

Oddgeir Osland
Jørgen Aarhaug
Frode Longva
TØI rapport 1086/2010

tøi Transportøkonomisk institutt
Stiftelsen Norsk senter for samferdselsforskning



Drosjetilbudet i distriktene etter omleggingen av pasienttransporten i 2004



Drosjetilbudet i distriktene etter omleggingen av pasienttransporten i 2004

Oddgeir Osland, Jørgen Aarhaug og Frode Longva

ISSN 0808-1190

ISBN 978-82-480-1128-6 Papirversjon

ISBN 978-82-480-1117-0 Elektronisk versjon

Oslo, juli 2010

Tittel: Drosjetilbudet i distriktene etter omleggingen av pasienttransporten i 2004

Forfattere: Oddgeir Osland
Jørgen Aarhaug
Frode Longva

Dato: 07.2010

TØI rapport: 1086/2010

Sider 46

ISBN Papir: 978-82-480-1128-6

ISBN Elektronisk: 978-82-480-1117-0

ISSN 0808-1190

Finansieringskilde: Samferdselsdepartementet

Prosjekt: 3562 - Drosjetilbudet i distriktene etter omleggingen av pasienttransporten i 2004

Prosjektleder: Oddgeir Osland

Kvalitetsansvarlig: Nils Fearnley

Emneord: Distrikt
Drosjetilbud
Pasienttransport

Sammendrag:

Hovedproblemstillingen i utredningen er om omlegging av pasienttransport har ført til at drosjetilbudet i distriktene er svekket eller truet. Utredningen viser at bortfall av drosjetilbudet så langt er et marginalt problem, og at det har vært håndtert og kan håndteres gjennom etablering av alternative tilbud. Utredningen viser imidlertid til sentrale utviklingstrekk som trolig gjør at drosjetilbudet vil bli ytterligere svekket på sikt, ettersom pasienttransporten utgjør store deler av drosjeeiernes inntektsgrunnlag i mindre distriktskommuner.

Title: Taxi services in rural areas

Author(s): Oddgeir Osland
Jørgen Aarhaug
Frode Longva

Date: 07.2010

TØI report: 1086/2010

Pages 46

ISBN Paper: 978-82-480-1128-6

ISBN Electronic: 978-82-480-1117-0

ISSN 0808-1190

Financed by: Ministry of Transport and Communications

Project: 3562

Project manager: Oddgeir Osland

Quality manager: Nils Fearnley

Key words: Rural area
Taxi market
Taxi regulation

Summary:

In this report we evaluate the effects of competitive tendering of transport of patients on supply of rural taxi services. Particular attention has been paid to cases where the taxi industry has faced competition from other actors (e.g. the tourist coach industry). The main conclusion is that overall loss of services has been a marginal problem in Norway so far. However, long term trends point towards continued service reduction in rural areas if the current combination of market regulations and use of competitive tendering is maintained.

Language of report: Norwegian

Forord

Tema for denne rapporten er utviklingen av drosjenæringen i distriktene etter at ansvaret for pasienttransporten ble overført til helseforetakene i 2004. Hovedproblemstillingen i rapporten er hvorvidt denne omleggingen av ansvaret for pasienttransporten har svekket drosjetilbudet i distriktene i en slik grad at noen steder har mistet eller står i fare for å miste drosjetilbudet.

Rapporten er skrevet på oppdrag fra Samferdselsdepartementet ved Veg- og sjøtransportseksjonen. Gjennom hele prosessen har vi hatt kontakt med Samferdselsdepartementet gjennom kontaktperson Ole Rasmus Owe. Til stede på møter med oppdragsgiver har også Karl Rikard Løvhaug og Arnfinn Øen vært. Vi takker for innspill og kommentarer, samtidig som vi vil understreke at alle vurderinger og konklusjoner i denne rapporten står for utreders regning. Vi vil også takke alle informanter som har stilt opp til intervjuer og gitt informasjon. En spesiell til Hedmark Taxi og Jostein Bjøntegård.

Rapporten er skrevet av Oddgeir Osland, Jørgen Aarhaug og Frode Longva. Aarhaug har stått for det meste av datainnsamling og –analyse i utredningen, og har skrevet førsteutkast til store deler av kapitlene 3, 4 og 5. Nils Gaute Voll har bearbeidet og tilrettelagt data for analyse. Longva og Osland har skrevet førsteutkast til kapitlene 1, 2 og 6, mens Longva og Aarhaug har skrevet førsteutkast til kapittel 3. Osland har vært prosjektleder. Nils Fearnley har vært kvalitetssikrer, mens sluttredigeringen av rapporten er utført av Tove Ekstrøm.

Oslo, juli 2010
Transportøkonomisk institutt

Lasse Fridstrøm
instituttssjef

Arvid Strand
avdelingsleder

Innhold

Sammendrag

Summary

1 Problemstilling, bakgrunn og tilnærming	1
1.1 Sammenhengen pasienttransport, inntjening, løyve og tilbud	1
1.2 Metoder og datagrunnlag	2
2 Regulering og konkurranse.....	5
2.1 De viktigste lovreguleringene på feltet	6
2.2 Nærmere om fylkeskommunen, yrkestransportloven og -forskriften.....	6
2.3 Offentlig kjøp av drosjetjenester - pasienttransportmarkedet.....	9
2.4 Oppsummering.....	10
3 Utvikling i løyver og tilbud	11
3.1 Kan vi observere bortfall av løyver og tilbud?	11
3.2 Er bortfall i tilbud et resultat av bortfallet av pasienttransport?	20
3.3 Konklusjon.....	22
4 Utvikling i pasienttransporten.....	23
4.1 Offentlig kjøp og konkurranse i pasienttransportmarkedet	23
4.2 Hvilke effekter har overføring av ansvaret for pasient-transporten hatt for effektivitet i pasienttransporten?.....	24
4.3 Konklusjoner.....	29
5 Omsetning, markedsutvikling og –kjennetegn.....	31
5.1. Inntekts- og omsetningsutvikling Hedmark.....	32
5.2. Klare forskjeller i markedsgrunnlag mellom sonene	35
5.3. Avhengighet og bortfall pasienttransport	38
5.4. Avgang, alder og rekruttering	41
6 Konklusjoner	43
6.1 Store fylkesmessige variasjoner i løyveutvikling	43
6.2 Ikke grunnlag for å si at bortfall av løyver har gitt bortfall av tilbud	43
6.3 Lite konkurranse om pasienttransporten i distriktene	43
6.4 Tap av anbud har gitt redusert tilbud i enkelte distrikter	44
6.5 Drosjenes avhengighet av pasienttransporten øker.....	44
6.6 Overordnet konklusjon	45
Referanser.....	46

Sammendrag:

Drosjetilbudet i distriktene etter omleggingen av pasienttransporten i 2004

Den overordnede problemstillingen for denne utredningen er om omleggingen av pasienttransporten har ført til at drosjetilbudet i distriktene er svekket og truet. Utredningen viser at *bortfall* av drosjetilbudet så langt er et marginalt problem, og at det har vært håndtert og kan håndteres gjennom etablering av alternative tilbud.

Men utredningen viser også at det er en del utviklingstrekk som gjør at tilbudet på sikt kan bli *svekket* innen dagens reguleringsregime og med dagens markedsutvikling: I mindre distriktskommuner utgjør pasienttransporten store deler av drosjeeiernes inntektsgrunnlag. Dette betyr at løyvehavere er avhengige av pasienttransporten for å kunne ha drosje som hovedervert og opprettholde kjøreplikten. Det er nettopp i de tilfeller der drosjenæringen har tapt anbud på pasienttransporten til turvognoperatører at løyver har blitt levert inn eller at løyvehaver har flyttet virksomheten til bynære områder. På den andre siden er nettopp utformingen av et konkurransegrunnlag som muliggjør konkurranse med turbilnæringen, et virkemiddel flere helseforetak har benyttet for å oppnå konkurranse i det som mange steder er en monopollignende tilbudsside. Det oppstår dermed en motsetning mellom de ulike reguleringene. På den ene siden er reguleringene i yrkestransportloven og yrkestransportforskriften som kombinerer ivaretagelse av inntektsgrunnlaget til løyvehaverne og kjøreplikten. Og på den andre siden et anbudsregime som skal sikre konkurranse i pasienttransporten.

Utredningens problemstilling og hovedfunn

Utredningen tar opp tre hovedspørsmål:

1. Utviklingen i **tilbudet av drosjetjenester** (bortfall av tilbud og fare for dette, og om dette har sammenheng med omleggingen av pasienttransporten).
2. Utviklingstrekk i **pasienttransporten** (omfang, effektivitet, kostnad og konkurranse med andre aktører).
3. Utvikling i inntjening og driftsgrunnlag for **løyvehaverne**. Vi søker her å kartlegge utvikling i omsetning og utviklingen på ulike delmarkeder.

Det innledende kapitlet drøfter metode og datagrunnlag. Utredningen bygger i hovedsak på data fra Norges Taxiforbund og noen utvalgte drosjesentraler, data som er kvalitetssikret gjennom intervjuer med fylkeskommuner og utvalgte helseforetak. En sentral problemstilling er at det er vanskelig å definere hva som er tilstrekkelig drosjetilbud til at en skal kunne si at det foreligger et tilbud. Dette vil ha et element av skjønn og tradisjon. Vi har ikke søkt å definere dette i denne

utredningen, men har tatt utgangspunkt i utviklingen i og bortfall av løyver og kombinert dette med intervjuer med fylkeskommunene om effekter.

Kapittel to presenterer hovedtrekk i dagens regulering, og bakgrunnen for den. Behovsprøvingen av løyver er begrunnet i at den skal gi løyvehaverne et tilstrekkelig inntektsgrunnlag, samtidig som løyvehaverne garanterte for et minimumstilbud med bakgrunn i kjøreplikten. Ordningen har fungert i seksti år, men etter hvert, og ikke minst de siste tiårene, har det skjedd omfattende endringer i reguleringen. Norge er i dag delt i områder der maksimalprisforskriften gjelder, og områder der det er fri prisfastsettelse (sentralene avgjør) og priskonkurranse mellom sentraler. Og stadig større deler av kontraktmarkedet er anbudsutsatt. Særlig viktig her er pasienttransporten, der ansvaret også er overført til helseforetakene.

Kapittel tre dokumenterer at det er store forskjeller mellom fylkeskommunene når det gjelder utviklingen i antall løyver. I 11 av 18 fylkeskommuner (Oslo ble utelatt fra undersøkelsen) beskrives drosjedekningen i fylket som stabil og god. Også i de øvrige fylkene er det et godt og stabilt tilbud i det meste av fylket, mens det i enkelte distrikter var vanskelig å få besatt løyver. I 2009 var det 41 kommuner i landet som hadde to løyver eller færre. Disse kommunene er fordelt på 14 av landets fylker. Av disse kommunene er det tre kommuner som var uten løyver i 2009, men hadde løyver i 2004. I en kommune var løyvet falt bort før 2004. Samlet er det altså noen få (fire) kommuner der løyvet er falt bort, men da erstattet med alternative tilbud til befolkningen. I tillegg til disse, er det seks av disse 41 kommunene som har opplevd en betydelig reduksjon i antallet løyver fra 2004 til 2009. Tre av disse seks kan med sikkerhet kobles til tap av anbud på pasienttransport, i to tilfeller til fordel for turvogn og i ett tilfelle til fordel for annen drosjeoperatør.

Innlevering av løyver skjer som regel på grunn av alder, men lav inntjening er også en årsak. Forventning om lav inntjening kan også være medvirkende årsak til manglende søkning på ledige løyver. Blant de løyvene som blir innlevert på grunn av tap av anbud, er pasienttransporten en viktig faktor, og dette trekkes særlig fram i tre fylker. Utredningen går nærmere inn på utviklingen i to av disse, og finner at tap av anbud på pasienttransport til turbiloperatør har medført løyvebortfall i begge fylker.

De data vi har, gir ikke grunnlag for en generell konklusjon om at bortfall av løyver har medført bortfall av tilbud. Tvert om ser vi at det de fleste steder er flere løyvehavere igjen, og i de tilfeller det ikke er slik, har fylkeskommunen godtatt eller etablert alternative løsninger og tilbud, som bestillingstransport drevet på turbilløyve, lempe på kravet om hovedervert og kjøring med løyvefritak. Derimot er det flere steder en kan observere et svekket tilbud som følge av tap av anbud til turbiloperatører, særlig betydelig i kommuner der pasienttransporten utgjør en stor del av markedet. Hovedbildet er at drosjenæringen i distriktene ikke har møtt konkurranse fra turbiloperatører, men i de tilfeller det har skjedd, og turbiloperatørene har vunnet, medfører det altså svekket drosjetilbud.

Det er imidlertid ikke klart at det er overføring av ansvar for pasienttransporten i 2004 til helseforetakene som er årsak til denne utviklingen. Innføring av anbud, samkjøring av pasienttransport, og konkurranse- og kontraktutforming varierer mellom fylker og regioner. Kapittel fire drøfter utvikling og effektivisering i pasienttransporten, og peker på at helsesektorens egne utredninger om dette ser ut

til å ha hatt fokus på kostnadskontroll mer enn på produksjonseffektivitet, og har vektlagt at det skjedde en utflating i kostnadsveksten fram mot 2006. Våre undersøkelser finner støtte for en slik konklusjon i noen fylker, men samtidig en sterk kostnadsvekst etter 2006. Det er imidlertid verd å merke seg at vi kun har analysert selve pasienttransporten, ikke den samlede pasientbehandling som denne transporten inngår i. I et slikt større perspektiv kan veksten i transporterte pasienter være fornuftig ressursbruk. Vi har heller ikke funnet god statistikk på pasientkilometer og kostnader, men våre analyser av samkjøringseffekter og kostnader pr pasientkilometer i ett fylke over tid indikerer samkjøringseffekter forut for overføring til helseforetak. Men vi har også observert en økende grad av kostnadskontroll forut for og etter overføring til helseforetak, noe som trolig medfører at en større del av samkjørings gevinstene kommer det offentlige til gode.

Undersøkelser av drosjetjenester og marked i noen utvalgte fylker viser at det har vært en sterk vekst i omsetningen de siste ti årene, ikke bare i byer og bynære områder, men også i distriktskommuner. Dette er temaet i kapittel fem.

Utredningen viser at i byer og bynære kommuner gjelder økningen i omsetning de fleste typer transport, mens i distriktskommunene er det særlig pasienttransporten som har vokst fra 1997 til 2007, men med utflating etter 2004. Dette betyr også at det er svært forskjellig inntektsgrunnlag i byer og distrikter. Likevel er pasienttransport en betydelig inntektskilde også i byer. Tall fra Hedmark viser at de utgjør ca 1/4 av inntektene i byer og bynære kommuner, og over halvparten av inntektene i distriktskommunene. Tilsvarende ser vi en signifikant forskjell i inntekter per løyve, i disfavør av distriktskommuner.

Det er nettopp denne avhengigheten av pasienttransport i distriktskommuner som medfører at bortfall av kontraktskjøring gir omfattende inntektsbortfall og innlevering av løyver. Våre data indikerer også at dette medfører svekket tilbud på annen kjøring i kommunen.

På denne bakgrunnen konkluderer vi med at selv om det i dag ikke er grunnlag for å si at innføringen av anbud på feltet og overføring av ansvaret for pasienttransporten til helseforetakene medfører bortfall av drosjetilbud, er det grunn til å anta at dette vil endre seg framover. Utredningen avslutter med å vise til tidligere utredninger på feltet som skisserer ulike måter en kan søke å harmonisere yrkestransport- og konkurranselovgivningen på dette feltet. Det pekes også på at det er et behov for mer sammenlignbar og detaljert statistikk over helseforetakenes kjøp av pasienttransporttjenester.

Summary:

Taxi services in rural areas

In 2004, responsibility for the transport of patients in Norway was transferred to the newly formed health corporations. In parallel with this, competitive tendering for the contracts was introduced. This report evaluates the development of rural taxi services in Norway, in the context of this reform. Particular attention has been paid to the cases where the taxi industry has faced competition from other actors such as the tourist coach industry.

The main conclusion of this report is that so far, loss of service has only been a marginal problem, on a national level. At the locations where there has been a loss of taxi license holders, local solutions have been found retaining some level of service. Still this report shows that there are long term trends which point in the way of service reduction if today's regulatory regime is continued and today's market trends continue.

The transport of patients to and from hospitals and other healthcare institutions on contracts from the healthcare corporations account for a dominant part of turnover for the taxi industry in most rural municipalities. Our data indicates that turnover from this transport averages approximately 50 percent of total turnover in rural municipalities. This figure will vary according to the definition of rural areas and sample used. Dependency on transport on contracts from the healthcare corporations as a main source of income is at odds with the requirements for 24-hour service and full time jobs for all license holders. In the cases where the taxi industry has lost contracts for the transport of patients, there have been several license holders exiting the industry or moving to more densely populated areas. A consequence of this is a lower service level for the municipalities in question. On the other hand, looking at rural areas, only in the cases where actors from outside the industry have participated has there been any real competition. The taxi industry is largely monopolistic, with only one dispatch center in each area, for historic reasons. It is therefore a disparity between the Professional Transport Act, requiring 24-hour service and full time employment (section 45) and the Public Procurement Act (section 2 and 3) requiring the health corporations to put their transport contracts for tendering.

This report addresses three main questions

- 1) What is the development of the level of taxi service?
- 2) What are the developments in the transport of patients, with regard to level, efficiency, cost and competition?
- 3) What are the developments in the income and turnover for taxi license holders, and is this different in different market segments?

Discussing methods and data, this report concludes that the publicly available statistics are insufficient to answer the questions set for this report. This report is therefore based upon data from Norges Taxiforbund (Norwegian Taxi Owners union) and selected dispatch centers. This data has been checked with interviews of key personnel in county governments and health corporations.

Today's regulatory regime can be described as a system where regulated entry in the taxi industry is linked with the need to secure a satisfactory level of income as well as ensuring minimum service for the rural population. The entry regulations, as they are practiced today, have been in place for more than 60 years. But in the last decade there have been significant amendments to this regulation. As of 2010 Norway is divided between areas where there is a maximum fare, set by the Norwegian Competition Authority and areas exempt from the maximum fare. The areas exempt from the maximum fare are areas with more than one dispatch center. These areas are in connection to the largest cities in Norway. In these areas fares are set in the market by the dispatch centers. In the rest of Norway the maximum fare applies. It is important to note that the maximum fare is only compulsory for the single trip markets. Negotiated and tendering contracts are exempted.

There are significant differences between the Norwegian counties when it comes to development in the number of taxi licenses. As of spring 2010 there were four municipalities with no active taxi licenses. In these municipalities taxi service has been replaced with other services. In about forty municipalities there are now two taxi licenses or less. The dominant reason given for handing in taxi licenses is old age, with the maximum age for license holders being seventy years. Still, there are a significant number of licenses being handed in due to low turnover. In the cases where the taxi industry has lost tendered contracts, this is given as a reason for handing over the taxi licenses. Loss of contracts for the transport of patients dominates within this category. From interviewing representatives of the county governments we learned that this has been the case in three counties. This report provides an in depth analyses of two of these counties and concludes that the loss of tender for the transport of patients has reduced the number of taxis in both. In both cases there has been a loss of tender in favor of tourist coach license holders, directly related to taxi licenses being handed in.

Data available for this report *does not support* the conclusion that the loss of taxi licenses has resulted in a *loss of service*. In most areas we observe that there continue to be taxis, in the few municipalities where this is not the case, the county government has accepted alternative solutions, providing a replacement service. On the other hand, we observed several cases of *reduced level of service* as a consequence of the taxi industry losing tenders to tourist coach operators. This is particularly visible in the municipalities where the transport of patients is a dominant source of revenue. This report concludes that in most cases the taxi industry has not had competition from tourist coach operators on tendered contracts, but where they have met competition from tourist coaches, and the tourist coach operator has won the contract this has resulted in a reduced taxi service.

Still, the case need not be that the transfer of responsibility of the transport of patients to the health corporations is the cause of the observed development.

There is great variation between counties and regions regarding the use of tendering and competition and contracting details.

