



Innst. 302 L

(2014–2015)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Prop. 77 L (2014–2015)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (dekning av utgifter til pasientreiser)

Til Stortinget

1. Sammendrag

1.1 Innledning

I proposisjonen foreslås de lovendringer som er nødvendige for å endre dagens ordning for dekning av utgifter til pasientreiser. Ordningen skal bli enklere, med standardsats, færre dokumentasjonskrav og elektronisk innsending av refusjonskrav. Arbeidet følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 9 (2012–2013) *En innbygger – én journal*.

Lovendringene må sees i sammenheng med forslag til ny pasientreiseforskrift som skal erstatte dagens syketransportforskrift. Utkast til ny forskrift ble sendt på høring sammen med forslaget til lovendringer.

Formålet med ordningen er at reiseutgiftene ikke skal være til hinder for at pasienten kan motta nødvendig undersøkelse eller behandling. Ordningen omfatter helsetjeneste som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og som dekkes av et foretak etter lov om helseforetak.

Det finnes i dag to former for pasientreiser: De regionale helseforetakene kan gi tilbud om transport og oppgjøret foretas mellom transportør og helseforetak (pasientreiser med rekvisisjon). Alternativt kan pasienten legge ut for reisen selv og få refusjon i etterkant (pasientreiser uten rekvisisjon). Hovedregelen for reiser uten rekvisisjon er at pasienten får dekket rimeligste reisemåte med rutegående transport til nærmeste sted der behandlingen kan gis. I 2013 ble

det gjennomført 4,6 millioner pasientreiser uten rekvisisjon og 4 millioner reiser med rekvisisjon. Dagens pasientreiseordning krever at pasientene tar vare på kvitteringer og annen dokumentasjon og sender dem inn manuelt.

1.2 Standardsats som hovedregel

Departementet foreslår en ny ordning for refusjon av pasientreiser med én felles kilometergodtgjørelse til erstatning for dagens system med dekning av billigste rutegående transport. Det innebærer at strekningens lengde legges til grunn for utbetalingen, uavhengig av om pasienten har reist kollektivt, kjørt egen bil, kjørt sammen med andre pasienter i én bil, tatt drosje eller syklet. Retten skal likevel ikke gjelde når pasienten får tilbud om transport av transportør som har avtale med regionalt helseforetak eller annet tilbud om gratis offentlig transport, samt når utgiftene dekkes etter annen lovgivning.

Etter departementets syn vil en ordning med standardsats ivareta både hensynet til pasientene og til en mer strømlinjeformet administrasjon. De fleste pasienter som reiser korte strekninger med buss og tog vil få mindre enn i dag, mens de som reiser langt som hovedregel vil få mer. I tillegg gis det dekning av dokumenterte utgifter til dem som av helsemessige eller kommunikasjonsmessige årsaker må bruke egen bil eller drosje. Pasienter med store reiseutgifter skal derfor også skjermes i fremtiden.

Pasienten vil ikke trenge å dokumentere reiseutgiftene. I stedet må startsted for reisen og behandlingssted registreres. Deretter vil avstand og stønad beregnes automatisk. Forslaget innebærer at pasienten kan velge det transportmiddelet som passer best. Valg av transportmiddel påvirker ikke utbetalingen, slik at utbetalingen blir den samme om pasienten reiser med buss, tog eller bil. Tidkrevende undersøkel-

ser av rutetider og kostnader med rutegående transportmiddel vil falle bort.

Departementet foreslår flere unntak fra hovedregelen:

