnatting i forslaget til endringer. Det er i høringsnotatet heller ikke gitt signaler om endring i størrelsen på satsene.

I Midt-Norge er det lang reisevei og relativt få flyavganger. Dette fører ofte til at pasienter ikke rekker å reise til og fra behandling innenfor samme dag. Daglig opplever pasienter at de må reise dagen før behandling for å rekke tildelt time.

### **Om de foreslåtte endringene i gjeldende forskrift**

HMN er tilfreds med at departementet er kommet til at en del av forslagene fra Helsedirektoratet ikke bør gjennomføres, med begrunnelse at de ikke kan følges opp innenfor den økonomiske rammen i den nåværende pasientreiseordningen.

HMN støtter den valgte tilnærmingen i høringsnotatet hvor det gjøres presiseringer som skal gjøre dagens regelverk enklere å forstå. Dette inkluderer definisjoner av begreper og omformulering av enkelte bestemmelser, herunder endret begrepsbruk ved at «rett til dekning av reiseutgifter» er endret til «rett til reisestønad». Det vises til at dette skal bidra til å synliggjøre at pasienten ikke har krav på full dekning av de faktiske kostnadene, men har krav på en stønad for utgiftene. Forslaget er i tråd med tidligere innspill fra de regionale helseforetakene.

### **Reiser til og fra spesialisthelsetjenester**

HMN støtter de foreslåtte endringene i § 1 og at det skal tydeliggjøres i rundskriv at det er institusjonen sitt ansvar å dekke utgifter som er nødvendige for å behandle pasienten når pasienten er innlagt. Ei klargjøring av at pasienten ikke har rett til dekning av utgifter under institusjonsopphold etter pasientreiseforskrifta, herunder også at permisjonsreiser ikke

dekkes, vil bidra til mindre misforståelser. HMN foreslår følgende formulering i § 13:  
«Permisjonsreiser dekkes ikke.»

### **Transport som organiseres av helseforetaket**

Det er foreslått en presisering av helseforetakene sitt ansvar for å sørge for at reiser som foretakene organiserer skal være forsvarlige for den enkelte pasient.

Forsvarlighetskravet følger i alle tilfeller av spesialisthelsetjenesteloven §2-2. HMN vil påpeke at det er usikkerhet rundt de praktiske konsekvensene av at bestemmelsen tas inn i pasientreiseforskriften. Det er for rekvirerte reiser behandler som gjør den medisinske vurderingen av pasientens behov for tilrettelegging slik at det kan organiseres en forsvarlig transport.

Det som i dag er serviceklager og henvendelser om kvalitet på rekvirerte reiser vil med en rettighetsbestemmelse i pasientreiseforskriften kunne medføre rettighetsklager, med tilhørende økt administrasjon, også hos klageinstans. Videre har helseforetakenes ansvar juridisk sett en begrensning mot annet regelverk når transporten ikke utføres i egen regi. HMN støtter at det legges opp til en tydeliggjøring av ansvaret behandleren til pasienten har for å vurdere om pasienten har behov for tilrettelagt transport, og for å informere helseforetaket om dette. Det er også behandlerens ansvar å vurdere hvilke behov pasienten har for tilrettelegging under reisen, og melde dette til helseforetaket slik at transporten kan utføres i tråd med pasientens medisinske behov. HMN ønsker at det i det varslede rundskriv tydeliggjøres retningslinjer for slik vurdering for å øke likebehandlingen av pasienter.

### **Beregning av reisevei**

HMN støtter tydeliggjøringen av hva som regnes som pasientens bosted i forskriften og er positive til at vilkåret «urimelig store reiseutgifter» oppheves. Dette vilkåret har vært svært problematisk å ta hensyn til i praksis, og da spesielt for behandlere i ved rekvirering av tilrettelagte reiser.

HMN støtter også ei tydeliggjøring av hvilken dekning personer som kommer fra utlandet skal ha rett på. Temaet har vært diskutert tidligere over problemstillingen når pasienten kommer til Norge dagen før behandling og tar inn på hotell til neste dag. Her er det ulik praksis, noen tenker at pasienten da har opphold i Norge og dekker reiseutgifter til og fra hotellet dersom reisa er billigere enn reise til og fra bustad. Andre dekker ingen utgifter, siden reisa har starta i utlandet.