Discussing the trends and efficiency within the transport of patients, this report find that the studies done for the health authorities, so far, has had a focus on cost control rather than efficiency. A main point in these reports is that there seems to be a reduced rate of cost increase since 2006. This report supports this conclusion, for some counties, but the report also finds that costs increased in the period after 2006. This study has been limited to the transport of patients, and has therefore not taken into account increased efficiency in the in hospital treatment that might have taken place. In a societal perspective, increased use of transport might be beneficial. A major problem in this report is the lack of good quality statistics for the transport of patients. Our data from one county indicates that significant savings, due to increased efficiency took place before the transfer of responsibility to the health corporations, not after. We also find that cost control has been increasing before, during and after the transfer of responsibility.

Data presented in this report suggests that there has been a major increase in turnover for the taxi industry during the last decade, at least in some of the counties studied. We note that this includes, but is not limited to, urban areas. The data suggests that most market segments has increased in urban areas, but in rural areas the transport of patients have been the main factor explaining growth in turnover between 1997 and 2004. Data also suggests that there has been little increase in turnover from the transport of patients after 2004. There are significant differences in the breakdown of income for the taxi industry in urban and rural areas, with the transport of patients counting for about 25 percent in the urban areas studied and an average of about 50 percent in the rural areas studied. The data also suggest that the turnover per taxi permit is significantly lower in rural than in urban areas.

The taxi industry's dependency on the transport of patients, in particular in rural areas, results in vulnerability. Loss of tendered contracts to tourist coaches results in significant losses in turnover and in many cases the taxi licenses are being handed in. The data available for this report lead us to suggest that this results in a reduced service level, also for other taxi services in the municipality in question.

The main conclusion in this report is therefore that, although there is not enough data to support a conclusion that transferring the responsibility for the transport of patients to the health corporations has resulted in a loss of taxi services, still there are reasons to believe that this will change.

1 Problemstilling, bakgrunn og tilnærming

Temaet for denne utredningen er hvordan omleggingen av pasienttransporten i 2004 har påvirket drosjetilbudet i distriktene. Bakgrunnen er at ansvaret for pasienttransport ble overført fra trygdeetaten til de regionale helseforetakene 1. januar 2004. Målet med omleggingen var å oppnå et mer rasjonelt behandlingsmønster og et mer kostnadseffektivt transporttilbud for pasientene. Et av midlene som har blitt brukt for å øke kostnadseffektiviteten, er konkurranseutsetting av transporttjenestene. Det har senere vært reist spørsmål ved om denne effektiviseringen har svekket grunnlaget for drosjevirkosomhet i distriktene, med påfølgende bortfall av løyver i et slikt omfang at drosjevirkosomheten og dermed tilbudet har falt bort.

Med dette som utgangspunkt har Samferdselsdepartementet ønsket å kartlegge tilstanden og utviklingstrekk for drosjetransporten i distriktene som følge av omleggingen av pasienttransporten. Utredningsoppdraget ble gitt til TØI.

Hovedspørsmålet i denne utredningen er hvorvidt overføringen av ansvaret for pasienttransporten har ført til et redusert drosjetilbud i distriktene, slik at noen steder har mistet, eller står i fare for å miste, tilbudet. Vi besvarer dette spørsmålet ved å beskrive utviklingen på tre ulike områder.

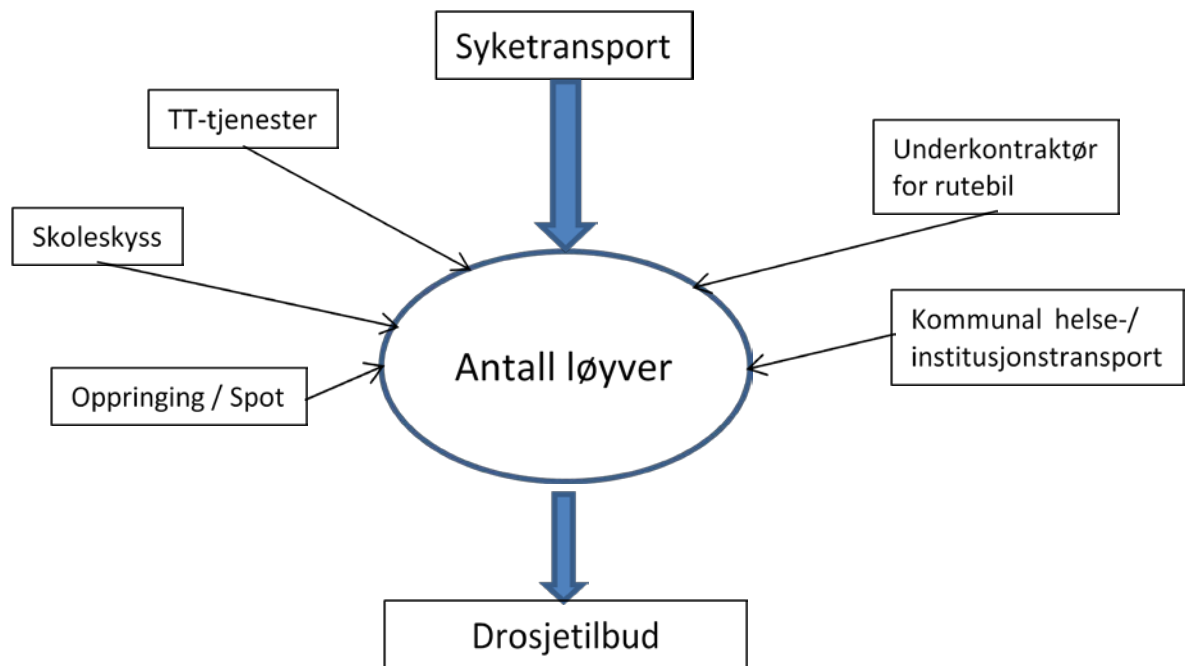
1. Utviklingen i **tilbudet av drosjetjenester** (bortfall av tilbud og fare for dette, og om dette har sammenheng med omleggingen av pasienttransporten)
2. Utviklingstrekk i **pasienttransporten** (omfang, effektivitet, kostnad og konkurranse med andre aktører)
3. Utvikling i inntjening og driftsgrunnlag for **løyvehaverne**. Vi søker her å kartlegge utvikling i omsetning og utviklingen på ulike delmarkeder

På bakgrunn av denne beskrivelsen vil vi drøfte spørsmålet om det har vært eller er bortfall i tilbudet, og om dette i så fall henger sammen med utviklingen i pasienttransporten, eller om det kan forklares av andre forhold.

1.1 Sammenhengen pasienttransport, inntjening, løyve og tilbud

Den todelte problemstillingen som skal undersøkes i utredningen er om a) endring i kjøp av pasienttjenester medfører at løyvehavere mister inntekter i et omfang som gjør at løyvet blir innlevert, og b) om bortfall eller reduksjon av løyver medfører vesentlig svekking av tilbudet på et sted/område. Denne mulige sammenhengen kan illustreres med de sterkest markerte pilene i figur 1. Det er imidlertid flere andre faktorer som også påvirker inntektsgrunnlaget for løyvehavere; andre kontraktmarkeder pluss etterspørsel fra ordinære kunder (oppringing /spot-markedet), som vi har forsøkt å illustrere med den samme

figuren (se også Longva, Osland og Leiren 2010 for en gjennomgang av de ulike delmarkedene).



TØI rapport 1086/2010

Figur 1 Illustrasjon av faktorer som påvirker antall løyver og drosjetilbudet.

Et sentralt tema i utredningen blir derfor å undersøke denne sammenhengen på steder der tilbudet er blitt borte, og videre å undersøke om det er utviklingstrekk som tilsier at vi kan forvente en svekking av tilbudet i distriktskommuner i framtiden.

1.2 Metoder og datagrunnlag

For å kunne svare på hovedspørsmålene i utredningen, benytter vi ulike metoder og data, både av kvalitativ og kvantitativ art. Prosjektet baserer seg på følgende datakilder:

Når det gjelder **løyve- og tilbudsutvikling**, baserer vi oss for det første på data fra Norges Taxiforbund (NT) om utvikling i antall løyver fra 1997 til 2009. Disse dataene viser utviklingen i antall løyver per løyveområde og kommune både før og etter overføring av ansvaret for pasienttransporten i 2004. Siden et løyve er tildelt en løyvehaver som normalt har et stasjoneringssted i en kommune, vil utviklingen i antallet løyver og evt. bortfall av løyve i et gitt område normalt være en mulig indikator for tilbudet i dette området. I vårt tilfelle har vi data fra 1997, 2004 og 2009. Gjennom intervjuer med ansvarlige i fylkeskommunene har vi fått kvalitetskontrollert denne informasjonen.

Fordelen med løyver og løyveutvikling som indikator på tilbudsutvikling er at den er presis og relativt lett etterprøvbart, mens ulempen er at det ikke er gitt at det er

en dekkende indikator for tilbudsutvikling. Et løyve er i utgangspunktet etterspørselsbestemt ved at det skal sikre mulighet for hovederlev. Dette innebærer at innbyggere i distriktsområder med ulik befolkningstetthet og reiseavstander i utgangspunktet vil ha ulikt tilbud.

I tillegg ligger det et element av skjønn i hvor stort inntjeningsgrunnlaget bør være (som vi skal se under figur 3.1 varierer dette også mellom fylker). Dette betyr at det ikke er gitt at det er kommunen som er rett *analysenivå* for løyve- og tilbudsending. For eksempel vil løyvetall på kommunenivå være en dårlig indikator på tilbudet i ytterkanten av kommunen i enkelte langstrakte kommuner, mens bortfall av løyver kan være uproblematisk i andre kommuner, fordi løyvehavere i nabokommunen dekker tilbudet.

Vi har derfor valgt å supplere løyvetallene med intervjuer av representanter for fylkeskommunene, for å få informasjon om en har etablert alternativt tilbud i områder der løyvet har falt bort, om det er bortfall av bostedsløyver under kommunenivå som medfører svekket tilbud og deres generelle vurdering av forholdene for drosjenæringen og sårbarheten i ulike deler av fylket.

Informasjonen om løyve- og tilbudsutvikling er dermed kontrollert og nyansert gjennom *telefonintervjuer med løyvehavende myndighet i fylkeskommunene*. I noen fylker har vi også fått utdypende informasjon fra sentralene.

Når det **gjelder inntektsutviklingen i næringen og sammensetning av inntektsgrunnlaget** i ulike typer kommuner, foreligger det i utgangspunktet tilgjengelig *statistikk fra SSB når det gjelder drosjeomsetning i perioden 2007-2009*. Disse dataene gjør det mulig å se på utviklingen i drosjenes omsetning de siste årene på fylkesnivå, men de er utilstrekkelige for å vurdere effekter av overføring av pasienttransporten etter 2004. Vi har derfor samlet inn informasjon om omsetningen per løyvehaver og kommune over tid i noen områder basert på data fra utvalgte sentraler: Hedmark (som også dekker deler av Oppland), (noen kommuner i) Nordland og Troms. Sentralene er valgt ut med bakgrunn i rollen som fylkesdekkende sentraler. Dette er gjort fordi disse har data for et bredt spekter av kommuner, samtidig som dette er fylker hvor det har vært en bortfallsproblematikk knyttet til pasienttransport. Disse dataene gir også informasjon om omsetningen og omsetningsutvikling innen de ulike typer transport (offentlig kjøp som pasient-, skole- og TT-kjøring eller spotmarked) og dermed inntektgrunnlag og utvikling i ulike typer kommuner. Kvaliteten og reliabiliteten til disse dataene varierer. De beste er fra Hedmark og Oppland, og disse utgjør dermed hovedtyngden i analysen.

Selv om det ikke foreligger en dekkende eller representativ nasjonal statistikk, gir våre data og analyser et godt bilde av variasjon i inntektsgrunnlag i ulike typer kommuner, der pasienttransportmarkedet har varierende betydning. I forbindelse med datainnsamlingen har vi også gjennomført intervjuer i flere av disse sentralene. Disse intervjuene har gitt utfyllende informasjon om tolkingen av data om omsetning og omsetningsutvikling, og utdypende informasjon om løyve- og tilbudsutvikling og utviklingen innen pasienttransporten.

Når det gjelder *statistikk om pasienttransport*, forelå det i utgangspunktet en gjennomgang gjort av *SINTEF (2007)*. Denne utredningen ser på utviklingen i de regionale helseforetakenes (RHF) kostnader til pasienttransport i perioden 2002-2006. Til bruk i vår utredning er det en stor svakhet at en ikke har gått grundigere inn på volumene som blir produsert. Det er et fokus på totale kostnader, men ikke

hvilke tjenester som disse kjøpte. Vi har derfor søkt og til dels fått noe *statistikk fra de regionale helseforetakene*. Denne statistikken har gitt oss noe informasjon om omfanget av drosjetransport og øvrig transport, men på grunn av manglende informasjon om antallet passasjerer/pasienter har de (og dermed vi) ikke tall på produktivitetsutvikling. Etter det vi kjenner til, foreligger det ikke gode data om kostnadsutvikling pr passasjerkilometer i pasienttransporten. Vi anbefaler at dette blir gjort for å kunne lette framtidige analyser. I vår utredning har vi kunnet benytte data fra noen av sentralene til å analysere dette, slik at vi har gode tall fra noen områder. I forbindelse med innsamling av statistikk fra RHFene har vi også foretatt intervjuer i utvalgte områder og fått informasjon om kontrakts- og konkurranseforhold i dette markedet.

Samlet har vi altså data fra flere kilder, til dels også om samme variable. Denne type data fungerer som reliabilitetskontroll, dvs at vi kan undersøke om dataene vi har fått, er pålitelige. Dette er spesielt viktig i undersøkelser der noen informanter har klare interesser i konklusjonene. Bruk av flere metoder og kilder gjør det videre mulig å gjennomføre validitetskontroll, dvs å undersøke om vi måler det vi ønsker å måle. Samlet vurdert har vi reliable data om løyve- og tilbudsutvikling, med de validitetsproblemer som ligger i de skjønnsvurderinger vi har beskrevet ovenfor.

Data om drosjenæringens omsetning og inntektsgrunnlag har høy grad av reliabilitet og validitet. De viser variasjonsbredde mellom distrikts- og byområder, og utvikling over tid i noen områder. De gjør det også mulig å analysere effekten av bortfall pasienttransport i disse områdene. Dataene om pasienttransporten er de svakeste. På dette området har ikke det offentlige den statistikk som gjør at en kan ha velkvalifiserte oppfatninger om kostnadsutviklingen, men våre data kan oppfattes som stikkprøver.

2 Regulering og konkurranse

Reguleringene av drosjenæringen er preget av to til dels motstridende hensyn: På den ene side er behovsprøving av løyver med medhold i yrkestransportloven, der denne behovsprøvingen har sitt motsvar i kjøreplikt. Enkelt formulert: løyvehaver blir til en viss grad skjermet fra konkurranse mot at de skal sikre drosjetilbudet til allmennheten. På den andre siden er inntektsgrunnlaget i distriktene i stor grad preget av konkurransen om det offentlige kontraktmarkedet, slik at det er om en har slik kontraktkjøring eller ikke som bestemmer om en har inntektsgrunnlag for løyve og dermed å opprettholde tilbudet¹.

Når det gjelder behovsprøvingen, går hovedtrekkene i den nåværende reguleringen av drosjenæringen tilbake til samferdselsloven i 1947 (Econ 2005:6). I NOU (1974:44), *Målsettinger og virkemidler i samferdselspolitikken*, gis behovsprøvingen av drosjeløyver følgende begrunnelse:

”I drosjetrafikken vil det muligens være nødvendig å gi utøverne en viss beskyttelse for til gjengjeld å kunne sette som vilkår at det gis muligheter for drosjetransport i områder og på tidspunkter som ellers ikke ville bli tilfredsstillende betjent. Dette tilsier at man bør opprettholde en viss begrensning av tilbudet for å hindre at mer tilfeldige bileiere eliminerer de fortjenestemulighetene som gis i de gode trafikkområder”.

Behovsprøvingen blir forstått som en forutsetning for at myndighetene kan sette vilkår for løyvetildelingen som kjøre- og dekningplikt og andre kvalitative krav, for å sikre publikum et tilbud. Det offentlige har også hatt en viss regulering av drosjesentralene. For rutebilnæringen er reguleringen endret. Også rutebilnæringen var tidligere tidligere i liten grad konkurranseutsatt, og selv om det operatørene fortsatt tildeles en tidsavgrenset enerett til å kjøre rutebuss i et gitt område, blir dette i de fleste fylkeskommuner tildelt gjennom anbud. For turvognløyve er det ingen behovsprøving.

På kontraktmarkedet har det også skjedd betydelige endringer, ved at det offentlige i økende grad har tatt i bruk anbud. I tid har dette delvis falt sammen med at ansvaret for sykestransporten har blitt overført til de regionale helseforetakene. I fortsettelsen skal vi kort gjøre rede for de mest relevante lovreguleringer og aktører på området.

¹ Se Longva, Osland og Leiren (2010) for en diskusjon av hvordan reguleringene av drosjenæringen har ulike implikasjoner og innhold i ulike deler av landet.

2.1 De viktigste lovreguleringene på feltet

En rekke lover og regler er av betydning for drosjenæringen:

- For å drive persontransport med motorvogn krever yrkestransportloven at vedkommende har løyve (§ 4). Dette kan gis til personer som har god vandel, tilfredsstillende økonomisk evne og tilstrekkelig faglig kompetanse. For å drive persontransport mot vederlag med motorvogn for inntil 9 personer utenfor rute krever loven at vedkommende har særskilt drosjeløyve (§ 9). Forskriften gir bestemmelser om fortrinnsrett ved tildeling, bortfall og opphør av løyve, løyvemyndighetens kompetanse til å sette løyvevilkår og bestemme hvordan drosjenæringen skal organiseres i løyvedistriktene.
- Lov om offentlige anskaffelser pålegger at *”en anskaffelse skal så langt det er mulig være basert på konkurranse”* (§ 5). I drosjesektoren gjelder denne loven ved kjøp av TT-kjøring, skoletransport og pasienttransport, når kontraktsverdien er på over 500.000 kroner eks.mva. Regelverket om offentlige anskaffelser er i hovedsak en prosedyrelov og stiller samme krav til drosjesektoren som til andre sektorer.
- Konkurranselovgivningen gir i forskrift om dispensasjon fra konkurranseloven § 3-1 og § 3-2 for drosjesentraler, løyvehavere tilknyttet samme sentral mulighet til å fastsette et felles takstregulativ samt inngi felles pristilbud og anbud. Den samme forskriften gir løyvehavere som er tilsluttet sentralen, ved avtale med den enkelte kunde, anledning til å ta lavere priser enn det som følger av sentralens fastsatte takstregulativ (§ 3). Konkurransetilsynet begrunner dette med å stimulere konkurransen mellom enkeltdrosjer og bidra til å undergrave sentralers eventuelle monopolistiske prissetting: *”Maksimalpris-fastsettelse fra sentralene vil [...] gjøre det mulig for de individuelle medlemmene i sentralen å øke sin inntjening ved å øke kapasitetsutnyttelsen gjennom en prisreduksjon”* (Konkurransetilsynet 1998:19).
- Forskrift om maksimalpriser for kjøring med drosjebil fastsetter maksimalpriser for kjøring med drosjebil for inntil fire passasjerer i offentlig fastsatte soner for nærtrafikk. Dette gjelder ikke i enkelte større byområder eller offentlige kjøp på kontrakt.

2.2 Nærmere om fylkeskommunen, yrkestransportloven og -forskriften

Fylkeskommunene har to sentrale roller i tilknytning til problemstillingen i denne utredningen. Den ene er rollen som *løyvemyndighet*, hvor fylkeskommunen gjennomfører behovsprøving av løyver. Fylkeskommunene har altså myndighet til å regulere tilbudet av drosjetjenester, og som vi skal se etablerer de også alternative tilbud dersom tilbudet bortfaller. Fylkeskommunen har også en rolle som *kjøper av drosjetjenester*, med blant annet ansvar for TT-ordningen og skoletransport for elever i videregående skoler. For elever i grunnskolen har

fylkeskommunen det organisatoriske ansvaret, mens de enkelte kommunene betaler dette.

2.2.1 Fylkeskommunen som forvalter av drosjeløyvene – og kort om løyveordningen

Tildeling av drosjeløyve er regulert i yrkestransportloven og tilhørende forskrift. Konkurransetilsynet (1998) forklarer på en enkel måte hvordan løyver tildeles:

”Generelt vil antall løyver i et geografisk område bli fastsatt av lokale samferdselsmyndigheter etter en behovsprøving, der fylkeskommunene etter innspill fra kommunale myndigheter fastsetter antall drosjeløyver i en kommune. Disse løyvene tildeles deretter sjåførene etter ansiennitet, og ansienniteten kan kun opparbeides som ansatt sjåfør hos en drosjeeier”.