- Ved reiser over 300 kilometer skal pasienten ha rett til dekning av utgifter til billigste rutegående transportmiddel.
- Pasienter som av helsemessige årsaker må bruke egen bil, skal få dekket standardsats pluss faktiske utgifter til parkering, bom, ferge mv. Det samme gjelder pasienter som på grunn av kommunikasjonsmessige forhold må bruke annet enn rutegående transport (som regel bil). Hvis pasienten ikke kan eller ønsker å bruke egen bil, dekkes nødvendige utgifter til drosje.
- Departementet mener behovet for å bruke pasientreiseordningen i befolkningstette områder er forholdsvis lite. Derfor videreføres regelen om at reiser hvor pasienten kan bruke rutegående transport til lokal minstetakst, ikke dekkes.
- Ledsagertillegget fjernes, da det ikke påløper ekstra kostnader ved å ha med passasjer. Både pasient og ledsager skal likevel ha rett til standardsats dersom det dokumenteres at rutegående transport er benyttet.
- I tillegg tar departementet sikte på å vedta enkelte unntaksregler i den nye pasientreiseforskriften. Unntaksreglene er i hovedsak begrunnet med at de skal motvirke urimelige utslag av standardsatsregelen. Noen er nye, mens andre er en videreføring av gjeldende rett.

Standardsats til erstatning for dekning av billigste reisemåte innebærer en riktig avveining mellom hensynet til å utforme en nøyaktig ordning og hensynet til å utforme en ordning som gir enkel saksbehandling og forutsigbarhet for pasientene. I alle slike standardløsninger ligger det at noen vil få mer tilbake enn de har lagt ut, og at andre vil få mindre. Departementet mener dette bør aksepteres innenfor rimelige grenser når det er nødvendig for å få til enklere og mer forutsigbare løsninger.

Departementet mener det er viktig at pasienter som reiser langt ikke får urimelig store utbetalinger sammenlignet med hva de har lagt ut. Dette motvirkes av at reiser over en viss kilometergrense dekkes etter hva som er billigste rutegående transport.

1.3 Fremming av krav og saksbehandling – elektronisk løsning

Gjeldende regelverk er teknologinøytralt – det er ikke rettslige hinder for at pasientene sender inn krav elektronisk. En slik løsning krever derfor i utgangspunktet ikke endringer i lov eller forskrift. En effektiv ordning med elektronisk behandling forutsetter

imidlertid et mer tillitsbasert system med færre dokumentasjonskrav. For å kunne innføre et tillitsbasert system, er det nødvendig med mer effektive hjemler for tilbakekreving av feilutbetalinger. Videre vil en hovedregel om standardsats gjøre den elektroniske løsningen mer effektiv.

Det legges opp til at en elektronisk løsning for pasientreiser blir tilgjengelig for innbyggerne via «Min helse» på den nasjonale helseportalen helsenorge.no. Enkelte felter kan være forhåndsutfylte basert på informasjon som allerede er lagret, eller brukeren kan hente opp et tidligere lagret skjema, og slik vil det bli enklere for den enkelte pasient.

Helseforetakenes pasientreisekontorer vil på sin side slippe å taste inn søkerens personalia og reis rute. Beregning av distanse kan gjøres automatisk, og helseforetakene vil kunne redusere utgifter til skanning og utsendelse av post.

I den nye ordningen legges det opp til at pasientreisekontorene kan innhente informasjon om oppmøte og andre relevante forhold fra allerede eksisterende registre, basert på pasientens samtykke.

Departementet legger til grunn at det er på dette punktet forenklingen vil bli størst. Pasientene trenger ikke lenger å måtte samle på kvitteringer og dokumentasjon, men kan i stedet fremme krav elektronisk og samtykke til at relevant informasjon blir innhentet. Terskelen for å fremme krav blir vesentlig lavere og prosedyren for pasientene blir enkel. For pasienter som ikke kan eller ønsker å benytte elektronisk løsning, skal det fortsatt være mulig å sende inn kravene per post.

1.4 Tilbakekreving av feilutbetalt refusjon

Vedtaket om tilbakekreving av feil utbetalt stønad etter syketransportforskriften er i dag ikke tvangsgrunnlag for utlegg. Særskilt tvangsgrunnlag krever hjemmel i lov, og slik hjemmel er ikke gitt. I praksis kan det derfor, med hjemmel i syketransportforskriften, rettes en henvendelse hvor pasienten bes om at feilutbetalt refusjon for reiseutgifter tilbakebetales. Kravet kan purres, men dersom pasienten ikke betaler, må saken gjennom det sivile rettssystemet eller forfølges som straffesak for å etablere et tvangsgrunnlag for kravet.

