



Notat til AD-møte

Til : AD-møte 29. august 2022

Fra :

Dato : 22. august 2022

Saksbehandlende RHF: Helse Sør-Øst RHF

Unntatt offentlighet:

Dato for ev. tidligere behandlinger i AD-møte: Ingen

Vår ref. (saksnummer Helse Vest RHF):

2022/xxxx

AD-møtesak **XXX**-2022

Prinsipp for distanseberegning, reiser uten rekvisisjon

Hovedregelen for beregning av refusjon for pasientreiser uten rekvisisjon er basert på distanse målt i korteste vei multiplisert med standard kilometersats. Denne saken omhandler erfaringer og utfordringer knyttet til dagens praksis for distanseberegning innenfor pasientreiser uten rekvisisjon, samt forslag til endring av prinsipp.

Bakgrunn for saken

Prinsipp for distanseberegning har i den senere tiden vært gjenstand for et stort fokus i media i tillegg til at Pasientreiser HF har mottatt spørsmål om ordningen både fra kommunalt nivå, og Helse- og omsorgsdepartementet videreformidlet fra eier.

Spørsmålene fra media, på kommunalt- og departementsnivå handler om hvilke konsekvenser dagens prinsipp for distanseberegning har på den faktiske reiseveien brukere av ordningen tar, nivået på refusjon, økt risiko for trafikkfare og undergraving av hensikten med veiutbyggingsprosjekter.

Særskilte forhold AD-møtet bør være kjent med

Pasientreiser refunderer reiseutgifter for pasienter, ledsagere og pårørende etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 og den tilhørende pasientreiseforskriften. Pasientreiser HF har vedtaksmyndighet knyttet til reiser uten rekvisisjon samtidig med at helseforetakene har det finansielle ansvaret for ordningen.

Dagens prinsipp for distanseberegning er utledet av pasient- og brukerrettighetslovens § 2-6:

«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.»

Det fremgår ikke av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 eller bestemmelsene i pasientreiseforskriften hvilken reisestrekning som skal legges til grunn ved stønadsberegningen.

Pasientreiseområdet har tolket regelverket slik at begrepet «nødvendige utgifter» i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 er korteste reisevei på strekningen. Praksisen har vært benyttet siden 2009 og er støttet av Statsforvalterne. I og med at pasientreiseområdet selv har tolket dagens praksis for distanseberegning, vil en endring også støttes av Statsforvalterne.

Konsekvensene av og utfordringene med dagens praksis er ikke relatert til enkelte deler av landet eller et utvalg strekninger, men er nasjonalt og gjeldende for alle regioner og helseforetak.

Prosess

Utfordringer og konsekvenser av dagens prinsipp for distanseberegning er fremlagt og diskutert med representanter i Pasientreiser HF's brukerutvalg, i foretakets samarbeidsfora med representanter for de regionale helseforetakene og i foretakets styre.

Dagens prinsipp er avstemt med Helsedirektoratet som fortolkningsansvarlig. Med bakgrunn i dagens erfaringer med prinsipp for distanseberegning og konsekvenser av denne anbefaler Pasientreiser HF at prinsipp endres nasjonalt ved at raskeste reisevei legges til grunn for beregning av refusjon. En endring av prinsippet for distanseberegning fra korteste vei til raskeste vei krever at Helsedirektoratet og Statsforvalter må orienteres om endringen og at det gjøres nødvendige endringer i opplæringsmateriell og veiledere til ordningen.

Det anbefales at konsekvensene av en eventuell endring av prinsipp for distanseberegning inngår i virksomhetsrapporteringen til foretaket i første driftsår etter endring og følges opp som orienteringssak til AD-møtet.

Vurderinger:

Grunnlaget for beregning av refusjon oppfattes som lite logisk

Korteste vei representerer i liten grad pasienters faktiske reisevei til- og fra behandling. Tilbakemeldingene fra både brukere og forvaltningen er at praksisen oppfattes som lite logisk og vanskelig å forstå. Som en konsekvens av dette skapes det unødvendig arbeid for både brukere og forvaltningen samtidig som det genereres klager til Statsforvalter.