Fortrinnsretten gjelder kun søkere med minst to års ansiennitet som heltids drosjesjåfør i løyvedistriktet. Heltids drosjesjåfør vil si at drosjeyrket er utøvd som vedkommendes hovederwerb. Denne fortrinnsretten gjelder kun for tildeling av ett løyve. Dersom ingen av søkerne har fortrinnsrett avgjør fylkeskommunen etter eget skjønn hvem som skal tildeles løyve. Herunder kan det gis løyve til innehaver av drosjeløyve og til selskap eller en annen juridisk person (§ 44 i yrkestransportforskriften). De kan dermed fravike hovedregelen om at løyve skal tildeles fysisk person.

Fylkeskommunen tildeler en drosjeeier ett ordinært eller reserve drosjeløyve (Konkurransetilsynet, 1998). Løyve for reservedrosje tildeles innehaver av ordinært drosjeløyve innenfor et løyvedistrikt og nyttes når drosjesentral eller løyvemyndighet finner behov for det (§ 49). Normalt er reservedrosjene ment å være et supplement til ordinære drosjeløyver for å benyttes ved ekstraordinære behov som for eksempel i helger, høytider og ved store nedbørsmengder (Oslo kommune, 2008:5).

Løyvet faller bort når innehaveren fyller 70 år. Ved dødsfall kan løyvehaverens ektefelle, samboer, livsarving eller registrert partner nytte retten til å beholde løyvet inntil 3 år fra løyvehavers død (yrkestransportforskriften § 52). Blir den som innehar løyve midlertidig ute av stand til selv å lede og drive virksomheten kan løyvemyndigheten etter søknad samtykke i at virksomheten i inntil tre år helt eller delvis blir overlatt til drosjesentral (§ 51). Er det ikke drosjesentral i distriktet, kan løyvemyndigheten godkjenne annen bestyrerordning. ”En drosjebestyrer er en person som opererer en annen drosjeeiers løyve. Bestyreren kan være drosjeeier, men det stilles som hovedregel ikke krav om det” (Konkurransetilsynet, 1998).

Fylkeskommunene gir også løyve til opprettelse av drosjesentraler, fastsetter det geografiske området som sentralene skal operere i og bestemmer om det skal være én eller flere drosjesentraler i et distrikt (§ 46). Fylkeskommunene kan pålegge tilknytningsplikt til en sentral. I områder hvor det ikke er grunnlag for å danne en drosjesentral på grunn av lite kjøregrunnlag, får drosjeeierne bopelsløyve og med det unntak fra tilknytningsplikten til sentral. Tidligere var hver enkelt kommune et løyvedistrikt, men i dag har flere fylkeskommuner utvidet løyvedistriktet til hele,

eller store deler av fylket. Termen kjøreområde blir også benyttet for et område, bestående av flere løyvedistrikt, hvor en løyvehaver fritt kan kjøre. Hvis hele fylket er et kjøreområde betyr det at både drosjesentraler og drosjer i fylket kan ta oppdrag i hele fylket og ikke bare i kommunen hvor sentralen eller drosjen er hjemmehørende. Selv om kjøreområdet er utvidet til å gjelde hele fylket, har man beholdt en snevrere (kommune) avgrensning for stasjoneringstedet/løyvedistriktet som gir den geografiske avgrensning av løyvehavers dekningsplikt. Tilbud andre steder i fylket skal således ikke gå utover plikten til å gi tilbud i eget stasjoneringssområde/løyvedistrikt.

Hva som kalles en drosjesentral og hvilke funksjoner en slik har, varierer. I utgangspunktet driver hver løyvehaver et enkeltmannsforetak. Løyvehaveren tilbyr sine tjenester, enten via en sentral eller fra egen bopel. Typisk er sentralene eid i felleskap av løyvehaverne som er tilknyttet sentralen, men det finnes også andre sentralkonsepter. Sentralen har gjerne en samordningsfunksjon mellom løyvehaverne, slik at de har en vaktordning og gir felles tilbud på kontraktskjøring. I tillegg har man i enkelte fylker ”fylkesdekkende sentraler”. Dette er sentraler som er en sammenslutning av ulike lokale sentraler og bopelsløyver. Disse går sammen om fellesfunksjoner, som datasystemer for trafikkstyring, større kontrakter, eller assistanse i anbudsprosesser. I utgangspunktet er hver løyvehaver ansvarlig for sine egne regnskap, men det er vanlig praksis i flere, særlig større sentraler, å ha en egen regnskapsavdeling for løyvehaverne som er tilknyttet sentralen.

2.2.2 Fylkeskommunen som kjøper av drosjetjenester

Hovedbildet er at fylkeskommunene både formelt og reelt opererer med et klart skille mellom rollen som kjøper av drosjetjenester og rollen som løyvemyndighet (Longva, m.fl.,2010). Dette kan likevel innebære økende grad av rollekonflikt. Longva m.fl. (2010) eksemplifiserer dette med en fylkeskommune hvor løyveansvarlig la vekt på en tradisjonell løyvetildelingspraksis der inntjeningsgrunnlaget til drosjene tilsa en restriktiv løyvepolitikk, mens representanter fra det fylkeskommunale kjøpsorganet, som også har ansvaret for det offentlige kjøpet av drosjetransport, opplevde (for) liten grad av konkurranse på anbudene og mange situasjoner med tilbud langt over maksimalprisene.

Et initiativ som har vært forsøkt for å løse opp i denne rollekonflikten, er Oppland fylkeskommunes ønske om å koble løyvetildeling og anbud tettere. Deres forslag var at sjåfører uten løyve som legger inn tilbud på kontraktskjøring, får tildelt løyve og kontrakt dersom en totalvurdering med bakgrunn i tildelingskriteriene tilsa at vedkommende skulle få tildelt kontrakt (Oppland fylkeskommune, 2009) . Norges Taxiforbund skrev i brev til Samferdselsdepartementet at fylkeskommunen her blander rollen som løyvemyndighet og transportkjøper. Ved å tildele nye drosjeløyver, vil de kunne presse prisen for kjøperen (Brev av 27.10.09). Departementet har tidligere, i 2007, vurdert denne problemstillingen, og kommet til at den foreslåtte ordningen med å knytte behovsprøvingen direkte til utlysning av offentlige kontrakter ikke er forenlig med gjeldende regler (Samferdselsdepartementet, 2007).

2.3 Offentlig kjøp av drosjetjenester - pasienttransportmarkedet

Regionale helseforetak (RHF) har et *overordnet ansvar* for pasienttransporten. Helseforetakene (HF) har egne pasienttransportkontor og er *kontraktspart* i kjøp av drosjetjenester. Denne organiseringen, hvor pasienttransporten er underlagt helseforetakene bidrar til at pasienttransporten kan sees som en forlengelse av behandlingen av pasienten. Ett unntak fra hovedregelen med at helseforetakene har egne kjørekontor, var en prøveordning med felles kjørekontor for Sykehuset Innlandet HF, Oppland fylkeskommune og Hedmark Trafikk FKF fra 2004 til og med 2008.

Ansvar for pasienttransport ble overført fra trygdeetaten til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2004, med bakgrunn i Ot.prp. 66 (2002-2003). Begrunnelsen var at samling av finansieringsansvar og utgiftsansvar på ett nivå ville medføre mer rasjonelle behandlingstilbud og et mer kostnadseffektivt behandlingstilbud. Som ledd i oppfølgingen, etablerte helseforetakene egne kjørekontor som samordnet pasienttransporten og fikk ansvar for kontraktsutforming.

Vi har ikke systematisk kunnskap om fylkes- eller regionsvis variasjon i hvordan samordning og oppgjør for pasienttransport foregikk før 2004, eller tidsrekkefølgen mellom innfasing av anbud og overføring av ansvar for pasienttransporten. Grovt kan en anta at det er tre typer effekter av endret organisering:

- Samkjøringseffekter som følge av at en kan samordne pasienttransporten bedre gjennom egne kjørekontor
- Volumeffekter med endringer i transportomfang som følge av endrede funksjonsfordelinger mellom sykehus eller mellom sykehus og lokalhelsetjenesten
- Anbudseffekter med endrede kostnader som følge av bruk av anbud

I dag utlyses alle kontrakter som anbudskontrakter. TØI har fått tilgang til anbudsdokumenter fra Oslo universitetssykehus (2009), Helse Førde (2009) og Sykehuset innlandet (2009). Sammenfattet viser disse at tilbyderne blir bedt om å tilby pris og leveringsavtaler med sykehuset (delegert ansvar fra helseregionen). Tildelingen av kontrakten skjer som følge av en oppgitt vektning av ulike faktorer. Disse faktorene er blant annet pris, kvalitet, gjennomføringsevne, kapasitet og miljøledelse. Hvilke faktorer som er med, i tillegg til pris, og hvordan faktorene blir vektet, varierer mellom helseforetakene. Et eksempel er at vektningen av pris varierer fra 30-70 prosent. Det er ingen felles tolkning av hva som ligger inne i de enkelte faktorene og samme tiltak hos operatøren kan bli kategorisert ulikt i ulike kontrakter. Risikofordelingen mellom oppdragsgiver og operatør varierer også. Noe av variasjonen mellom kontraktene kan forklares gjennom lokale forhold.

En viktig avveining, som har vært håndtert forskjellig ved ulike anbudsutlysninger, er hvordan en søker å etablere konkurranse ved anbudsutforming. Flere steder har det vært oppfattet som et problem at en ikke har fått til konkurranse ved anbudene (se kapittel 4.1). Et hovedgrep noen steder har vært å få til en utforming av anbudet som muliggjør at turbileiere kan konkurrere om anbudene. Som vi skal se har det lyktes noen steder, og en effekt av det er selvsagt også at inntektsgrunnlaget for de drosjeeiere som taper anbudet, svekkes. Andre steder

har en lagt vekt på å styrke konkurransemulighetene til drosjenæringen. Et eksempel på dette er Helse Førde som blant annet gikk i dialog med drosjenæringen i forkant av anbudsprosessen, blant annet ved å arrangere anbudskonferanser. De oppfordret også løyvehavere til å samarbeide mellom ulike stasjoneringsteder, men holdt muligheten åpen for bud på hvert stasjoneringsted. Et annet tiltak har vært sjåførkurs som har blitt arrangert av Helse Førde i samarbeid med næringa og faktureringselskapet TTS.

2.4 Oppsummering

Den nåværende reguleringen av drosjenæringen har sin bakgrunn i reguleringstenkningen etter krigen, der behovsprøvingen av løyver var begrunnet i at den skulle gi løyvehaverne et tilstrekkelig inntektsgrunnlag, samtidig som løyvehaverne garanterte for et minimumstilbud med bakgrunn i kjøreplikten. Ordningen med behovsprøving og kjøreplikt har blitt videreført fram til i dag, men samtidig har det skjedd andre omfattende endringer i reguleringen. For det første er landet i dag i praksis delt i områder der maksimalprisforskriften gjelder, og områder der det er fri prisfastsettelse (sentralene avgjør) og priskonkurranse mellom sentraler og løyvehavere. For det andre er stadig større deler av kontraktmarkedet anbudsutsatt. Særlig viktig her er pasienttransporten, der ansvaret også er overført til helseforetakene. Spørsmålet i fortsettelsen er om dette har medført bortfall av tilbud i deler av landet, som følge av at løyvehaveres inntektsgrunnlag er blitt så sterkt redusert at de har levert inn løyvet eller begynt å kjøre i andre områder.

3 Utvikling i løyver og tilbud

Hovedproblemstillingen i denne utredningen er om overføring av pasienttransporten og innføring av anbud kan ha hatt (utilsiktede) negative virkninger på det øvrige drosjetilbudet. Dette kan skje gjennom to mekanismer, enten at inntektene til drosjeeierne går ned som følge av økt samkjøring, eller at anbudene fører til at andre aktører kommer inn, i stedet for drosjenæringen, slik at inntektsgrunnlaget for drosjedrift faller bort.

I dette kapitlet skal vi først utrede om det har vært bortfall i løyver og tilbud, for deretter å diskutere hvorvidt dette skyldes endringer i organisering av pasienttransporten.

3.1 Kan vi observere bortfall av løyver og tilbud?

Et løyve er tildelt en løyvehaver som normalt har et stasjoningssted i en kommune. Utviklingen i antallet løyver og evt bortfall av løyve i et gitt område vil derfor normalt være en mulig indikator på tilbudet i dette området. I vårt tilfelle har vi data fra 1997, 2004 og 2009. Fordelen med et slikt mål er at det er presist og relativt lett etterprøvbart, mens ulempen er at det ikke er alltid er en dekkende indikator. Dette omhandler to spørsmål:

For det første: *Hva forteller tidligere (1997) løyvetall, –fordeling og –plassering oss? Er dette det tilbuds nivået det er rimelig å ta utgangspunkt i? Et løyve er i utgangspunktet etterspørselsbestemt ved at det skal sikre mulighet for hovedervert. Dette innebærer at innbyggere i distriktsområder med ulik befolkningstetthet og reiseavstander vil ha ulikt tilbud. I tillegg ligger det et element av skjønn i hvor stort inntjeningsgrunnlaget bør være (som vi skal se under figur 3.1 varierer også dette mellom fylker). Rent faktisk kan vi da også observere at det er store geografiske forskjeller når det gjelder innbyggernes avstand til drosjetilbud. Med andre ord; når vi ser på tilbudsutvikling basert på løyveutvikling som indikator, må denne indikatoren sees på bakgrunn av etablert forståelse av inntjeningsgrunnlag i et gitt område, og det vil medføre forskjellig tilbud for innbyggere i ulike områder. Dermed kan tilbudet noen steder i utgangspunktet være dårligere enn det som ville vært akseptert et annet sted. På den andre siden kan det etablerte løyvetallet på et gitt tidspunkt reflektere overkapasitet dersom kontraktskjøringen har vært ineffektiv; lite effektiv bruk av offentlige ressurser kan medføre stort tilbud av drosjer for andre passasjerer.*

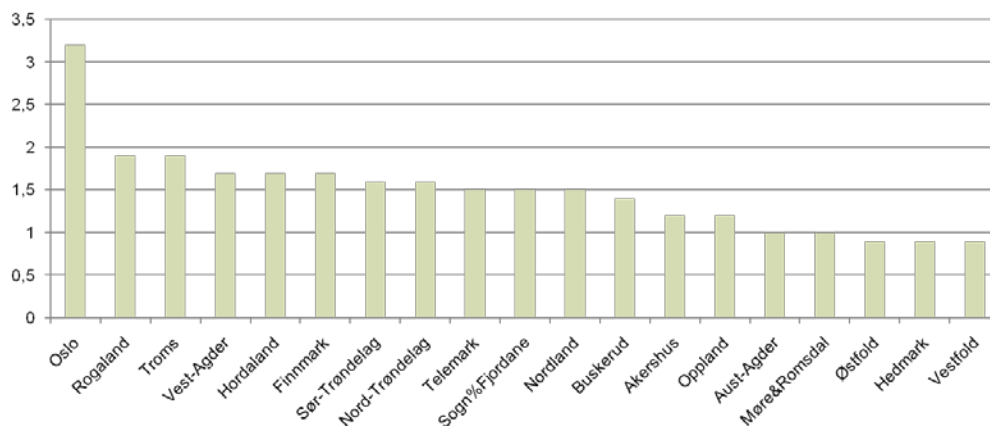
For det andre: *Hva er rett analysenivå for løyve- og tilbudsending? I vår framstilling av løyveutvikling på landsbasis gir vi først en fylkesbeskrivelse av løyver per innbygger i ulike fylker og fylkesvise endringer i antall løyver etter 1997/2004. Deretter gir vi en framstilling av løyver på kommunenivå, og deler disse inn i kommuner som har mistet løyve eller som er sårbare fordi de bare har ett eller to løyver igjen. Dette gir en første indikator på tilbudsutvikling, men har også svakheter. I noen svært langstrakte kommuner kan løyvetall på*

kommunenivå være en dårlig indikator på tilbudet i ytterkanten av kommunen. I andre kommuner kan bortfall av løyver være uproblematisk, fordi løyvehavere i nabokommunen dekker tilbudet.

Vår løsning på disse måleproblemene er at vi benytter utviklingen i løyver som en første indikator på tilbudsutvikling. Dette innebærer at løyvetall i 1997 og 2004 er en slags målestokk. Men det er bare en første indikator. Når det gjelder spørsmålet om forholdet mellom løyver og tilbudsutvikling, har vi også intervjuet representanter for fylkeskommunene, både for å få informasjon om en har etablert alternativt tilbud i områder der løyvet har falt bort, om det er bortfall av bostedsløyver under kommunenivå som medfører svekket tilbud samt deres generelle vurdering av forholdene for drosjenæringen og sårbarheten i ulike deler av fylket.

3.1.1 Utvikling i antall løyver over tid på fylkesnivå

I februar 2009 var det registrert 6748 ordinære løyver i Norge og 2150 reserveløyver. Figur 2 viser antallet løyver per 1000 innbyggere i norske fylker i februar 2009. Høyest antall løyver per innbygger finner vi i de typiske storbyfylkene, der byer som Oslo, Stavanger, Tromsø, Kristiansand og Bergen har opplevd kraftig vekst de siste 10 årene og drar opp løyveantallet i sitt fylke. Mens Oslo har over tre løyver per 1000 innbyggere, har Vestfold, Hedmark og Østfold under ett.