Departementet foreslår derfor å lovfeste hjemler for tilbakekreving og tvangsinndrivelse av feilutbetalinger av stønad til pasientreiser, hovedsakelig utformet etter mønster av tilsvarende bestemmelser i folketrygdloven. Dette innebærer blant annet at krav kan rettes mot personer som har opptrådt på mottakerens vegne, at krav alltid skal innføres når feilutbetalingen skyldes forsett og at krav ellers kan frafalles når det foreligger særlige grunner eller ved aktsom god tro.

Det ble foreslått at Statens innkrevingsentral skal stå for inndriving av feilutbetalte tilskudd som skal tilbakebetales. I tillegg skal pasientreisekontorene ha adgang til å inndrive kravene ved trekk i framtidige ytelser.

I 2012 ble det krevd tilbake 224 000 kroner fordelt på 378 saker. Det må forventes at antall saker om tilbakekreving vil øke, når ordningen blir mer tillitsbasert.

Enkel tilgang til tvangsinnndrivelse av mindre beløp vil kunne ha en allmennpreventiv effekt. Adgang til enkel innkreving av feilutbetalinger vil derfor, sammen med et godt kontrollsystem basert på stikkprøver og registertilgang, være en viktig forutsetning for å kunne frafalle dokumentasjonskrav overfor pasientene.

1.5 Forskriftshjemmel for kommunale helsetjenester

Samhandlingsreformen fører til at kommunene etablerer nye typer helsetilbud. Når slike tilbud gis i spesialisthelsetjenesten, får pasienten dekket sine reiseutgifter etter syketransportforskriften. Når samme tilbud gis i kommunal regi, refunderes reiseutgiftene hvis det gis tjenester som nevnt i folketrygdloven kapittel 5.

Da kommunene ble pålagt nye oppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen, ble det ikke samtidig foreslått endringer i reglene om pasienters refusjon av reiseutgifter. Problemstillingen er ikke omtalt i lovforarbeidene. Mye tyder derfor på at bortfall av dekning for reiseutgifter til slike tjenester var en utilsiktet konsekvens av samhandlingsreformen.

Videre leder dagens regler til en ressurskrevende saksbehandling. Innholdet i hvert enkelt behandlingstilbud må vurderes konkret. Helseforetakene må i ytterste konsekvens kontakte kommunen for å få opplyst om lege eller andre som utløser refusjon etter folketrygdloven kapittel 5, behandlet pasienten. Det vil også framstå som tilfeldig for pasientene om de møter lege eller sykepleier.

Departementet foreslår å lovfeste at departementet i forskrift kan utvide retten til dekning av nødvendige utgifter for reise til og fra helsetjeneste som omfattes av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Lovforslaget åpner for at reise til nærmere forskriftsbestemte tjenester vil kunne dekkes, selv om de ikke omfattes av folketrygdloven kapittel 5.

Det foreslås ikke en generell rett til dekning av reise til tilbud som er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommune. En slik regel ville kreve mye skjønn og åpne for større usikkerhet. Det er behov for klar informasjon. De tjenestene som skal omfattes av pasientreiseforskriften bør i stedet fremgå uttrykkelig av forskriften. Forskriften bør heller oppdateres ved behov.

1.6 Ikrafttredelse

Departementet tar sikte på at den nye ordningen skal innføres i løpet av 2016. Departementet ønsker å ha rom for å gi det nye regelverket delt ikrafttredelse, ved at ordningen tas i bruk for eksempel i ett fylke først, i en avgrenset periode. Slik vil saksbehandlingssystemer og IKT-verktøy kunne prøves ut i mindre skala før det implementeres i hele landet. En slik gradvis innføring av både regelverk og saksbehandlingssystem vil bl.a. gi anledning til å justere regelverket, hvis det skulle dukke opp ting som bør endres. I tillegg kan det fungere som en utprøving av datasystemene som skal brukes av både pasienter og saksbehandlere.

1.7 Økonomiske og administrative konsekvenser

Departementet vil komme tilbake til de økonomiske og administrative konsekvensene i forbindelse med fremleggelsen av regjeringens årlige budsjettforslag. For å sikre gevinstrealisering, skal ordningen evalueres underveis.