Søknadsprosessen for bruker er mindre brukervennlig

De fleste kartverktøy som benyttes av brukere (som eksempelvis Google Maps og 1881.no) har ikke mulighet for å vise beregning av korteste vei. Dette vanskeliggjør søknadsprosessen for bruker samtidig som veiledning om reiserute blir lite forståelig.

Kartunderlaget er mindre nøyaktig for beregning av korteste- enn for beregning av raskeste reisestrekning

Kartgrunnlagene som benyttes i forvaltningen er basert på Vegvesenets underlag. Løpende oppdateringer av kartene skjer raskere og er mer nøyaktig for strekninger som benyttes hyppig og det er derfor større grad av feil i forbindelse med beregning av korteste vei sammenlignet med raskeste reisevei. Leverandør av karttjenesten til ordningen anbefaler raskeste vei for større nøyaktighet i beregningsgrunnlaget.

Utbetaling til pasient vil øke samtidig som administrative kostnader reduseres ved en praksisendring

En praksisendring vil føre til økte utbetalinger til brukere av ordningen fordi raskeste vei er gjennomgående lengre enn korteste vei. Økt antall kilometer som grunnlag for utbetaling av stønad til bruker vil øke kostnader til helseforetakene. Kostnadene til forvaltning av ordningen reduseres imidlertid ved at behovet for manuelle saksbehandlingsoppgaver blir mindre. Nærmere estimater knyttet til reduserte administrative kostnader er omtalt under «Budsjettmessige forhold».

Moderat risiko for beregningene av de økonomiske konsekvenser ved praksisendring
Det er knyttet moderat risiko til de økonomiske estimatene. Det er antall reiser det søkes refusjon om som anses som den største usikkerhetsfaktoren. Aktiviteten som legges til grunn for de økonomiske beregningene er basert på 2019-nivå som representerer det siste «normalåret» for pasientreiseområdet hva gjelder volumer.

Bruk av ordningen har, etter Pasientreiser HF's erfaring, vært stabil i årene frem mot 2020. Etter dette har koronapandemien redusert volumene radikalt. Akkumulert pr mars 2022 er det søkt om refusjon for 22,6 % færre reiser sammenlignet med samme periode i 2019. Det innebærer at dersom 2022 tallene legges til grunn for kostnadsberegningen vil økning i utgiftene være betraktelig lavere.

Departementets mulighet til å styre kostnadsutviklingen knyttet til reisekostnader for refusjon av reiser uten rekvisisjon
Hovedregelen for dekning av reiseutgifter er at reisen dekkes etter en standard kilometersats. For 2022 er denne satsen bestemt til å være kr 2,80 pr kilometer. Satsen vurderes årlig av Helse- og omsorgsdepartementet og øker normalt med ca 10 øre årlig.

En endring av prinsipp for beregning av distanse kan gjøres kostnadsnøytral for helseforetakene gjennom hvordan departementet endrer sats for standard kilometersats. Estimer viser at en kostnadsnøytralitet ved en eventuell prinsippendring for distanseberegning kan oppnås ved at standard kilometersats ikke oppreguleres med normaløkningen på 10 øre ved innføring¹. En eventuell prinsippendring bør derfor også ses i sammenheng med når satser endres og informasjon om en eventuell endring bør også tilfalle departementet i god tid før endringen finner sted.

Pasientreiser HF anbefaler å endre dagens prinsipp for distanseberegning fra korteste til at raskeste reisestrekning legges til grunn.
Med bakgrunn i dagens erfaringer med prinsipp for distanseberegning og konsekvenser av denne anbefaler Pasientreiser HF at prinsipp endres nasjonalt ved at raskeste reisevei legges til grunn for beregning av refusjon. I dialog med helseforetakene er det ønskelig at endringen, i så stor grad som mulig, er kostnadsnøytral og at dette kommuniseres til Helse- og omsorgsdepartementet i god tid for fastsetting av takster gjøres.

Det anbefales samtidig at Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Statsforvaltere gjøres kjent med endringen samt konsekvensene av denne i god tid før satser for 2023 fastsettes.

Endringen anbefales å gjøres gjeldende i saksbehandlingen fra og med 2023.

¹ Gitt reisemønster og aktivitet for tjenesteområdet som 2019

Budsjettmessige forhold

De budsjettmessige forholdene knyttet til en endring av praksis påvirker nivå på refusjonsutbetaling samt administrative kostnadene til forvaltning av ordningen.