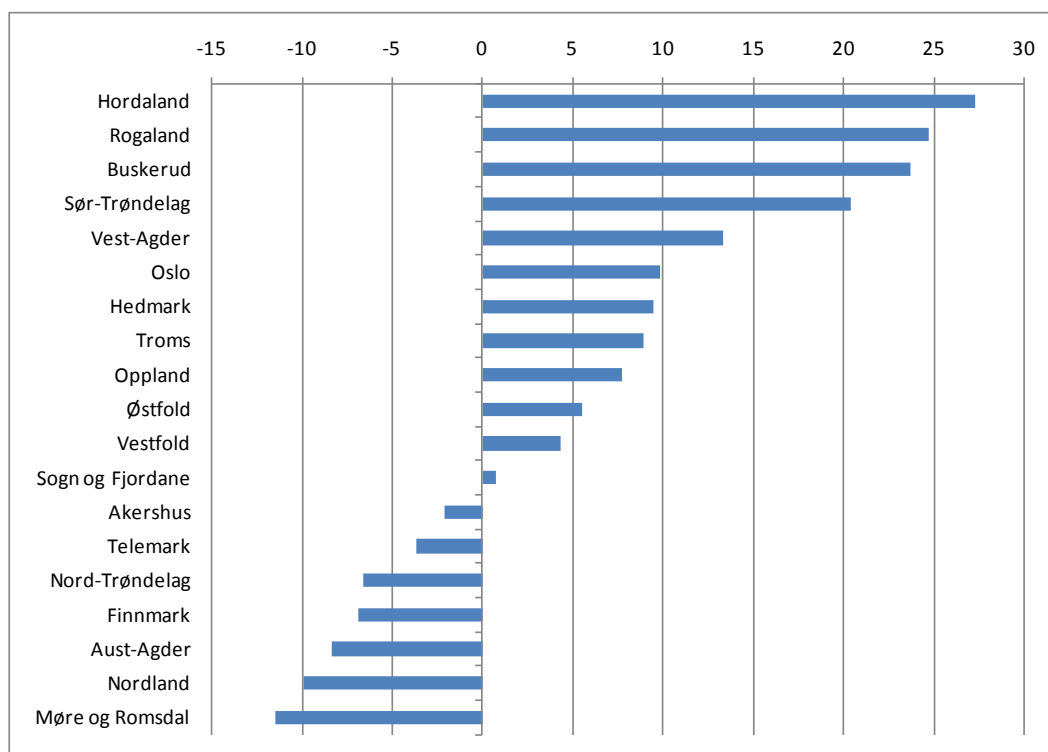


TØI rapport 1086/2010

Figur 2 Antall løyver per 1000 innbyggere (kilde: Longva, Osland og Leiren 2010)

Det er store fylkesvise forskjeller i hvordan antallet løyver har utviklet seg i forhold til antall innbyggere i perioden 1997-2009 (se Figur 3).²

² Antall løyver er her beregnet som summen av antall ordinære løyver og reserveløyver, hvor reserveløyver er regnet som et halvt ordinært løyve. Kilde Longva m.fl. 2010



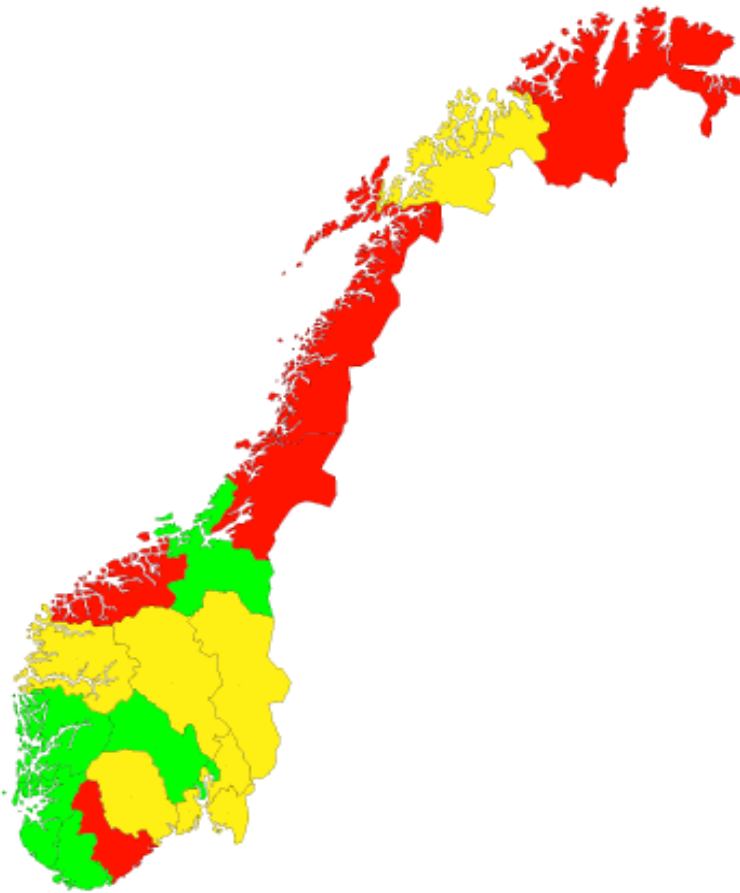
TØI rapport 1086/2010

Figur 3 Prosentvis endring i antall løyver per 1000 innbygger i perioden 1997-2009

Fylkene kan grovt sett deles inn i tre grupper når det gjelder løyveutviklingen mellom 1997 og 2009:

- Vekstfylker (ca 10 prosent eller mer): Oslo, Buskerud, Vest-Agder, Rogaland, Hordaland, Sør-Trøndelag
- Reduksjonsfylker (5 prosent eller mer): Aust-Agder, Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag, Nordland, Finnmark
- Stabile fylker (mellom 5% reduksjon og 10% vekst): Østfold, Akershus, Vestfold, Telemark, Hedmark, Oppland, Sogn og Fjordane, Troms

I Figur 4 har vi tydeliggjort denne inndelingen ved å gi henholdsvis grønt, rødt og gult for vekstfylker, reduksjonsfylker og stabile fylker.



TØI rapport 1086/2010

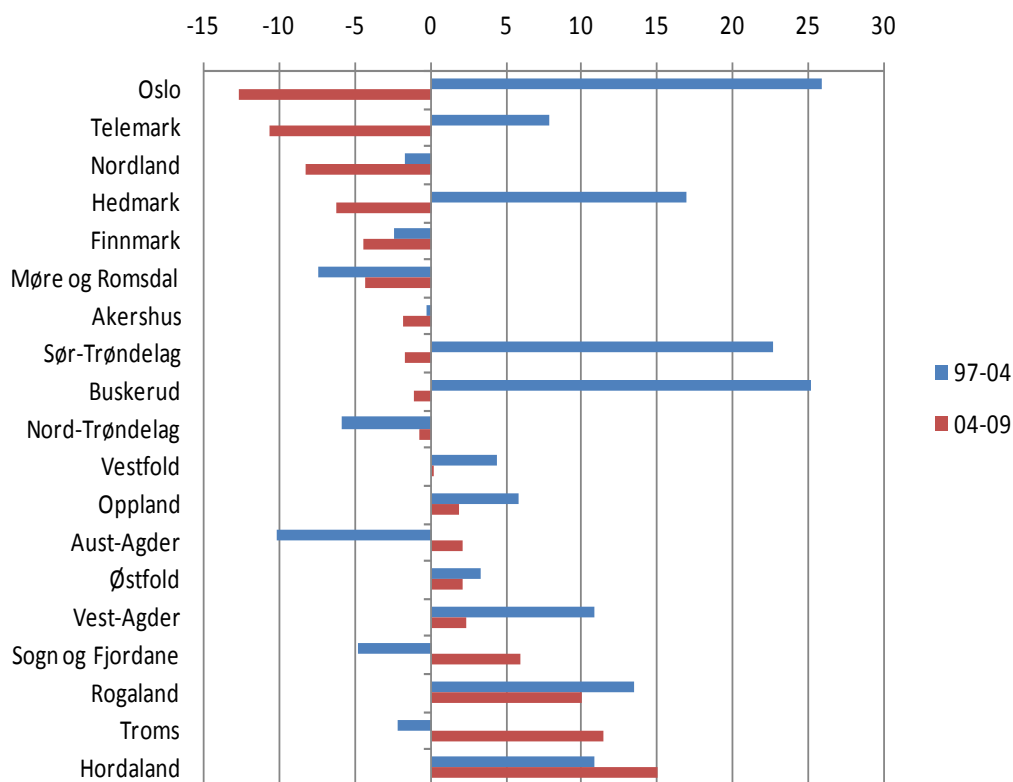
Figur 4 Fylkesvis gruppering etter prosentvis endring i antall løyver, 1997-2009. Grønn =vekstfylker. Gul=stabile fylker. Rød= reduksjonsfylker (kilde Longva et al. 2010).

Økningen i vekstfylkene skyldes økende antall løyver i storbyene Trondheim, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Drammen og Oslo. Dette er byer hvor prisreguleringene er opphevet og hvor løyvetallet har blitt økt for å oppnå økt priskonkurranse i drosjemarkedet.

Disse tallene sier imidlertid lite om *når* endringene i antall løyver har funnet sted i forhold til det overordnede spørsmålet i denne rapporten; hvordan drosjetilbudet har utviklet seg i distriktene etter at pasienttransporten ble underlagt lov om offentlig anskaffelse i 2004. I Figur 5 viser vi derfor prosentvis endring i antall løyver per tusen innbyggere i henholdsvis 1997-2004 og 2004-2009, der den siste perioden er kjennetegnet av at helseregionene har overtatt ansvaret for kjøp av pasienttransport og i mange tilfeller satt denne ut på anbud. Søylene i figur 3.4 er sortert etter de som har fått størst reduksjon i antall løyver etter 2004 (rød søyle).

Fire fylker har hatt reduksjon i løyvetallet per 1000 innbyggere i begge periodene: Finnmark, Nordland, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. Seks fylker har kun hatt reduksjon etter 2004, noe som gjelder Telemark, Hedmark, Sør-Trøndelag, Buskerud, Akershus og Oslo. I overkant av halvparten av landets fylker har altså

redusert antall løyver etter 2004. Ni fylker har økt antall løyver i samme periode, hvorav seks har opplevd vekst i begge perioder.

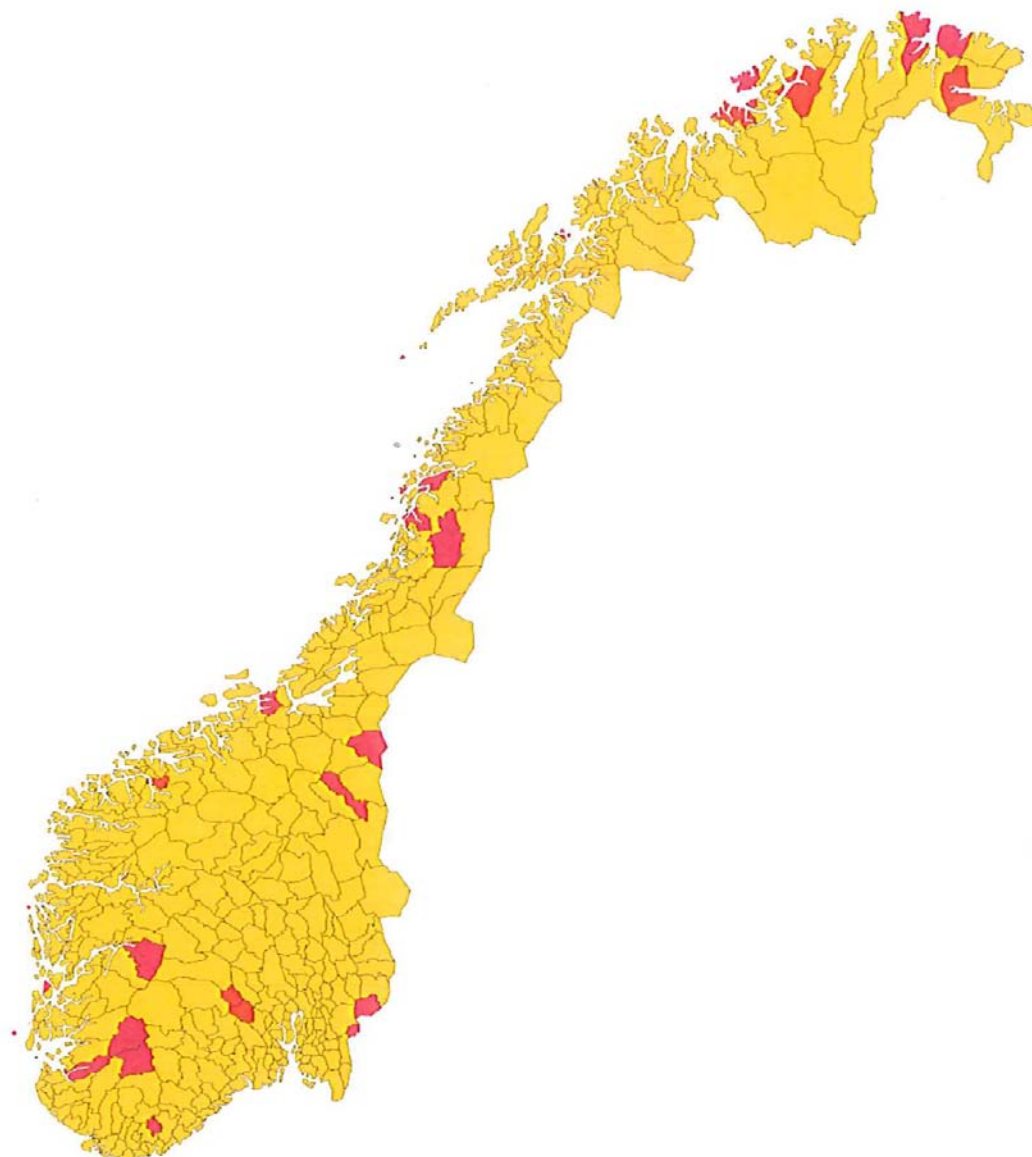


TØI rapport 1086/2010

Figur 5: Prosentvis endring i antall løyver per 1000 innbyggere fra henholdsvis 1997-2004 og 2004-2009, sortert etter endring i perioden 2004-2009 (kilde Longva et al 2010).

3.1.2 Løyve- og tilbudsutvikling på kommune- og distriktsnivå

I hvor mange kommuner har en så opplevd at *alle* løyver har falt bort i perioden – eller at de står i fare for å gjøre det? Kommunene som i 2010 står helt uten drosjeløyver, er Kvitsøy, Utsira, Eidfjord og Træna. Av disse var det bare Træna som også sto uten drosjeløyver i 2004. Figur 6 er en kartillustrasjon av kommuner som har mistet alle løyvene mellom 2004 og 2009, samt de som har opplevd en reduksjon slik at det er to hovedløyver eller færre tilbake. Bortfallet av løyver er her både inndratte løyver (etter behovsprøving) og løyver som er ubesatt over lengre tid pga av manglende søkere. Figur 6 viser at bortfall så langt er et marginalt problem på kommunenivå. Tabell 1 inneholder en mer detaljert oversikt over utviklingen i kommunene som i 2009 hadde to hovedløyver eller færre.



TØI rapport 1086/2010

Figur 6 Kommuner med to løyver eller færre i 2009 og antallet enten har gått ned eller ligget stabilt³ siden 2004 (merket rødt). I denne sammenheng er et reserveløyve satt lik et halvt hovedløyve. Øvrige kommuner er i gult.

³ Stabilt vil i denne sammenheng si at endringen i antallet løyver er på mindre enn ett hovedløyve per kommune.

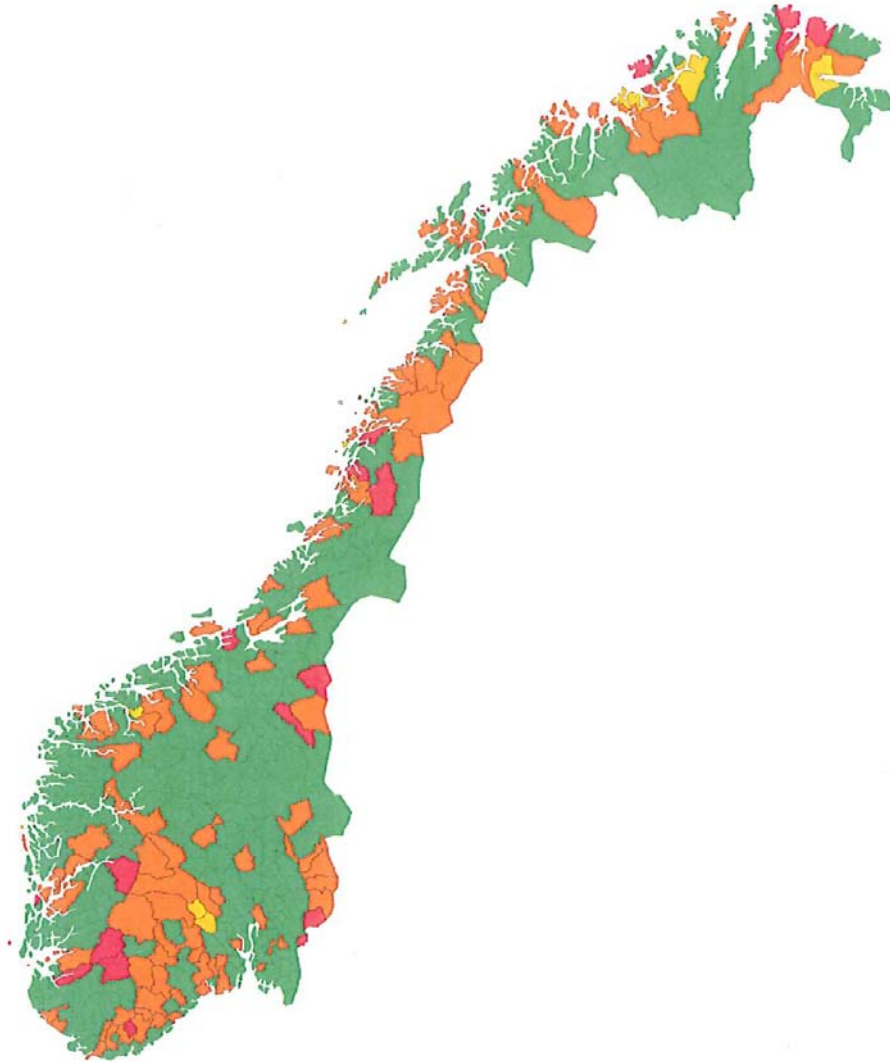
Tabell 1 Kommuner som står med to løyver eller færre i vårt tallmateriale. Inkluderer også enkelte kommuner hvor det har vært en økning i antallet løyver fra 2004 og derfor ikke er med på kartet, men likevel to eller færre.^[1] I denne tabellen står forkortelsen H for hovedløyver, R for reserveløyver og PT for pasienttransport.

Fylke	Kommune	Løyver (2009)	2004	1997	Kommentarer
Østfold	Aremark	1H+1R	ubesatt	1H+0R	
	Rømskog	1H	1H+2R	1H+0R	Fritak fra hovederverv
Hedmark	Eidskog	1H+1R	6H+1R	5H+1R	Turvogn driver PT
	Os	2H	3H+0R	3H+1R	
Buskerud	Flesberg	1H+1R	1H+2R	3H+0R	
	Rollag	1H+1R	1H+1R	1H+0R	
Vestfold	Lardal	1H+2R	2H+2R	2H+0R	
Aust-Agder	Iveland	1H+1R	2H+1R	2H+2R	
	Valle	1H+1R	4H+3R	4H+2R	
	Bykle	1H	2H+2R	2H+0R	
Rogaland	Forsand	1H	2H+0R	3H+0R	
	Kvitsøy	Ubesatt	1H+0R	1H+0R	Løyvefritak
	Utsira	Ubesatt	1H+0R	ubesatt	Løyvefritak
Hordaland	Fitjar	2H	3H+0R	ubesatt?	
	Eidfjord	Ubesatt	3H+0R	1H+1R	Turvogn driver PT
	Modalen	2H	1H+0R	1H+0R	
	Fedje	1H+1R	1H+1R	1H+1R	
Sogn og Fjordane	Sollund	2H	1H+1R	1H+0R	
	Hornindal	2H	2H+0R	3H+0R	
Møre og Romsdal	Stordal	1H	1H+0R	1H+1R	
Sør-Trøndelag	Snillfjord	1H	3H+0R	2H+0R	
	Tydal	1H	2H+1R	3H+0R	
Nord-Trøndelag	Mosvik	1H+2R	1H+1R	2H+0R	
	Leka	1H+2R	1H+1R	4H+2R	
Nordland	Vega	1H+1R	2H+2R	2H+1R	
	Vevelstad	1H	2H+1R	2H+1R	Samfunnsbil
	Herøy	1H+1R	1H+1R	1H+1R	
	Leirfjord	2H	4H+0R	8H+0R	
	Træna	Ubesatt	Ubesatt	Ubesatt	
	Grane	2H	3H+0R	4H+1R	
	Røst	1H	1H+0R	1H+1R	
	Værøy	1H+1R	1H+0R	1H+1R	
	Flakstad	2H	3H+1R	5H+1R	
	Troms	Bjarkøy	1H+1R	2H+2R	3H+2R
Kvænangen		2H	4H+0R	4H+1R	
Finnmark	Loppa	1H+1R	1H1R	1H1R	
	Hasvik	1H+1R	2H+1R	3H+0R	
	Kvalsund	1H+1R	1H+1R	1H+0R	
	Gamvik	1H+1R	3H+0R	3H+1R	
	Berlevåg	1H+1R	2H+2R	3H+1R	
	Nesseby	2H	2H+0R	2H+0R	

TØI rapport 1086/2010

[1] At grensen er satt på to hovedløyver betyr at kommuner med to hovedløyver og ett reserveløyve faller utenom denne figuren.

Oppsummert var det i 2009 41 kommuner i landet som hadde to løyver eller færre. Disse kommunene er fordelt på 14 av landets fylker. Av disse kommunene er det tre kommuner som var uten løyver i 2009, men hadde løyver i 2004. I tillegg til disse er det seks av disse 41 kommunene som har opplevd en betydelig reduksjon i antallet løyver fra 2004 til 2009. Tre av disse seks kan med sikkerhet kobles til tap av anbud på pasienttransport, i to tilfeller til fordel for turvogn i ett tilfelle til fordel for annen drosjeoperatør.



TØI rapport 1086/2010

Figur 7: Utviklingen i antallet løyver i perioden 2004-2009. Grønt er kommuner hvor antallet har økt eller hvor antallet er stabilt og det er flere enn to løyver. Gult viser kommuner hvor løyvetallet har vært stabilt, men det er to eller færre løyver i kommunen, oransje viser kommuner hvor antallet løyver har falt, men antallet i 2009 var større enn to. Rødt viser kommuner hvor antallet løyver har falt og det i 2009 var to eller færre løyver i kommunen.

Figur 7 illustrerer to forhold. For det første har det vært langt flere områder med en reduksjon i antallet løyver, enn de som vi har definert som i faresonene for tilbuds bortfall. Det er altså flere tilfeller hvor tilbudet har blitt redusert, til dels betydelig, men hvor det foreløpig ikke ser ut til å være en overhengende fare for

bortfall. For det andre at det er hovedbildet i de fleste kommuner at det ikke har vært noen negativ endring av løyveantallet i perioden.