Nivået på standardsatsen vil bli fastsatt av departementet i forskrift, og de økonomiske konsekvensene vil blant annet avhenge av hvilket nivå satsen settes på. For at de totale utbetalingene skal være tilnærmet uendret, har Pasientreiser ANS beregnet at standardsatsen bør ligge mellom gjennomsnittlig sats for rutegående transportmiddel og dagens refusjons-sats for bil (2,40 kroner i 2014). En standardsats på to kroner ville i 2013 gitt en tilnærmet uendret utbetaling i sum.

Enkelte elementer i ny ordning for dekning av utgifter til pasientreiser vil gi innsparinger. Det gjelder blant annet bortfall av særskilt kompensasjon for ledsager og at det innføres standardsats, forenklet dokumentasjon av oppmøte og elektronisk innsending.

På andre områder vil ordningen medføre ekstrakostnader, som til utvikling og tilpasning av IKT-systemer og til forvaltning og drift av ny ordning for de regionale helseforetakene. I tillegg vil det være kostnader til tilpasning av teknisk løsning på hel-senorge.no og eksisterende registre.

2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Ruth Grung, Tove Karoline Knutsen, Freddy de Ruiten, Niclas Tokerud og Karianne O. Tung, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, lederen Kari Kjønnaas Kjos, Harald T. Nesvik og Morten

Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Venstre, Ketil Kjenseth, og fra Sosialistisk Venstreparti, Audun Lysbakken, slutter seg til regjeringens forslag til ny ordning for dekning av utgifter til pasientreiser. Komiteen viser til at forslaget følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal, hvor den daværende helse- og omsorgskomiteen enstemmig gikk inn for å forenkle ordningen for refusjon av pasientreiser.

Komiteen viser til at det er det offentliges ansvar å gi hele befolkningen likeverdig tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester, og at formålet med ordningen for dekning av utgifter til pasientreiser er at reiseutgiftene ikke skal være til hinder for at pasienten kan motta nødvendig undersøkelse eller behandling. Komiteen viser videre til at dagens pasientreiseordning krever at pasientene tar vare på kvitteringer og annen dokumentasjon og sender dem inn manuelt. Saksbehandlingen hos pasientreisekontorene er tidkrevende. Komiteen mener forenklingen – med standardsats, færre dokumentasjonskrav og elektronisk innsending av refusjonskrav – vil komme både pasientene og helseforetakene til gode. Det blir enklere for pasienten, og administrasjonskostnadene blir lavere.

Komiteen viser videre til at forslaget om å innføre en ny standardsats som hovedregel ved dekning av utgifter til pasientreiser, vil dempe rapporteringsbyrden som i dag ligger på pasientene, samtidig som det minsker den administrative jobben rundt behandling av refusjonssøknader. Komiteen mener samtidig unntakene fra hovedregelen er godt begrunnet, og ivaretar hensynet til dem som av forskjellige grunner ville blitt uheldig rammet av en ny hovedregel for refusjon.

Komiteen merker seg at Helse Nord i sitt høringssvar har bemerket at reiser som overstiger 300 km, skal dekkes etter billigste rutegående transportmiddel. Helseforetaket peker på at det er i intervallet mellom 200 og 300 km at skillet mellom billigste reisemåte og standardsats kan bli størst, og der mange pasienter som reiser innen denne avstanden vil kunne komme dårlig ut. Komiteen antar at dette kan gjelde for flere regioner, og ber regjeringen løpende vurdere situasjonen, slik at man kan justere ordningen dersom det blir nødvendig.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet merker seg tall fra Transportøkonomisk institutt, som viser at for reiser inntil 300 km benyttes bil i 80 prosent av tilfellene. For reiser lengre enn 300 km, halveres bilbruken til fordel for fly.