Behovet for systemendringer samt den generelle tilpasningen av prosess for reiser uten rekvisisjon vil kunne ivaretas innenfor eksisterende rammer for drift og videreutvikling og er estimert til å være i oppad begrenset til 0,5 millioner kroner.

Nivå på refusjonsutbetaling

Dagens praksis knyttet til prinsippet om at reiser uten rekvisisjon refunderes med bakgrunn i korteste vei representerer den laveste kostnaden for helseforetakene og den laveste utbetalingen til pasient. Nivået på kostnader og utbetalinger ved dagens praksis er kjent og en endring vil representere en økt kostnad for helseforetakene.

En endring i praksis fra korteste- til raskeste vei som grunnlag for distanseberegning er estimert til å utgjøre en økt utbetaling til pasient tilsvarende 3,4 % nasjonalt. Med dagens satser tilsvarer dette en årlig endring tilsvarende 21,1 MNOK² gitt dagens reisemønster i et normalår (2019) og standard kilometersats som i 2022 (kr 2,80). Den estimerte endringen inkluderer også endringer i refunderte tilleggsutgifter gitt forutsetninger som for standard kilometersats.

Fordelingen mellom de regionale helseforetakene er estimert til å være som følger (tall oppgitt i millioner kroner):

<i>RHF</i>	<i>Estimert kostnadsmessig effekt av endring av praksis*</i>	<i>Totalt utbetalt til pasient</i>	<i>Endring i %</i>
Helse Midt-Norge	2,23	103,99	2,1 %
Helse Nord	7,84	169,39	4,6 %
Helse Sør-Øst	7,15	226,66	3,2 %
Helse Vest	3,86	117,64	3,3 %
Nasjonalt	21,08	617,68	3,4 %

* Totalt utbetalt til pasient inkludert endring i tilleggsutgifter

Administrative kostnader

Erfaringsmessig oppgir bruker raskeste reisevei i søknadene. I de sakene hvor avviket mellom korteste og raskeste vei er stort, må saken vurderes manuelt. Det betyr at saker som ellers ville kunne vært avgjort gjennom automatiserte vedtak må behandles av saksbehandler og derved øker forvaltningskostnadene.

En endring av prinsipp vil kunne redusere forvaltningen med mellom tre og fem millioner kroner, og representerer en årlig besparelse for helseforetakene.

Estimert netto kostnadseffekt av en praksisendring

Netto kostnadseffekt knyttet til en endring av prinsipp for distanseberegning er estimert til å være mellom 16,1 og 18,1 millioner kroner årlig. I dette estimatet er økte utbetalinger til pasient ivaretatt samtidig som de estimerte reduserte administrative

² Totalt utbetalt til pasient i 2019 eks pasientbetalte egenandeler. Grunnlagstall for effekter er hentet fra RADAR og MPReise-datasettet. Beregningsgrunnlaget er gjort med utgangspunkt i ca 917.000 reiser utbetalt i 2019. Alle tall er oppgitt i nominelle verdier.

kostnadene er innarbeidet. Det vises for øvrig til mulig kostnadsnøytralitet ved å ikke endre kilometersats, som omtalt over.

Omdømme

Distanseberegningsgrunnlaget representerer en omdømmeutfordring for pasientreiseordningen og er ofte omtalt i media – praksis blir gjerne vinklet som byråkratisk, trafikkfarlig, undergraver hensikten med veiutbyggingsprosjekter og oppfordrer til «bomsniking». Samtidig er det utfordrende å veilede brukere av ordningen om gjennomføring av reisene pga. manglende sammenheng mellom reiseruten det anbefales å benytte og reiseruten som ligger til grunn for distanseberegningen.

Behov for fremtidige avsjekkpunkt i AD-møtet

Det anbefales at konsekvensene av en eventuell endring av prinsipp for distanseberegning inngår i virksomhetsrapporteringen til foretaket i første driftsår etter endring og følges opp som orienteringssak til AD-møtet.

Forslag til konklusjon:

1. AD-ene i RHF-ene slutter seg til forslag til endring av praksis for distanseberegning for området reiser uten rekvisisjon.

Vedlegg: Ingen vedlegg til saken