Som nevnt innledningsvis er bortfall av løyver på kommunenivå bare en av flere indikatorer på nærværet av drosjer. Dels kan tilbudet kompenseres ved at kommuner som har opplevd bortfall av løyver nå har fått et tilbud av drosjetjenester som er basert i nabokommunene, slik at tilbudet er bedre enn bortfallet tilsier. Dels kan perifere områder/steder miste tilbudet, selv om det er stabilt eller økende antall løyver i en kommune. Vi har derfor gjennomført intervjuer med fylkeskommuner for å få deres vurdering av dette.

Tilnærmingen til dette spørsmålet var intervjuer med enten samferdselssjefen eller en annen nøkkelperson innen drosjeregulering i 18 av 19 fylkeskommuner (Oslo ble utelatt⁴). Basert på disse intervjuene er vårt overordnede bilde at i 11 av 18 fylker er den generelle situasjonen når det gjelder drosjedekning i fylket beskrevet som stabil og god: Disse fylkene er:

- Østfold, Akershus, Oppland, Vestfold, Telemark, Vest-Agder, Rogaland, Sogn og Fjordane, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Finnmark.

I de øvrige fylkene virker situasjonen mer sammensatt, med en situasjon preget av et godt og stabilt tilbud i det meste av fylket, mens det var enkelte distrikter hvor det var vanskelig å få besatt ledige løyver, det var dårlig lønnsomhet eller bortfall av tilbud.

Disse fylkene er:

- Buskerud, Hedmark, Aust-Agder, Hordaland, Møre og Romsdal, Nordland og Troms

Basert på intervjuene med fylkeskommunene, Helse Nord, Nordland Taxi og Hedmark taxi kan vi si at det ser ut til å være to typer distrikt som har mistet, eller står i fare for å miste drosjetilbudet. For det første dreier det seg om de ytterste distriktene i enkelte fylker, typisk mindre kommuner eller grender med dårlig tilknytning til hovedvegnettet, for eksempel øyer eller andre kommuner/stasjoneringssteder med fergeforbindelse og/eller lang avstand til hovedvegnettet. For det andre dreier det seg om mellomkommuner/stasjoneringssteder nært opp til hovedvegnettet. På slike steder vil anbudskontrakter for offentlig transport ofte tilfalle løyvehavere i de ytterste områdene som kan kjøre hele vegen inn til sykehuset og ta med seg folk underveis. Dette fører til at løyvehavere i mellomområder mister en del godt betalte langturer og sitter igjen med tilbringertjenester til de gjennomgående bilene eller helseekspressene og lokal kjøring. Slike kortere turer er ikke like attraktive som det å kjøre hele strekningen til sykehuset. Derfor kan dette bidra til å redusere inntektsgrunnlaget for drosjer i disse områdene. Det kan igjen føre til at tilbudet faller bort på sikt.

3.1.3 Alternative tilbud

Fylkeskommunene har i hovedsak tre alternativer å velge mellom når drosjetilbudet har falt bort eller blitt svekket, dersom de ønsker å opprettholde et persontransporttilbud utover rutebuss og privatbil. De kan enten lempe på kravene

⁴ Oslo ble utelatt, med bakgrunn i antatt fravær av distriktsproblematikk. Svarene fra Akershus viste seg også å være dekkende for Oslo. Disse fylkene utgjør ett kjøreområde.

som stilles til løyvene, subsidiere drosjenæringen gjennom offentlig finansierte tilbud, eller erstatte drosjetilbudet med tilskuddsberettiget kollektivtransport. I vår sammenheng er de alternative tilbudene som er etablert der hvor drosjetilbudet har falt helt bort, som er de mest interessante. I områder i Rogaland hvor det har vært vanskelig å besette løyver, har man funnet lokale løsninger med fritak fra løyveplikt slik at grunnleggende behov er dekket. I Hordaland har man funnet en løsning med blant annet bestillingstransport drevet på turbilløyve. I Nordland dreier det seg om kjøring med løyvefritak, og med adgang til å utføre TT-kjøring innen rammen av løyvefritaket. Det er også et samfunnsbilprosjekt, i Vevelstad. I Østfold har man besatt et tidligere ubesatt løyve ved å lempe på kravet om hovederverv.

Ellers i landet finnes det mange eksempler på alternative tilbud i distriktene som innebærer en form for offentlig medfinansiering av drosjetilbudet. Dette dreier seg i stor grad om KID-prosjekter, men det er også eksempler på tilbud motivert som trafikksikkerhetstiltak. Denne typen tilbud bidrar til å bedre inntjeningen hos drosjenæringen i distriktene. En måte å se dette på, er som en forskyvning av finansieringen av minimumstilbudet fra helsevesenet til fylkeskommunen (se Hjørthol m.fl. (2009) for en gjennomgang av offentlige transportløsninger i distriktene).

3.2 Er bortfall i tilbud et resultat av bortfallet av pasienttransport?

3.2.1 Pasienttransporten medvirkende årsak til løyvebortfall noen steder

Fra fylkeskommunene har det ikke blitt pekt på at tap av anbud i pasienttransporten er den eneste årsaken til innlevering av løyver⁵. Innlevering av løyver virker hovedsakelig å skje på grunn av alder, men også lav inntjening/overgang til andre yrker og tap av anbud er årsaker som blir nevnt. Blant de løyvene som blir levert inn på grunn av tap av anbud er pasienttransporten en viktig faktor. Dette ble rapportert i tre fylker, Buskerud, Hedmark og Nordland. Felles for disse var at en turvognoperatør vant kjøring i løyvehaverens lokalområde. I flere av tilfellene har løyvehavere som har tapt anbud gått over til å kjøre drosje i en annen kommune (gjerne nærmeste by), men flere har også gått ut av yrket.

For å se nærmere på problemstillingen knyttet til bortfall, har vi valgt å se på kommuner med løyvereduksjoner i to fylkeskommuner: Hedmark og Nordland. Bakgrunnen for dette er at begge disse fylkeskommunene har opplevd reduksjoner i forbindelse med anbudsutsettelse og at en annen aktør enn drosjenæringen har vunnet anbudene på pasienttransporten.

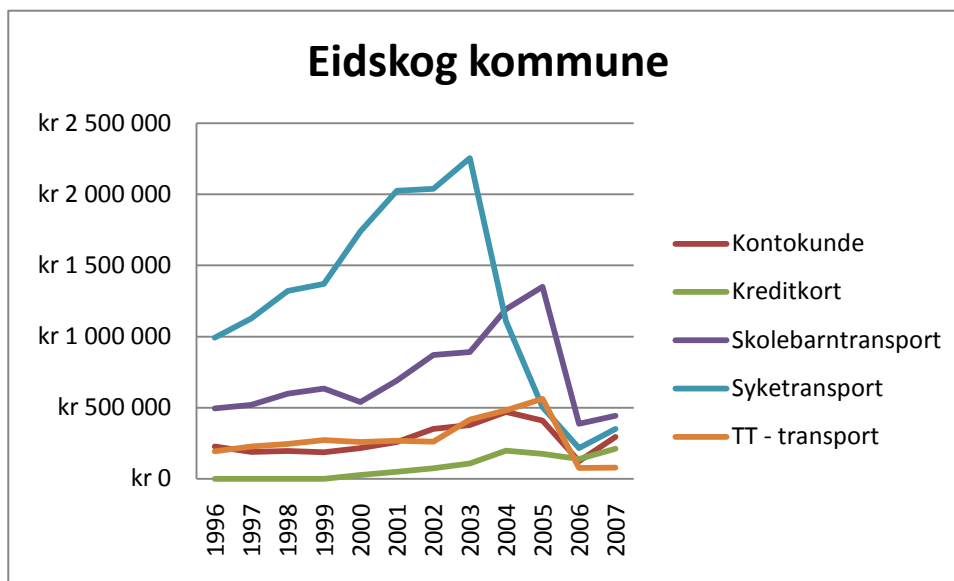
I tilfellet Nordland har vi fått informasjon fra Nordland taxi til å beskrive utviklingen i enkelte kommuner i Salten. Her er det bortfall av løyver på stasjoneringssteder både langs hovedfartsårene i mellomkommunene og i ytterste

⁵ Løyvehaverne er ikke pliktige til å oppgi en årsak for innlevering av løyver. Fylkeskommunene er heller ikke pliktige til å spørre, men likevel virker løyveansvarlige i fylkeskommunene å ha et godt bilde av hvilke årsaker som ligger bak innlevering av de enkelte løyvene.

områder, med dårlig vegforbindelse. Et overslag fra Nordland taxi er at ca halvparten av de 16 ordinære løyvene som har falt bort i området har hatt anbudstap som hovedårsak. Her kan det være opp til tolv stasjoneringssteder som har opplevd at det lokale løyvet har falt bort. Dette har sammenheng med anbud våren 2008. I dette anbudet tapte drosjene pasienttransport til en turbiloperatør i åtte kommuner i Salten. Drosjene tok heller ikke på seg kjøring som underleverandør for den nye operatøren i særlig grad. På tross av dette er det ingen av kommunene som per i dag står med under to løyvehavere igjen. En tydelig tendens i Salten er en sentralisering av tilbudet. Løyver blir levert inn, hovedsakelig på mindre stasjoneringssteder, mens de som blir igjen er på de større stedene. Det har også blitt etablert noen nye løyver i Bodø by i perioden.

I tilfellet Hedmark har en turbiloperatør vunnet anbud på pasienttransport i tre kommuner. Turbiloperatører har også vunnet noe anbud på skolekjøring. I kommunene hvor det har vært en turbiloperatør som har vunnet anbud på pasienttransporten, har løyvetallet blitt redusert fra 18 hovedløyver i 2004 til sju i 2009. En stor del av denne reduksjonen kan sees i sammenheng med tapte anbud på pasienttransport.

Dette illustreres av utviklingen i Eidskog kommune etter bortfall av pasienttransport, se figur 8.



TØI rapport 1086/2010

Figur 8: Utviklingen i omsetning fordelt på ulike typer kategorier i perioden 1996 til 2007. Omsetningstallene inkluderer ikke turer med kun kontantoppgjør. Utviklingen for offentlig betalt kjøring er altså presis, mens figuren ikke inkluderer all privat betalt kjøring.

Figur 8 illustrerer to forhold som vi skal komme tilbake til i kapittel 4; den sterke veksten i pasienttransporten og avhengigheten av den. Den viser også effekten av bortfall av pasienttransport. Et viktig moment knyttet til tilbudet til befolkningen, er at antallet drosjer har gått betydelig ned. Løyvetallet i Eidskog har gått ned fra seks hovedløyver og ett reserveløyve til ett hovedløyve og ett reserveløyve, i

perioden 2004 til 2009.⁶ Figuren indikerer også at bortfall av pasienttransport påvirker det øvrige tilbudet. Vi ser at med bortfall pasienttransport faller også volumet på den øvrige kontraktskjøringen.

En mulig forklaring til utviklingen i omsetning vi ser i figur 8, er at når antallet løyver går ned i et område som følge av tapt pasienttransport, får dette negative følger for tilbudet til andre kjøpere av drosjetjenester. I figur 8 ser vi at samtidig som omsetningen til pasienttransporten og skolebarnttransporten faller som følge av tapt anbud, faller også omsetningen til TT-kjøring og kontokunder. En kunne tenke seg at disse burde stige, fordi drosjene fikk mer tid ledig som følge av mindre skolekjøring og pasienttransport, men det ser ut til at frafallet av løyver har en sterkere effekt. Dette kan ha sammenheng med at kontokunder og TT-brukere bruker drosjene på andre tider av døgnet enn pasienter og skolebarn. Altså at kontokundene og TT-brukerne har utnyttet ledig kapasitet. Denne ledige kapasiteten har blitt redusert når antallet drosjeløyver går ned.

3.3 Konklusjon

I dette kapitlet har vi sett at det er store forskjeller mellom fylkeskommunene når det gjelder utviklingen i antall løyver. I noen få kommuner er alle løyver falt bort, men da erstattet med alternative tilbud til befolkningen. Et førtitalls kommuner har nå to eller færre løyver. Innlevering av løyver skjer som oftest på grunn av alder, men lav inntjening er også en årsak. Blant de løyvene som blir innlevert på grunn av tap av anbud, er pasienttransporten en viktig faktor, og dette trekkes særlig fram i Buskerud, Hedmark og Nordland. Går en nærmere inn på bakgrunnen, finner en at tap av anbud på pasienttransport til turbiloperatør har medført løyvebortfall i både Hedmark og Nordland. Eksemplet Eidskog dokumenterer både avhengigheten av pasienttransporten i utkantkommuner og mulige nedadgående spiraler på tilbudsutvikling.

De data vi har, *gir ikke grunnlag for å konkludere med at bortfall av løyver har medført bortfall av tilbud*, fordi vi de fleste steder ser at det enten er flere løyvehavere igjen, og i de tilfeller det ikke er det, så har det blitt etablert alternative tilbud, blant annet med bakgrunn i initiativ fra fylkeskommunen. Derimot er *det flere steder en observerer et svekket tilbud som følge tap av anbud til turbiloperatører*, særlig sterkt i kommuner der pasienttransporten utgjør en stor del av markedet. To tema er da sentrale: hvilken utvikling kan vi forvente i pasienttransporten, og hvilke effekter har vi sett og kan vi forvente framover av organisering og anbud på dette området? Dette er tema for neste kapittel. Det andre hovedtemaet er hva som kjennetegner markedsutviklingen og inntjeningen i næringen, ikke minst i distriktskommuner. Dette er tema for kapittel 5.

⁶ Tall fra Norges Taxiforbund

4 Utvikling i pasienttransporten

I dette kapitlet skal vi 1) kort gjennomgå anbudsutsettingen og konkurransesituasjonen innen pasienttransporten, før vi 2) går gjennom dokumentasjon og analyser av effekter av pasienttransport reformen.

4.1 Offentlig kjøp og konkurranse i pasienttransportmarkedet

Det er **Regionale helseforetak (RHF)** som har et *overordnet ansvar* for pasienttransporten, mens **Helseforetakene (HF)** har egne pasienttransportkontor og er *kontraktspart* i kjøp av drosjetjenester. Denne organiseringen, hvor pasienttransporten er underlagt helseforetakene bidrar til at pasienttransporten kan sees som en forlengelse av behandlingen av pasienten. Ett unntak fra hovedregelen med at helseforetakene har egne kjørekontor, var prøveordningen med felles kjørekontor for Sykehuset Innlandet HF, Oppland fylkeskommune og Hedmark Trafikk FKF fra 2004 til 2008.

Mange HF rapporterer om problemer med manglende konkurranse i pasientkontraktmarkedet, ikke minst i distriktene. Denne undersøkelsen understøtter i så måte funn i tidligere undersøkelser hos Longva m.fl.(2010). Dette var også en av utgangspunktene for Asplan Viaks (2007) evaluering av det felles drosjeanbudet som Innlandet HF, Oppland fylkeskommune og Hedmark Trafikk FKF gjennomførte i 2005. Bakgrunnen for evalueringen var at mange av tilbudene ble forkastet fordi de var oppfattet å være priset alt for høyt og fordi det ikke var konkurranse på mer enn et lite antall pakker i transportoppdraget.

Asplan Viaks evalueringen konkluderer med at selv om det var visse forhold ved konkurransegrunnlaget som utelukket eller begrenset konkurransen om oppdragene, var den viktigste årsaken til at prisnivået i tilbudene lå så høyt, at drosjesentralene og utøverne var tilstrekkelig sikre på at det ikke ville komme konkurrerende tilbud fra andre. Manglende tilbud og dyre tilbud kan også tilskrives et konkurransegrunnlag med stort volum og stor kompleksitet og en prismodell som drosjeeierne ikke kjente seg igjen i. Rapporten konkluderte videre med at utøverne i dagens drosjenæring stort sett ikke er inntilt på å konkurrere med hverandre om oppdrag, grunnet lokal forankring, liten geografisk mobilitet og liten kapitalbase.

Også fra helseforetakenes side har det vært understreket at ”det tidvis framstår både konfliktfylt og lite hensiktsmessig å gjennomføre anbud i et marked der det er monopollignende tilbudsside” (Helse- og Omsorgsdepartementet rapport 2008: 20).

En mulig løsning, en anbudsstrategi for å imøtekomme dette problemet, er altså å utforme konkurransegrunnlaget slik at en får til konkurranse fra turbiloperatører.

4.2 Hvilke effekter har overføring av ansvaret for pasienttransporten hatt for effektivitet i pasienttransporten?

Grovt sagt kan en anta at det er tre typer effekter av endret organisering og overføring av ansvar for pasienttransporten:

- 1) Samkjøringseffekter som følge av at en kan samordne pasienttransporten bedre gjennom egne kjørekontor
- 2) Volumeffekter med endringer i transportomfang som følge av endret funksjonsfordeling mellom sykehus eller mellom sykehus og lokalhelsetjenesten. Dette kan også ta form av økt transportbehov (og dermed samlede kostnader i form av økte pasientkm.), der innsparingene skjer som følge av bedre bruk av helsetjenesten
- 3) Anbudseffekter med endrede kostnader som følge av kontraktsutforming (anbud) og konkurranseforhold

I det følgende skal vi gi en beskrivelse av foreliggende og innsamlede data som kan brukes til å analysere slike effekter. Et metodisk problem for tolkingen av disse dataene, er at vi ikke har systematisk kunnskap om fylkes- eller regionsvis variasjon i hvordan samordning og oppgjør for pasienttransport foregikk før 2004, eller tidsrekkefølgen mellom innfasing av anbud og overføring av ansvar for pasienttransporten.

4.2.1 Svakheter ved offentlige statistikk ved analyser av effektivitetsutviklingen

I rapporten om *Pasienttransport og transporttilbud til distriktene* (Helse- og omsorgsdepartementet 2008), heter det at bedre kostnadskontroll var en av hovedmålsetningene ved overføring av ansvaret for pasienttransport til de regionale helseforetakene. Bakgrunnen var at den årlige utgiftsveksten forut for ansvarsoverføringen var i størrelsesorden 10-15prosent per år (s.21). Rapporten viser videre til SINTEF Helse sitt notat til Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (Notat 12.6.2007). I rapporten konkluderes det med:

”Oppsummert er inntrykket at kostnadsveksten i pasienttransport er stabilisert eller gått ned etter at pasientreformen ble innført i 2004, kanskje særlig fra 2005 til 2006. For 2006 er det bare tall fra RHFene. Inntrykket her er at bortsett fra Helse Øst som synes å ha en økning fra 2005 til 2006 på 45 millioner kroner (ca 11 prosent kostnadsvekst fra 2005) har det vært en langt svakere vekst i de øvrige RHF-ene fra 2005 til 2006.”

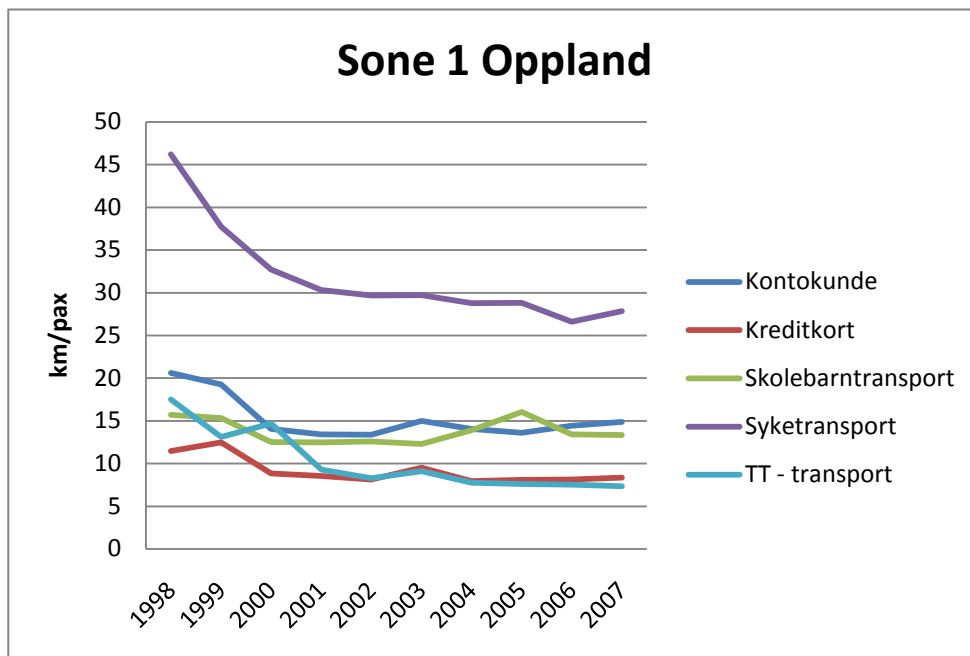
I denne oppsummeringen er altså oppmerksomheten rettet mot kostnadsveksten, og det er en svakhet med tallmaterialet at en ikke har gått grundigere inn på volumene som blir produsert. Det er et fokus på totale kostnader, men ikke hvilke tjenester som disse kjøpte. Vi har derfor søkt og til dels fått noe statistikk fra de regionale helseforetakene for å få bedre oversikt over mulige volumendringer.