Komiteen støtter også forslaget om å lovfeste hjemler for tilbakekreving og tvangsinn drivelse av feilutbetalinger av stønad til pasientreiser etter mønstre av tilsvarende bestemmelser i folketrykkløven. Komiteen mener det er riktig – og viktig – at bestemmelsen gir grunnlag for at krav kan frafalles når det foreligger særlige grunner, eller ved aktsom god tro.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet er glade for at regjeringen har tatt ansvar for å endre dekning av utgifter til pasientreiser. Flere tidligere helseministre har fått spørsmål på bordet om hva man bør gjøre for å sikre brukerne av pasientreiser et tilfredsstillende system som sikrer dette, uten at det har blitt fulgt opp i lovforslag eller forskrifter.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener den foreslåtte endring for pasientreiser representerer en viktig forbedring og forenkling for pasientene. Disse medlemmer er imidlertid bekymret over tilbakemeldinger om at mange finner ordningene som gjelder for pasientreisene, tungvint og belastende. Særlig eldre mennesker og pasienter med svekket allmenntilstand melder at regelverk og praktisering av dette ofte representerer en ekstra byrde når man trenger sykehusbehandling. Disse medlemmer mener regjeringen bør ta en bredere gjennomgang av hele regelverket for pasientreiser, for eventuelt å endre på bestemmelser som kan føre til urimelig belastning for pasientene når det gjelder bestilling, reisemåte og ventetider.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener det er en reell problemstilling at en del pasienter, særlig eldre og andre med spesielle utfordringer, sliter med å navigere i systemet. Det som nå er foreslått i lov og forskrift på pasientreiseområdet, er nettopp å gjøre det enklere for pasienter å få refundert utgifter ved reiser til helsetjenester. Formålet med forslaget er å forenkle ordningen for brukerne, tilpasse regelverket til elektroniske prosesser og legge til rette for enklere og mer effektiv saksgang. Endringene er særlig knyttet til pasientreiser uten rekvisisjon, utgifter ved reiser pasienten kreve refundert i etterkant.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til betydningen av at egenandeler skal holdes lave, både for overnatting ved nødvendig behandling og for reise. Disse medlemmer viser til ovennevnte innstilling som peker på at egenandelen for reiser ved «fritt sykehusvalg» er høyere der-

som pasienten velger spesialist, sykehus eller røntgeninstitutt utenfor egen helseregion, enn om pasienten velger tilsvarende i egen helseregion. Disse medlemmer viser til Arbeiderpartiets merknad i Innst. 11 S (2014–2015), der det heter:

«Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet går inn for å kutte egenandel ved bruk av av 'fritt sykehusvalg' til andre regioner til samme nivå som for egen region - fra 400 til 135 kroner hver vei.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at en betydelig kostnad for mange pasienter knytter seg til overnatting, og at det er beklagelig at regjeringen har kuttet i overnattingsgodtgjørelsen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser i den forbindelse til at Arbeiderpartiet og Senterpartiet ville rette opp dette kuttet i sine alternative statsbudsjetter. Disse medlemmer viser til merknad i Innst. 11 S (2014–2015), der det heter:

«Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener at egenandelen for overnatting i forbindelse med behandling må oppjusteres for å ivareta prinsippet om likeverdig helsetilbud.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser også til Innst. 11 S (2014–2015) der Senterpartiet hadde følgende merknad:

«For pasientar som på grunn av lange reiseavstandar må overnatte før og etter poliklinisk undersøking eller behandling, aukar Senterpartiet overnattingsgodtgjersla for å skape mest mulig likeverdig tilgang til sjukehusbehandling, uansett kor ein bur eller kven ein er.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener regjeringen må erkjenne at støtte til overnatting for en del pasienter er viktigere eller like viktig som støtte til reise, og forventer at dette tas hensyn til i kommende budsjetter.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet tilbakeviser påstanden om at regjeringen har kuttet i overnattingsgodtgjørelsen. Budsjettet til regjeringen Stoltenberg II som det vises til, ble ikke vedtatt. Således medfører det ikke riktighet at regjeringen har kuttet i overnattingsgodtgjørelsen. Refusjonssatsen for overnattingsdøgn økte derimot fra 350 til 500 kroner i årene 2013 til 2014. Ifølge nettsiden pasientreiser.no økte refusjonssatsen til 520 kroner per døgn i 2015. Satsen er altså langt