I høringa under gjeldende rett står det, «Dersom pasienten har overnattet i Norge etter framkomst, for eksempel på et hotell ved flyplassen, blir pasienten vurdert å ha etablert et nødvendig midlertidig oppholdssted, og får dekt utgifter tur/retur hotellet. Etter behandling dekker de fleste pasientreisekontorene reiseutgifter tilbake til bosted.»

Det må være en misforståelse at de fleste pasientreisekontor dekker reiseutgifter tilbake til bosted i slike tilfelle. Det riktige er slik HMN forstår det at ingen dekker ei reise tilbake til bosted dersom den er dyrere enn fra der reisen startet. En tydeliggjøring i forhold til reiser som starter i utlandet vil legge til rette for likere praksis enn det som er i dag.

### **Reise til fastlege utenfor bostedskommunen**

Departementet foreslår å forskriftsfeste dekning av reise til nærmeste ledige fastlege også utenfor egen bostedskommune, når det ikke er ledig fastlege i kommunen. HMN ser flere

utfordringer med bestemmelsen. Det er ulikheter mellom kommunenes praksis ved mangel på ledige fastleger, bestemmelsen er vanskelig å praktisere og den kan gi helseforetakene økte kostnader når ordningen blir innarbeidet.

Det bør klargjøres hvordan bestemmelsen skal praktiseres og hva som er kommunenes ansvar. Det bør også være en klar forutsetning at det gjelder første ledige listeplass i egen kommune og at reise ut av kommunen kun dekkes til nærmeste ledige liste, og kun inntil nærmere listeplass blir ledig.

### **Utgifter til reingjøring av kjøretøy og frakt av reisegods**

HMN støtter videreføring av dekning til rengjøring av kjøretøy i § 15 for reiser organisert av pasienten selv. Forhold mellom transportør og helseforetak ved rekvirerte reiser reguleres i transportøravtalene. Vi støtter også endringa i § 15 a) at reisegods endres til nødvendig utstyr og bagasje. Her bør imidlertid ordlyden spisses til «utstyr og bagasje som er nødvendig av medisinske årsaker for å gjennomføre planlagt behandling» for å bidra til mest mulig likebehandling av pasienter.

### **Politi som bistår som særskilt kvalifisert ledsager**

HMN ønsker i utgangspunktet at politi som er nødvendig for å trygge samfunn, transportør eller pasient under transport finansieres av politiet selv. Slik internfakturerer gir liten mening, ingen gevinst for forvaltningen og økt byråkratisering. Når det er tydeliggjort støtter HMN forslaget om en fast sats for tapt arbeidsinntekt for politi som bistår som særskilt kvalifisert ledsager.

I høringsnotatet er satsen imidlertid foreslått knyttet til maksimalprisforskriften for drosjetransport. Koblingen har ingen sammenheng med saksforholdet. HMN foreslår derfor at satsen knyttes til en størrelse som er relevant for de involverte etatene.

### **Øvrige forslag til endringer**

Helse Midt-Norge RHF støtter forslagene om:

- Utvidelse av retten barn har til å få dekket nødvendige utgifter ved reise til pasient som har omsorg for barnet når pasienten har en livstruende sykdom og ikke klarer å reise heim, fra 14 til 18 år.
- Retten for livstruende syke pasienter til å få dekket permisjonsreiser blir fjernet fra pasientreiseforskriften.
- Endringer i ordlyden i første og annet ledd i §20 og endring i bestemmelsens tredje ledd. Disse endringene gjør det lettere å praktisere og forstå bestemmelsen.
- At det skal komme tydelige frem i forskriften at utgifter til overnatting som er nødvendig i forbindelse med behandlingen ikke dekkes gjennom pasientreiseforskriften. HMN støtter endringer som gjør forskriften tydeligere.
- Å tydeliggjøre bestemmelsen om forhøyet egenandel, at hovedregelen er at alle reiser ut av egen helseregion utløser forhøyet egenandel, så lenge det ikke dokumenteres at det faller inn under unntaksbestemmelse. Det bør i tillegg vurderes å øke forhøyet egenandel for å hindre pasientlekkasje fra regionen. Satsen har vært uendret de siste ti årene, mens ordinær egenandel justeres årlig.
- At regelen om at små beløp ikke blir utbetalt blir opphevet.
- At terskelen for å sette fram krav etter fristen blir senket.
- Retten til å få dekt piggdekkavgift blir opphevet.

Med vennlig hilsen

Arnt Egil Hasfjord  
Seniorrådgiver

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevet signatur*