Felles for tallmaterialet vi har mottatt fra RHFene er at det er vanskelig å sammenligne tallene over tid, og det er også knyttet noe usikkerhet til enkelte av tallene. Det overordede bildet ser ut til å være en moderat kostnadsvekst.

Denne statistikken har gitt oss noe informasjon om omfanget av drosjetransport og øvrig transport, men på grunn av manglende informasjon om antallet passasjerer/pasienter har de (og dermed vi) ikke tall på produktivitetsutvikling. Etter det vi kjenner til foreligger det dermed ikke gode data om kostnadsutvikling pr passasjerkilometer i pasienttransporten.

4.2.2 Oppland som case for samkjørings- og kostnadseffektivisering

I vår utredning har vi kunnet benytte data for Oppland (mottatt fra Oppland Taxi) for å analysere samkjøringseffekter, slik at vi har tall i det minste fra noen områder. Hvis vi ser på utviklingen i antall kilometer kjørt per passasjer, kan vi få en indikasjon på samkjøring. Antagelsen som ligger bak dette, er at behovet for transport er økende i perioden, jf figur 13, slik at en reduksjon i antall kilometer delt på antall passasjerer er et uttrykk for at det er flere passasjerer i hver bil. I figur 9 ser vi utviklingen i antall kilometer kjørt per passasjer i sone 1⁷ i Oppland i perioden 1998-2007. Utviklingen i andre arbeidsgiveravgiftssoner i Oppland er tilsvarende.



TØI rapport 1086/2010

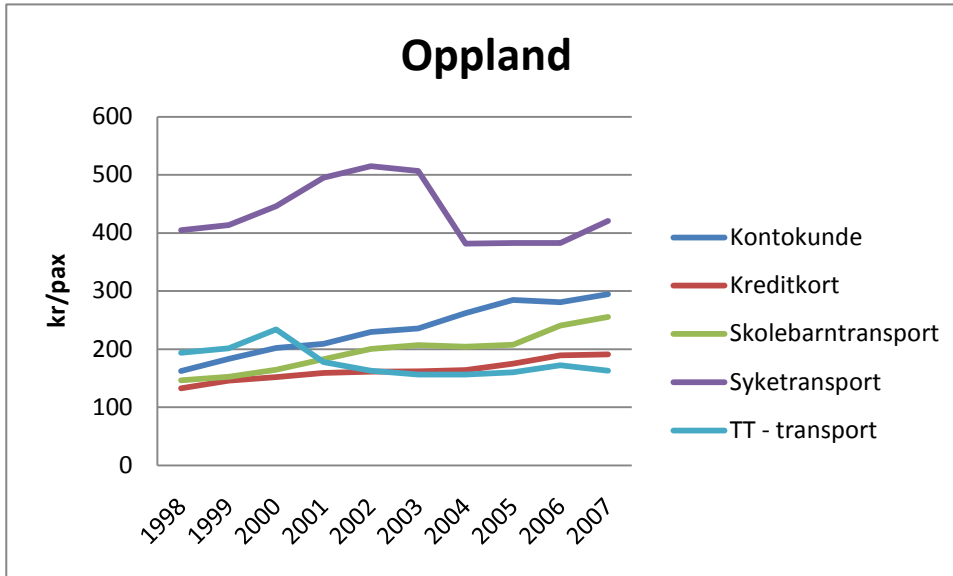
Figur 9 Utviklingen i antall kilometer kjørt delt på antall passasjerer for ulike turtyper innenfor arbeidsgiveravgiftssone 1 i Oppland. Dette vil si kommunene; Gjøvik, Gran, Jevnaker, Lillehammer, Lunner, Vestre Toten, Østre Toten og Øyer.

Bildet som tegnes i figur 9 støtter utsagn fra drosjenæring og helseforetak om at i dette fylket ble det meste av samkjøringsgevinstene tatt ut før anbud ble innført, og før helseforetakene overtok ansvaret for pasienttransporten.

Også i intervju med Sykehuset innlandet (SI) ble det pekt på at samkjøringsgevinstene stort sett var hentet ut før det ble opprettet et eget pasienttransportkontor hos SI (2009) og at det var begrenset med muligheter for ytterligere innsparing grunnet spredt befolkning. Dette stemmer godt med

⁷ Sone 1 viser til kommuner som ligger i arbeidsgiveravgiftssone 1 (nevnt under figuren) arbeidsgiveravgiftssonene blir forklart i kapittel 5 i denne rapporten.

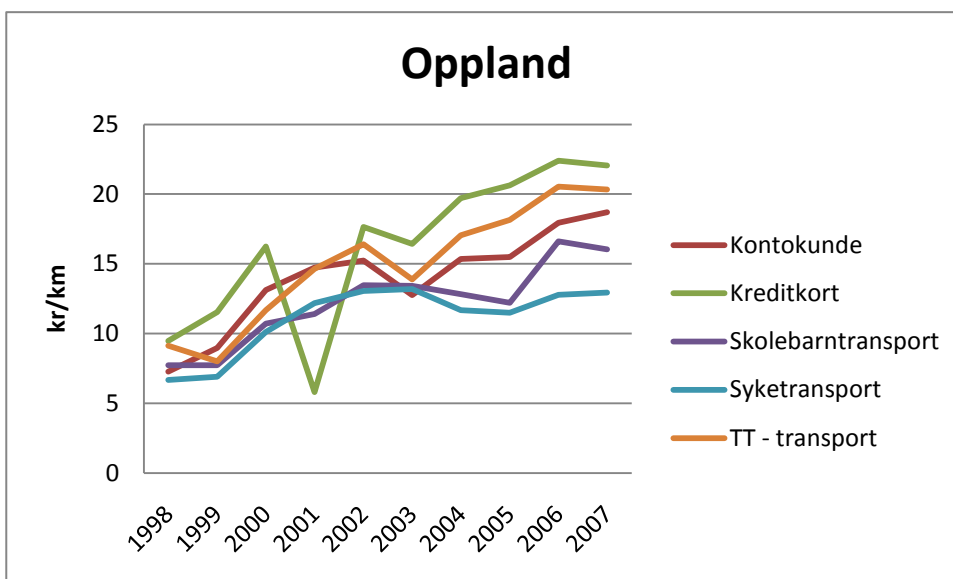
inntrykket fra intervju med Hedmark Taxi og tallmaterialet fra Oppland Taxi. Figur 9 viser at antallet kilometer kjørt per passasjer med pasienttransport i sone 1 i Oppland gikk dramatisk ned fram mot 2002. Dette kan gi en indikasjon på at samkjøring ble brukt mer. Dette tallet sier ikke nødvendigvis noe om økt kostnadseffektivitet.



TØI rapport 1086/2010

Figur 10 Utviklingen i kroner til drosjene delt på antall passasjerer.

Figur 10 indikerer at i den første del av perioden, fram mot 2000 var det en sterk prisvekst i pasienttransporten, deretter flatet denne ut, og fra 2003, dvs. forut for overføring av ansvaret til helseregionene, mens prisen per passasjer ble stabilisert etter det. Ser en prisutviklingen i sammenligning med øvrige marked er det en gunstigere prisutvikling for pasienttransport enn de øvrige (med unntak av TT-kjøring). Dette kan indikere at samkjøringsgevinster først kom næringen til del, mens kontraktsstyring og konkurranse førte til reduserte priser for det offentlige fra 2003.

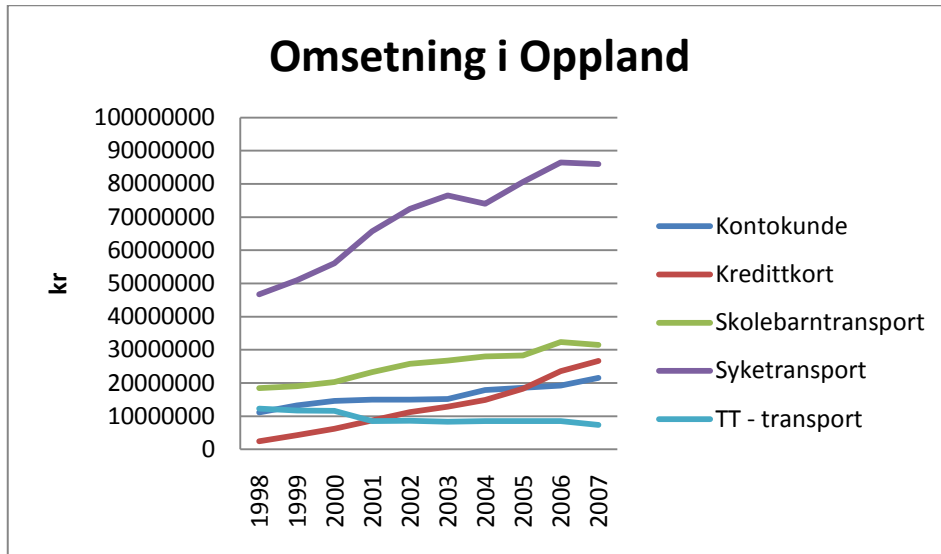


TØI rapport 1086/2010

Figur 11 Utviklingen i kroner per kilometer kjørt (omsatt beløp delt på kilometer kjørt) i ulike kategorier.

Figur 11 viser omsetning per kjørte kilometer, som gir en pekepinn på prisutviklingen. Figuren viser at pasienttransport (syke transport) jevnt over hatt en lavere pris per kilometer enn annen transport. Dette er helt etter forventningene fordi hver tur i pasienttransporten i snitt er lenger enn turene i andre typer transport jf figur 9 og 10 og prisen består av et fastledd og et ledd som avhenger av kjørt distanse eller tid. Det lave tallet for "kredittkort" i 2001, skyldes noen få veldig store transaksjoner og et lavt antall kredittkortoppgjør i 2001. Vi har ikke tall på antallet turer direkte i dette datamaterialet.

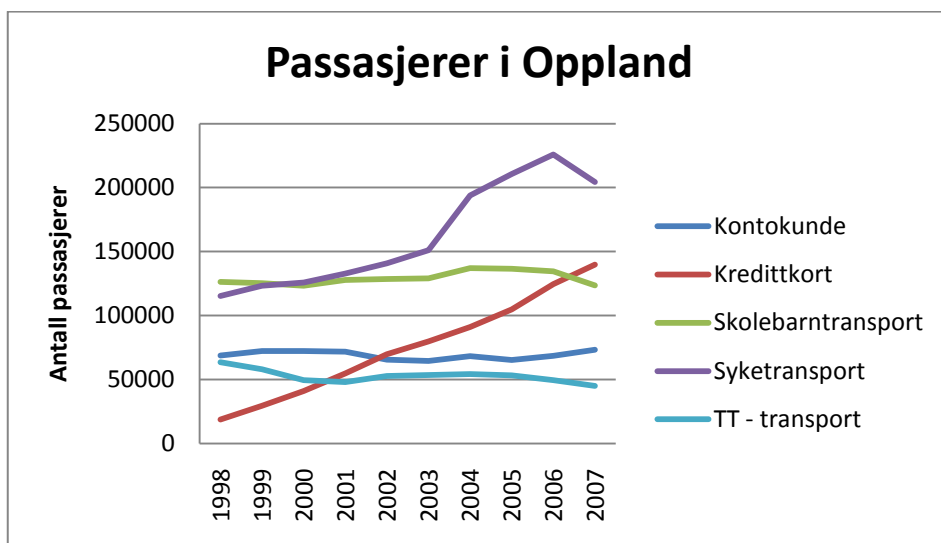
Ser vi i stedet på samlet omsetning, figur 12, er det mest fremtredende en jevn men ulik vekst gjennom hele perioden.



TØI rapport 1086/2010

Figur 12 Utvikling i kredittomsetning i Oppland.

Fra figur 12 kan vi se at det var en moderat nominell vekst omsetningen for kontokunder (kan være reel nedgang), stor vekst i kredittkortsomsetningen, moderat vekst i skolebarntransporten (kan være reel nedgang), stor vekst i syke transportomsetningen og en nedgang i TT-omsetningen.



TØI rapport 1086/2010

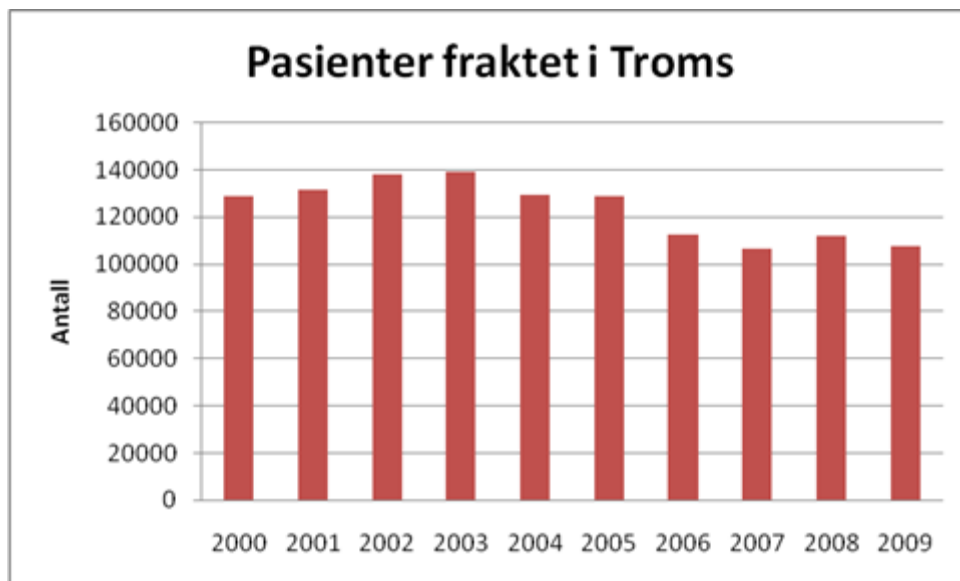
Figur 13 Utvikling i antall passasjerer befordret på ulike typer kredittbetalt transport i Oppland.

Ser en figurene 10 og 13 i sammenheng ser en at samtidig med reduksjonen i pris per passasjer økte antallet passasjerer i syketransporten ganske kraftig i perioden 2003-2004. På denne måten ble fallet i kostnader for det offentlige, jfr. figur 11, ikke så stort som en kunne forvente fra prisendringen.

Samlet over perioden 1998 til 2007 har kostnadene til pasienttransport blitt nær doblet i Oppland (nominell økning på 84 prosent). Dette har også antall pasienter som har blitt transportert (økning på 77 prosent). Hvis en ser denne utviklingen i sammenheng med kostnadsutviklingen til drosjene⁸ ser en at kostnadene for drosjene har steget raskere enn pris per passasjer. Bildet fra Oppland er en betydelig økning i offentlige utgifter til pasienttransport, samtidig med en betydelig økning i antall passasjerer befraktet. Prisstigningen per enhet transport har vært betydelig mer moderat, noe som kanskje kan tilskrives endret innkjøpsregime.

Troms som case for samkjørings- og kostnadseffektivisering

Til denne utredningen har vi også mottatt informasjon fra Troms Taxi. Hovedtrekket her er ikke at antallet passasjerer har økt i perioden. I Troms ser det heller ut til å ha vært en moderat nedgang i antallet passasjerer etter 2004, figur 14.



TØI rapport 1086/2010

Figur 14 Antall pasienter befraktet i Troms fylke. Tallene er basert på tall fra Troms taxi og er justert for at de ikke lenger hadde pasienttransporten i Tromsø kommune etter oktober 2007⁹.

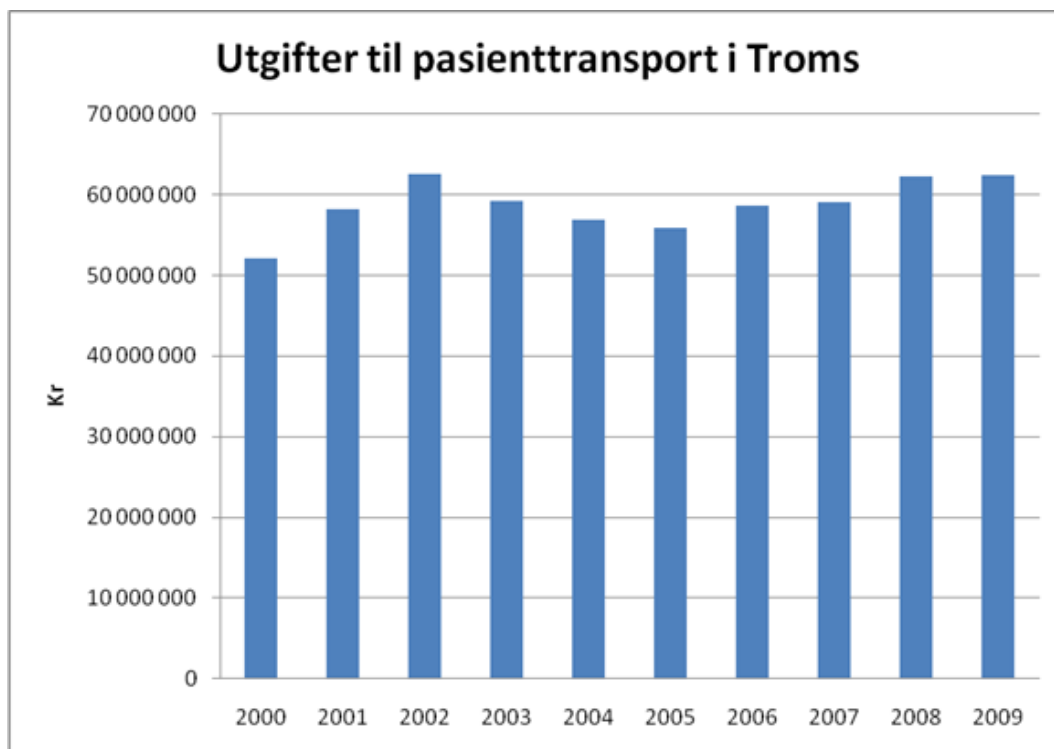
Tallene i figur 14 gir en kontrast til bildet fra Oppland, hvor antallet pasienter fraktet i perioden har økt kraftig etter 2004. Intervjuet med Helse Nord er sammenfallende med dette tallmaterialet. Her er det viktig å presisere at dette

⁸ Indekser finnes på Norges Taxiforbunds hjemmesider, www.taxiforbundet.no

⁹ Justeringen som er gjort er et tillegg på 6,5%. Dette er et anslag basert på uttalelser fra Troms taxi om den historiske andelen til disse områdene.

gjelder Troms fylke definert ut i fra fylkesgrensene og ikke grensene for helseforetaket.

Ser vi videre på utviklingen i helseforetakenes utgifter til pasienttransport i Troms fylke (figur 15), ser vi at også her har det vært en relativt jevn utvikling over tid. Samlet på 2000-tallet har det vært en utgiftsvekst på ca 20 prosent.



TØI rapport 1086/2010

Figur 15 Utgiftene til pasienttransport i Troms fylke. Tallene er fra Troms taxi og er justert for at de ikke lenger kjørte pasienttransport i Tromsø kommune etter oktober 2007. Nominelle priser.

Figur 15 viser at kostnadsreduksjon fra toppåret i 2002 starter før overføring av ansvaret til helseforetakene, deretter økning fra 2005 til 2006, på litt høyere nivå. Slik at utgiftene for pasienttransport i 2002 og 2009 ikke er ulike. I motsetning til utviklingen i Oppland ser det ikke ut til å være noen kraftig vekst i antallet pasienter som blir fraktet med drosje. Det ser heller ut til å være en nedgang. Slik at en kan forvente å finne økt pris per passasjer eventuelt økt pris per kilometer kjørt, men tallmaterialet som ligger til grunn for denne utredningen gir ikke mulighet til å teste dette tilfredsstillende.