høyere nå, enn de årene Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti satt i regjering.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet vil bemerke at den rød-grønne regjeringen i framlegg til statsbudsjett for 2014 foreslo en dobling av refusjonssatsen for overnatting ved pasientreiser, fra 350 kroner til 700 kroner per døgn, for å nærme seg de reelle kostnadene pasientene har ved overnatting. Dette forslaget ble ikke vedtatt av det nye borgerlige flertallet på Stortinget. Det innebærer i realiteten et dårligere tilbud til pasientene sammenlignet med budsjettforslaget fra den rød-grønne regjeringen. Dette rammer spesielt pasienter fra distriktene som må oppholde seg utenfor eget bosted når man trenger sykehusbehandling.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til de høringsinstansene som påpeker at systemet for godtgjørelser må ta høyde for geografiske forskjeller. Blant annet mener Pasientombudet i Finnmark at det er urimelig at pasienter med få reisealternativ må vente svært lenge for eksempel på billigste flyavgang. Disse medlemmer mener at slike lange ventetider kan utgjøre en betydelig merbelastning i en sykdomssituasjon, og viser her også til at kostgodtgjørelsen i forbindelse med pasientreiser er relativt lav. Disse medlemmer mener at kostgodtgjørelse og aksepterte ventetider må ses i sammenheng.

Disse medlemmer viser til at Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) i sin høringsuttalelse tar opp at pasienter som av helsemessige årsaker må benytte egen bil, etter de nye reglene kan risikere ikke å få dekket faktisk utgift, men at de som velger drosje får det. Dette er i tilfelle en urimelighet som disse medlemmer mener det må rettes opp i. FFO, Revmatikerforbundet og andre har også i høringen og ellers tatt opp at pasienter som får bestilt drosje via pasientreisekontorene (helseforetakene), ofte opplever å måtte vente lenge og mottar et dårligere tilbud enn om de bestilte drosjen selv. Disse medlemmer mener at høringsinstansene må lyttes til med sikte på å få ordningene med bestilling til å fungere i tråd med pasientenes behov. Mange pasienter opplever ventetid som en betydelig merbelastning i en sykdomssituasjon.

Disse medlemmer viser til at det er bred enighet om at de foreslåtte endringene i proposisjonen vil gjøre reiseoppkjøret enklere for pasienter som skal ha behandling utenfor eget bosted. Likevel mener disse medlemmer at det er viktig å ha et skarpt blikk på spesielle pasienter eller brukersituasjon når det gjelder regelverk og praktisering av

dette, slik at man kan unngå at enkelte grupper kommer dårligere ut.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til helseministerens svar i Dokument nr. 15:867 (2014–2015), hvor det presiseres at en skjønnspreget regel om «rimelig» ventetid vil være vanskelig å praktisere og vil kreve store ressurser til saksbehandling. En mer detaljert regulering, med ulike tidsmessige grenser, vil ganske fort bli feil i møte med virkeligheten. Den valgfriheten som er lagt inn i den nye ordningen, vil imidlertid avhjelpe noen av problemene. Både standardsats og dekning av billigste rutegående transport ved reiser over 300 kilometer gir pasientene økt valgfrihet.

3. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til proposisjonen og rår Stortinget til å gjøre slikt

vedtak til lov

om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven
(dekning av utgifter til pasientreiser)

I

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer:

§ 2-6 skal lyde:

§ 2-6. *Dekning av utgifter til pasientreiser*

Pasienten og ledsageren har rett til dekning av nødvendige utgifter når pasienten må reise i forbindelse med en helsetjeneste som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og som dekkes av et foretak etter helseforetaksloven eller som omfattes av fritt behandlingsvalg etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-3. Det samme gjelder helsetjenester som omfattes av folketrygdloven kapittel 5 og helsetjenester som ytes ved familievernkontor og helsestasjon. Departementet kan i forskrift bestemme at retten til dekning av nødvendige utgifter også skal gjelde når pasienten må reise til og fra en annen helsetjeneste som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven.

Stønad ytes til dekning av reiseutgifter til det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis, når ikke annet følger av forskrift gitt i medhold av femte ledd.