4.3 Konklusjoner

- Flere områder opplever problemer med konkurranse i pasienttransportmarkedet. Dette er en av grunnene til at en noen steder har forsøkt å få til konkurranse fra turvognoperatører. Som vist i forrige kapittel, når dette lykkes, kan dette svekke drosjetilbudet i distriktene
- Tidligere utredninger har lagt vekt på økt kostnadskontroll, vi vet derfor mindre om kostnadseffektivisering

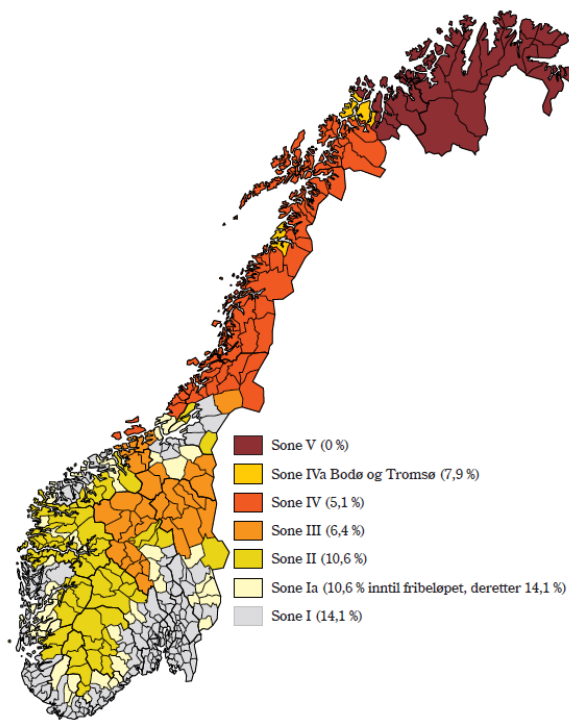
- Oppland som case, indikerer samkjøringseffekter før overføring av pasienttransport til helseforetak, trolig som følge av samkjøring eller evt. bedre bruk av drosjene. Utvikling i kostnader pr passasjer, indikerer kostnadsbesparelser for det offentlige fra 2003, men fordi transportvolumet samtidig har økt, har samlet utgift til pasienttransport også økt i perioden
- Troms som case indikerer at en ikke har hatt en kraftig vekst i antall pasienter alle steder. Kostnadene for det offentlige ser ut til å ha økt noe, fra et bunnivå i 2005, men kostnadsøkningen ser ut til å være moderat
- Mangel på tallmateriale fra helseforetakene gjør det vanskelig å si noe om hva som er trendene på nasjonalt nivå. Kostnadsutviklingen for helseforetakene ser ut til å være en moderat økning, men det mangler gode tall for hva som blir produsert
- Det er lite som tyder på at reformen har hatt betydning. De viktigste endringene i utgifter og samkjøring skjedde i forkant av 2004

5 Omsetning, markedsutvikling og – kjennetegn

I dette kapitlet skal vi ta for oss kjennetegn ved omsetnings- og markedsutviklingen innen drosjenæringen med data fra Hedmark og deler av Oppland. Vi innleder med en oversikt over inntektsutviklingen og utviklingen i antall turer og i omsetning i mer urbane og typiske distriktskommuner (5.1.), før vi undersøker forskjeller i markedsgrunnlaget og inntjeningsnivå i samme type kommuner (5.2.), beskriver forskjeller i avhengighet av pasienttransport (5.3) før vi avslutter med en beskrivelse av alderssammensetning og dermed rekrutteringsutfordringer (5.4).

Vi har valgt å skille mellom ulike typer kommuner ved hjelp av soneinndeling for arbeidsgiveravgift (per 2009)¹⁰. Sone 5 har lavest avgift og sone 1 høyest. Sone 1 består av sentrale strøk i Sør-Norge, Sone 1 a, av litt mindre sentrale strøk i Sør-Norge. Sone 2 er mindre sentrale kommuner i Sør-Norge, mens Sone 3 er minst sentrale kommuner i Sør-Norge. Sone 4, 4a og 5 viser til kommuner i Nord-Norge, hvor Sone 4 er Nordland og store deler av Troms, sone 4 a er Bodø og Tromsø kommuner, mens sone 5 er Nord-Troms og Finnmark. Figur 16 illustrerer dette.

¹⁰ Listen som vi har benyttet finnes på <http://www.skatteetaten.no/no/Bibliotek/Tabeller-og-satser/2009/Arbeidsgiveravgift---soneinndeling-for-2008/>



TØI rapport 1086/2010

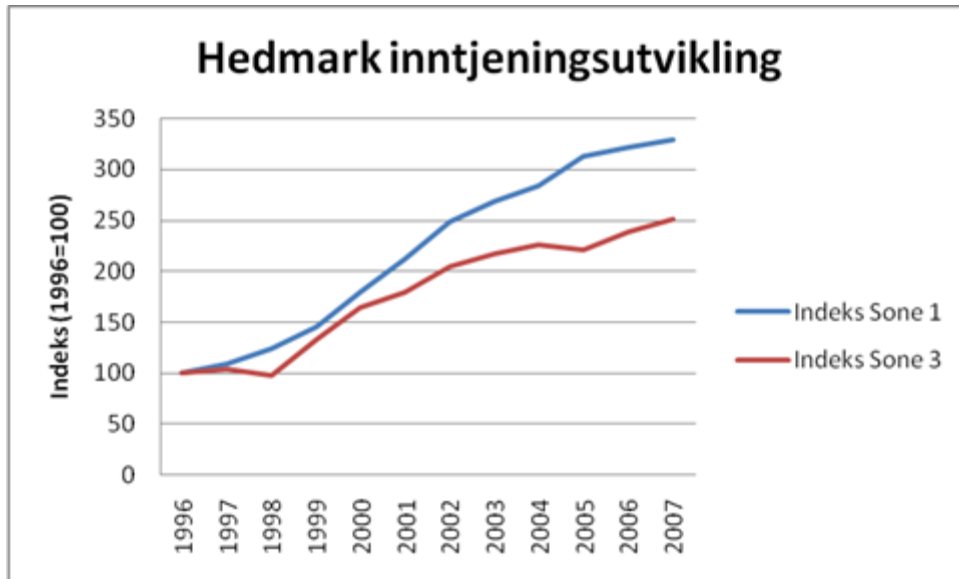
Figur 16 Soneinndeling arbeidsgiveravgift (2007) fra finansdepartementet¹¹.

Hvilke kommuner som er inkludert i de ulike sonene i de enkelte eksemplene beskrives i teksten.

5.1 Inntekts- og omsetningsutvikling Hedmark

Det har vært en generell, positiv inntjeningsutvikling i alle typer kommuner i Hedmark (figur 17). Sone 1 omfatter kommunene; Elverum, Hamar, Kongsvinger, Løten, Ringsaker, Stange og Sør Odal, mens sone 3 omfatter de minst sentrale kommunene; Alvdal, Engerdal, Folldal, Os, Rendalen, Stor Elvdal, Tolga og Tynset. Her er utviklingen i samlet kredittomsetning brukt som indikator på samlet inntjeningsutvikling. Her bruker vi denne indikatoren fordi vi mangler tall for kontantomsetningen for store deler av denne perioden. Dette overdriver antagelig utviklingen en del, da særlig bruken av kredittkort ser ut til å øke kraftig gjennom perioden. Likevel utgjør kontantomsetningen anslagsvis i snitt 20-25 prosent av samlet omsetning i sone 1 og 10-20 prosent i sone 3 i slutten av perioden, jf figurene (22 og 23).

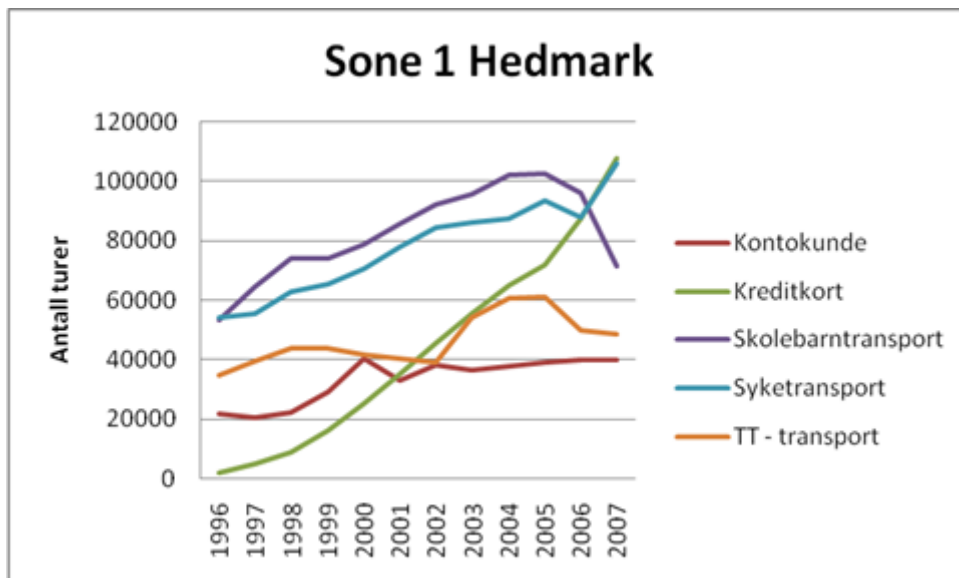
¹¹ [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/fin/red/2006/0049/ddd/pdfv/283873-offisielt_kart_-da_-soneinndelt.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/fin/red/2006/0049/ddd/pdfv/283873-offisielt_kart_da_-soneinndelt.pdf)



TØI rapport 1086/2010

Figur 17 indekser over total inntjeningsutvikling i Hedmark. Disse indeksene er basert på tall for kredittoppgjør fra Hedmark taxi. Tallene ekskluderer rene kontantoppgjør. 1996 =100, løpende priser.

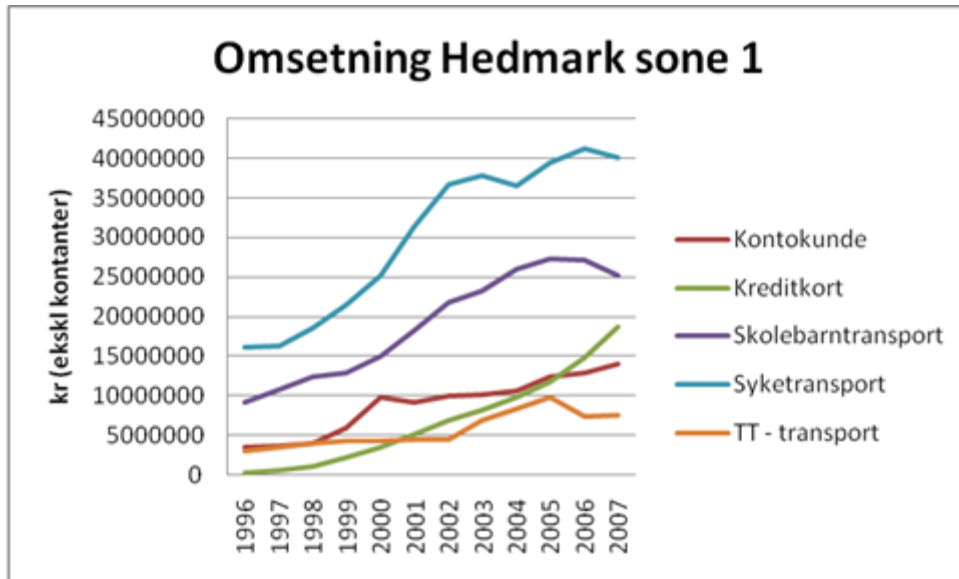
Ser vi på utviklingen i antall turer (fig. 18 og 21) finner vi at ikke minst veksten i syke-transport har vært stor, men vi finner en generell økning og omsetning på de fleste typer transport. Økningen i skolebartransport er viktig for omsetningsveksten, særlig fram mot 2005. Økningen i antallet kredittkortturer gjennom perioden er særlig markant i sone 1, altså i de mest sentrale kommunene, men dette skyldes nok hovedsakelig at bruken av kredittkort var lav i 1996.



TØI rapport 1086/2010

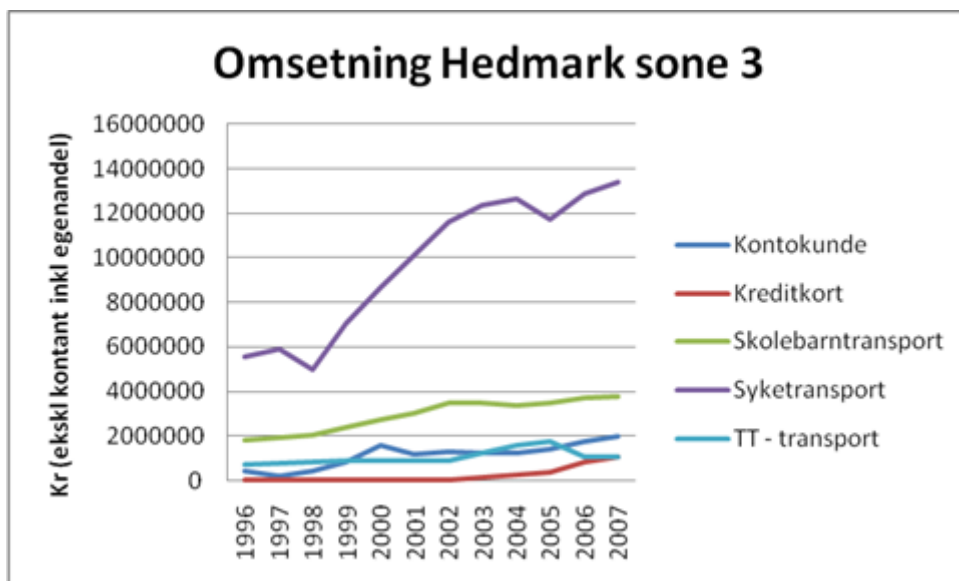
Figur 18 Utvikling i antall turer, fordelt på type fakturering. Turer med bare kontantoppgjør er ikke inkludert.

Hvis vi i stedet for turer fokuserer på omsetning er bildet som tegnes en tydelig avhengighet av pasienttransport og skoletransport. Dette gjelder både i sone 1 (figur 19) og 3 (figur 20), men er tydeligst i sone 3.



TØI rapport 1086/2010

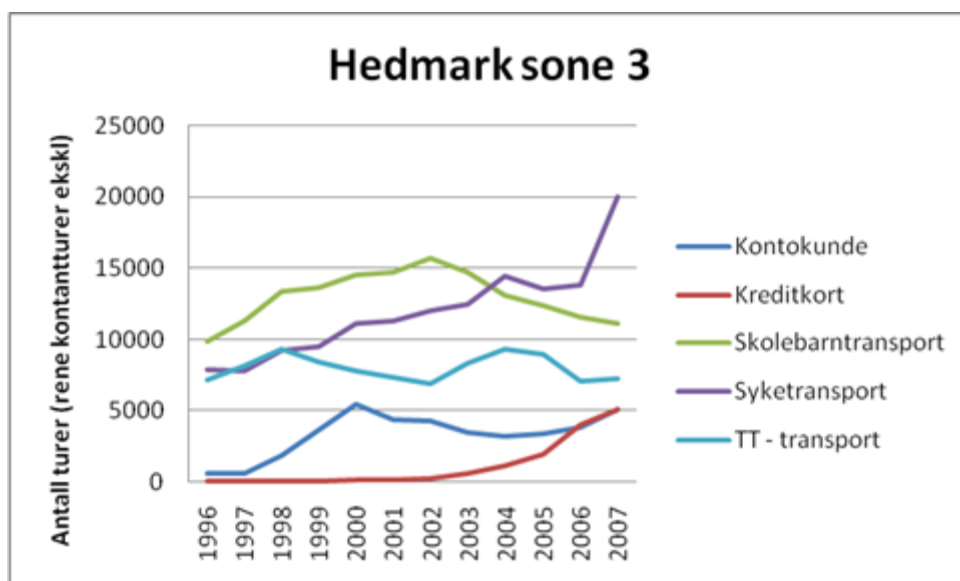
Figur 19 Omsetningsutvikling i arbeidsgiveravgiftssone 1 i Hedmark. Kontantoppgjør er ikke inkludert.



TØI rapport 1086/2010

Figur 20 Omsetningsutvikling i arbeidsgiveravgiftssone 3 i Hedmark. Kontantoppgjør er ikke inkludert.

En sammenligning av figurene 20 og 21 gir en indikasjon på at pasienttransporten jevnt over består av lengre turer enn andre typer transport. Dette fordi omsetningen er høyere per tur. Tallmaterialet viser også at prisen per kilometer er lavere i pasienttransporten enn i annen transport også i Hedmark.



TØI rapport 1086/2010

Figur 21 Utvikling i antall turer, sone 3 i Hedmark. Turer med kontantoppgjør er ikke inkludert.

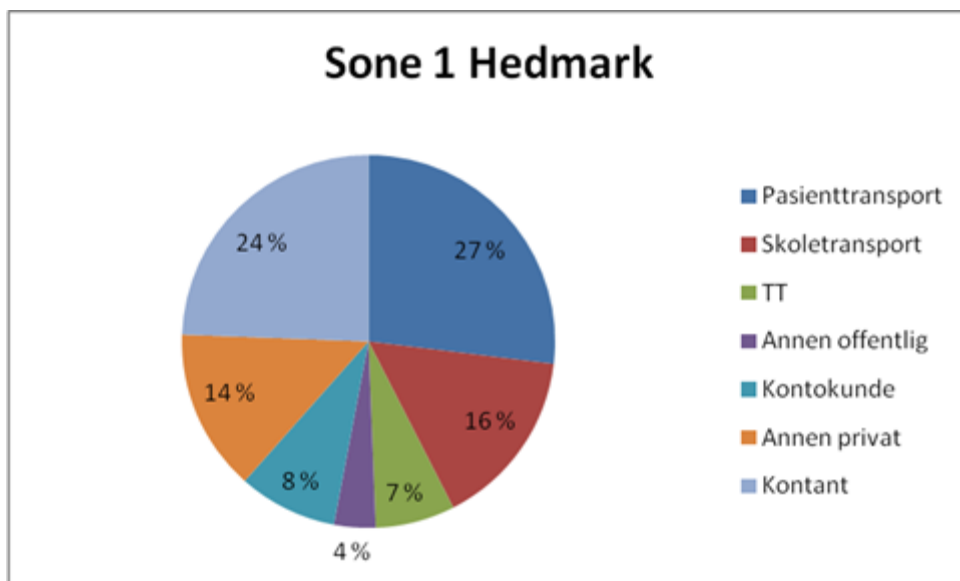
Som figurene 17 til 21 indikerer, er det store forskjeller i inntektsgrunnlaget i sone 1 og sone 3, særlig når det gjelder omfanget av pasienttransporten.

Pasienttransporten er svært viktig i de ytterste distriktene, men også viktig i mer sentrale strøk. Et gjennomgående trekk er at pasienttransporten har økt i betydning for drosjenæringen i perioden 1996 – 2007. Dette gjelder både i mer og mindre sentrale strøk. En svakhet med tallene som presenteres i disse figurene er at det ikke eksisterer en samlet oversikt over kontantoppgjør i perioden.

5.2 Klare forskjeller i markedsgrunnlag mellom sonene

Benytter vi tall fra 2009, kan vi se på fordeling av inntekt *inkludert* kontantomsetning. Disse tallene støtter bildet som blir tegnet gjennom figurene 17-21 at i mer sentrale strøk er privatkundene en langt viktigere inntektskilde, enn i mindre sentrale strøk. Og at i minst sentrale strøk er pasienttransporten svært viktig.