Ved beregning av stønaden skal en sats per kilometer fastsatt av departementet legges til grunn, uavhengig av om pasienten eller ledsageren har hatt faktiske utgifter. Reiser pasienten lenger enn 300 kilometer én vei, skal taksten for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel legges til grunn. Gjør pasientens helsetilstand det nødvendig å bruke

drosje eller bil, eller går det ikke rutegående transport, skal nødvendige faktiske utgifter til drosje og tilleggsutgifter ved å bruke bil legges til grunn.

Retten til dekning av utgifter etter første ledd faller bort dersom pasienten får tilbud om transport med transportør som har avtale med regionalt helseforetak eller tilbud om gratis offentlig transport. Retten til dekning av utgifter faller også bort i den utstrekning utgiftene dekkes etter annen lovgivning.

Departementet kan gi forskrifter om dekning av reise- og oppholdsutgifter for pasienter og pårørende og utgifter til nødvendig ledsager, herunder dekning av utgifter til andre steder enn det geografisk nærmeste stedet, egenbetaling, minste reiseavstand, kjøregodtgjørelse, rett til dekning av faktiske reiseutgifter i særlige tilfeller, utbetaling av refusjon og frister for fremsetting av krav.

Ny § 2-6 a skal lyde:

§ 2-6 a. *Tilbakekreving etter feilaktig utbetaling*

Er stønad etter § 2-6 utbetalt til noen som ikke hadde krav på den, kan stønaden kreves tilbake dersom mottakeren eller noen som opptrådte på vegne av mottakeren, forsto eller burde ha forstått at utbetalingen skyldtes en feil. Det samme gjelder dersom vedkommende har forårsaket utbetalingen ved forsettlig eller uaktsomt å gi feilaktige eller mangelfulle opplysninger.

Krav etter første ledd skal rettes mot mottakeren av feilutbetalingen. Dekkes ikke kravet hos mottakeren, kan det rettes mot noen som har opptrådt på vegne av mottakeren og som har utvist forsett eller uaktsomhet etter første ledd.

Det skal settes fram krav om tilbakebetaling etter første og andre ledd, med mindre særlige grunner taler mot det. Det legges blant annet vekt på graden av uaktsomhet hos den som kravet retter seg mot, størrelsen av det feilutbetalte beløpet, hvor lang tid det er gått siden utbetalingen og om feilen helt eller delvis kan tilskrives et regionalt helseforetak eller en underliggende virksomhet. Tilbakebetalingskravet kan settes til en del av det feilutbetalte beløpet. Har den som kravet retter seg mot opptrådt forsettlig, skal krav alltid fremmes, og beløpet kan ikke settes ned.

Feilutbetalte beløp som er mottatt i aktsom god tro, kan kreves tilbake, begrenset til det beløpet som er i behold når mottakeren blir kjent med feilen. Ved vurderingen av om dette beløpet helt eller delvis skal kreves tilbake, legges det blant annet vekt på størrelsen av det feilutbetalte beløpet, hvor lang tid det er gått siden feilutbetalingen og om mottakeren har innrettet seg i tillit til den.

Vedtaket om tilbakekreving etter denne paragrafen er tvangsgrunnlag for utlegg. Kravet kan innkreves ved trekk i senere dekning av utgifter etter § 2-6 med forskrifter, eller inndrives etter reglene i lov 11. ja-

nuar 2013 nr. 3 om Statens innkrevingsentral. Krav inndrives av Statens innkrevingsentral, med mindre departementet bestemmer noe annet.

Ved tilbakekreving etter første og andre ledd på grunnlag av forsett eller grov uaktsomhet hos den som kravet retter seg mot, beregnes et rentetillegg på 10 prosent av det beløpet som kreves tilbake.

§ 2-7 første ledd skal lyde:

Forvaltningsloven kapittel IV og V gjelder for vedtak som treffes etter § 2-6 a, men ikke for andre vedtak etter kapitlet her.

II

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid. Kongen kan sette i kraft loven til ulik tid i forskjellige områder.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 28. mai 2015

Kari Kjønås Kjos

leder

Niclas Tokerud

ordfører