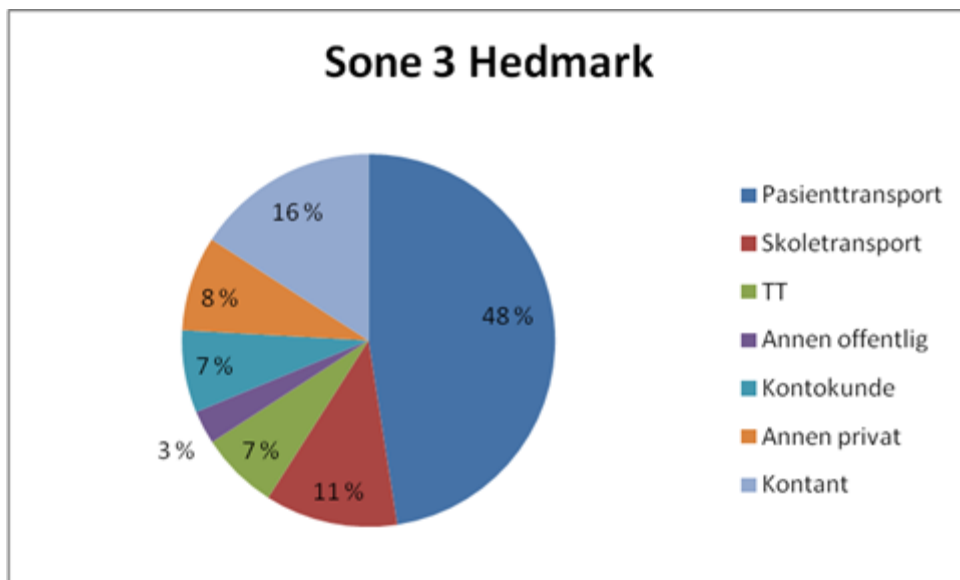
I figur 22 viser vi inntektsfordelingen sentralt i Hedmark (arbeidsgiveravgiftssone 1). Her er omsetningen for de ulike kommunene lagt sammen. Tallene for kontantoppgjøret og tallene fra fordeling av kreditt kommer fra ulike typer regnskapssystemer og dette er en svakhet i datamaterialet. Ved sammenligning av kredittoppgjørene fra de ulike systemene virker likevel tallene å være godt sammenlignbare. Noen mindre forskjeller kan i hovedsak forklares med lokale særavtaler for fakturering. Totalt sett er tallene rimelig sammenlignbare.



TØI rapport 1086/2010

Figur 22 Inntektsfordeling sone 1 Hedmark basert på 2009 tall. Kontantoppgjør inkludert.

Som illustrert i figur 22, utgjør privatkundene (kontokunder + annen privat + kontant) en stor andel (46 prosent) av inntektsgrunnlaget for drosjenæringen i sentrale strøk av Hedmark. Likevel utgjør offentlig betalt transport samlet over halvdel av omsetningen også i disse områdene. Den største andelen av offentlig betalt transport er pasienttransport.



TØI rapport 1086/2010

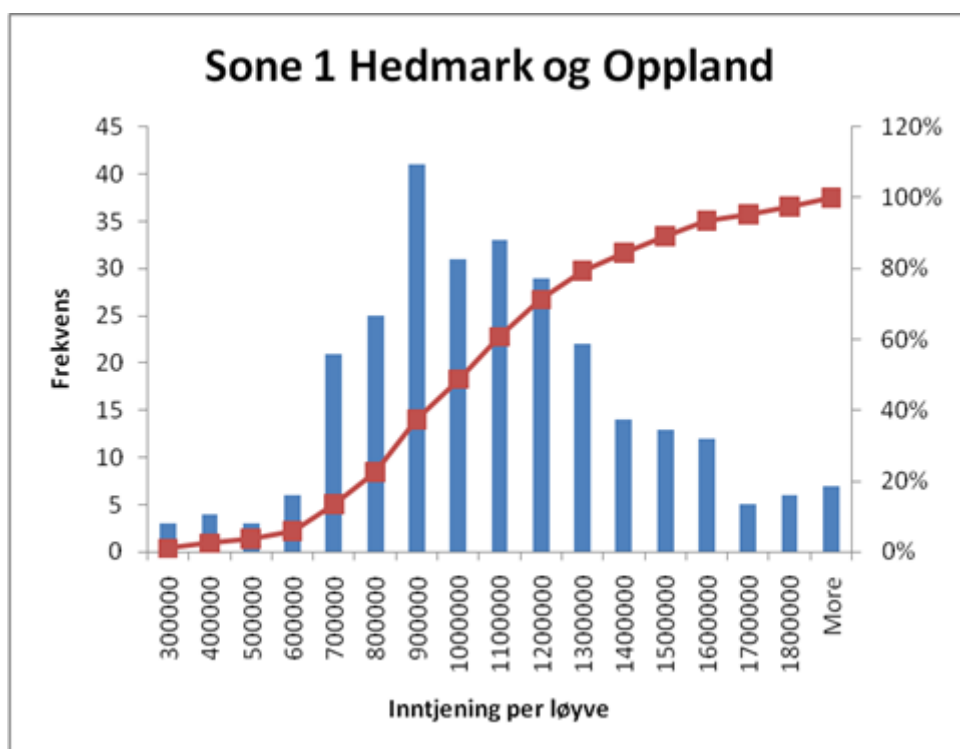
Figur 23 Inntektsfordeling sone 3 Hedmark basert på tall fra 2009, kontantoppgjør inkludert.

Figur 23 illustrerer at pasienttransporten alene utgjør nesten halvdel av omsetningen i de mindre sentrale kommunene i Hedmark. Samlet utgjør offentlig betalt transport cirka to tredeler av samlet omsetning i disse kommunene. I enkelte kommuner er denne andelen høyere. Dette viser at dersom drosjenæringen

taper anbud på pasienttransport i en kommune vil dette typisk bety en halvering, eller mer av inntektsgrunnlaget, direkte. Som vist i kapittel 3, kan de indirekte effektene av anbudstapet føre til ytterligere inntjeningsreduksjon. Både i sone 1 og sone 3 har drosjenæringen all pasienttransport på dette tidspunktet.

I tillegg til denne variasjonen i inntjeningsfordelingen mellom kommunene i arbeidsgiveravgiftssone 1 og 3, er det også en forskjell i inntjeningsnivået for løyvehaverne.

Tallmaterialet for inntjening som ligger bak figurene 23 og 24, er basert på skiftlapper for Hedmark og deler av Oppland fylke. Her inkluderer sone 1 kommunene: Elverum, Hamar, Kongsvinger, Løten, Ringsaker, Stange, Sør-Odal, Gjøvik, Gran, Jevnaker, Lillehammer, Lunner, Vestre Toten, Østre Toten, Øyer. Sone 3 består av: Alvdal, Engerdal, Folldal, Os, Rendalen, Stor-Elvdal, Tolga, Tynset, Dovre, Etnedal, Lesja, Lom, Nord-Aurdal, Sel, Skjåk, Sør-Aurdal, Vang, Vestre Slidre, Vågå, Øystre Slidre. Løyver som hadde mindre enn 1000 timer oppsatt tid i 2009 er ekskludert, slik at antallet løyver i sone 1 i dette utvalget er 276 og i sone 3 100. Bakgrunnen for dette er at 1000 timer er over halvdel av et normalårsverk¹² definert som 1950 timer inkl ferie. Det er rimelig å anta at enkelte av løyvene med lavest omsetning er løyver som ikke har vært aktive hele året.



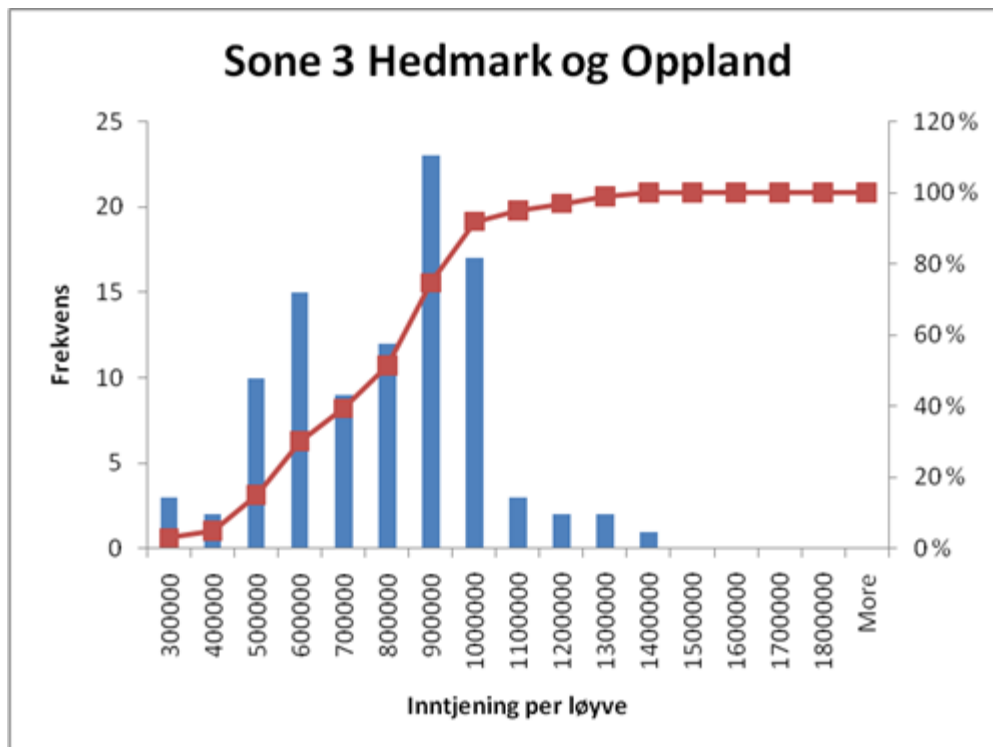
TØI rapport 1086/2010

Figur 24 Spredning i inntjening per løyve sone 1 Hedmark og Oppland. Basert på skiftlapper for 2009. Frekvens i antall løyver (blå søyler, venstre akse) og kumulativ fordeling (Rødt, høyre akse)

Det vi kan lese av figur 23 er at det er relativt vanlig med en inntjening på mellom kr 700 000 og kr 1 300 000 per løyve i sone 1. Det er også en del løyver med

¹² <http://www.ssb.no/arbkost/om.html>

betydelig høyere omsetning enn dette. Gjennomsnittsomsetningen per løyve i dette området i utvalget var på kr 1 048 752, mens medianomsetningen var på kr 1 006 325. Laveste omsetning var på kr 78 950 og høyeste kr 2 232 439. Antar vi at løyvete med lavest omsetning kun var aktivt i 1000 timer, gir dette 79 kr per time, noe som blir cirka 30 kroner per time etter utgifter og avgifter, eller cirka kroner 0 i lønn hvis en inkluderer bilens verdifall osv.



TØI rapport 1086/2010

Figur 25 Spredning i inntjening per løyve sone 3 Hedmark og Oppland basert på skiftlapper 2009. Frekvens i antall tilfeller (blå søyler, venstre akse), kumulativ fordeling (rødt, høyre akse).

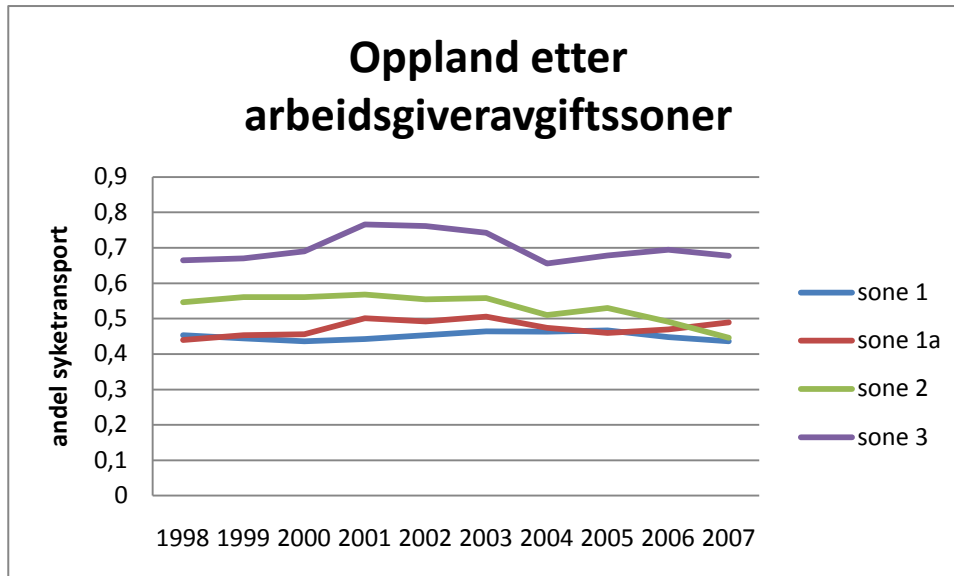
Figur 25 viser at fordelingen av inntjening per løyve er en helt annen i arbeidsgiveravgiftssone 3. Her er vanlig inntjening mellom kr 500 000 og kr 1 100 000, men det er en betydelig lavere andel som har en høyere inntjening enn dette. Gjennomsnittlig inntjening per løyve i sone 3 er kr 746 520, median inntjeningen er på kr 789 121, minste observasjon i utvalget (fra sone 3) er kr 184 364, mens største er på kr 1 322 238. En mulig tolkning av at det er to topper i figuren, er at det er et betydelig antall enmannsbetjente løyver.

Tallmaterialet viser altså at det i snitt er lavere inntjening per løyve i mindre sentrale strøk enn i mer sentrale strøk. Dette skillet er betydelig cirka kr 300 000 i snitt.

5.3 Avhengighet og bortfall pasienttransport

Pasienttransporten er en viktig del av inntektsgrunnlaget for drosjenæringen, særlig i distriktene. Figur 26 viser utviklingen i pasienttransport som andel av samlet registret inntjening i Oppland, fordelt på soneinndeling for arbeidsgiveravgift (per 2009). Det vi kan lese fra figuren er at pasienttransport er relativt viktigere i distriktene enn i mer sentrale strøk. Andelen i sone 3 er høyere

enn de andre andelene. Vi kan likevel ikke med bakgrunn i dette tallmateriale gi et tall for hvor stor andel av inntjeningen pasienttransporten utgjør, fordi kontantoppgjør ikke er med i dette datamaterialet, men vi kan anta at kontantoppgjør er blitt relativt mindre vanlig i løpet av perioden. Det viktigste som kan leses fra figur 26 er at pasienttransporten er relativt viktigst i de minst sentrale områdene, sone 3 og at dette er et forhold som har holdt seg stabilt over tid.

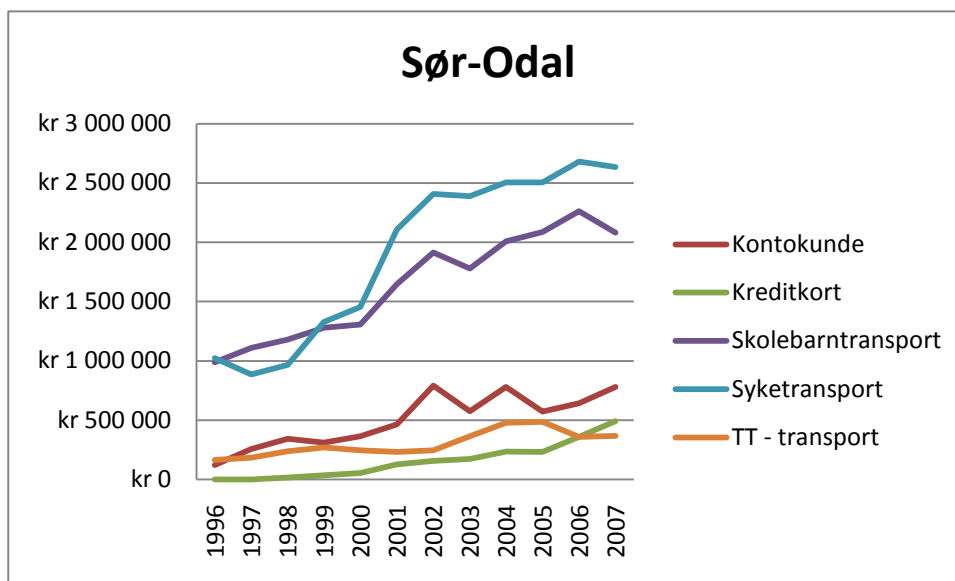


TØI rapport 1086/2010

Figur 26 Andel pasienttransport av kredittoomssetningen i Oppland etter arbeidsgiveravgiftssoner.

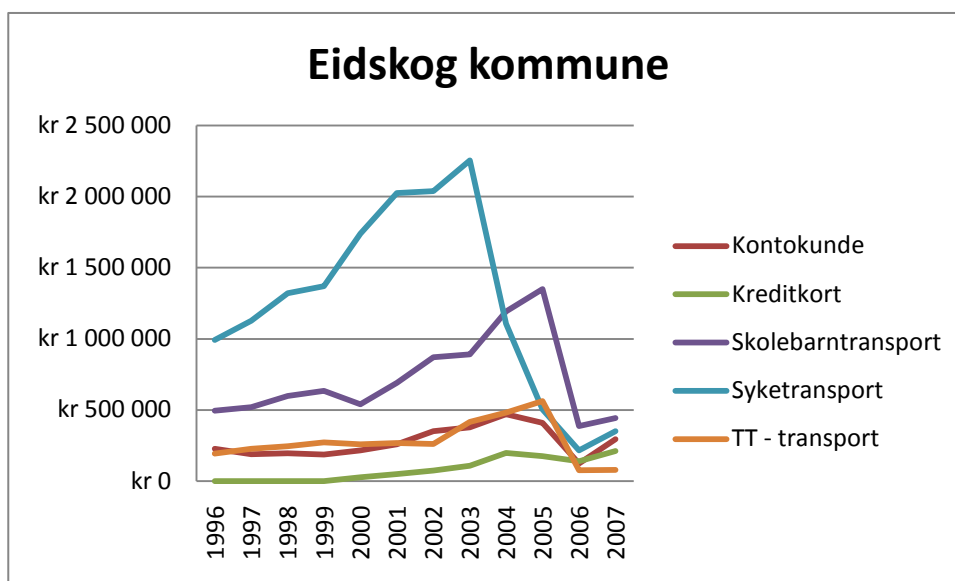
En viktig forskjell mellom figurene 26, og 22 og 23 er at figur 26 kun viser fordelingen mellom ulike former for kredittoomssetning. Disse figurene er derfor ikke direkte sammenlignbare. Bildet som tegnes av dem er imidlertid sammenfallende. Pasienttransport er relativt viktigere i mindre sentrale strøk og dette er ikke et nytt fenomen. Dette viser at omsetningen på et løyve i distriktene er i stor grad avhengig av om løyvehaveren har oppdrag for offentlig transport eller ikke, i tillegg til hvor mange drosjer det er i forhold til innbyggertallet og om det er spesielle lokale forhold som gir økt etterspørsel etter drosjer eller ikke.

Figur 17 illustrerer at den overordnede trenden i utvikling i produksjonen av transporttjenester er vekst, målt i samlet omsetning. Denne trenden gjør seg også gjeldene i distriktene. I hvilken grad dette tilfaller drosjenæringen, varierer med lokale forhold. Et eksempel er to nabokommuner i Hedmark som er relativt like i forhold til sentralitet, Sør-Odal og Eidskog. I den ene kommunen, Sør-Odal, har drosjenæringen beholdt pasienttransporten mens i den andre, Eidskog, har drosjenæringen tapt anbud både på pasienttransport og skoletransport.



TØI rapport 1086/2010

Figur 27 Utviklingen i kredittomsetning i Sør-Odal kommune i Hedmark 1996-2007.



TØI rapport 1086/2010

Figur 28 Utviklingen i kredittomsetning i Eidskog kommune i Hedmark.

Figurene 27 og 28 illustrerer utviklingen i omsetning fordelt på ulike typer kategorier i perioden 1996 til 2007. En anmerking til omsetningen slik den blir fremstilt i disse figurene er at kontantoppgjør ikke er inkludert, men dette er likt for hele denne tidsperioden, slik at tallene er internt sammenlignbare.

Et viktig moment i forhold til tilbudet til befolkningen her er at antallet drosjer har gått betydelig ned. Løyvetallet i Eidskog har gått ned fra seks hovedløyver og ett reserveløyve til ett hovedløyve og ett reserveløyve, i perioden 2004 til 2009. Altså i samme tidsperiode som drosjenæringen har tapt anbud både på pasient og skoletransport. I Sør-Odal har antallet biler vært stabilt. Endringen har gått fra

seks hovedløyver og to reserveløyver til sju hovedløyver og ett reserveløyve i samme periode¹³.

5.4 Avgang, alder og rekruttering

En viktig årsak til avgang fra drosjeyrket nevnt av våre informanter i fylkeskommunene, er alder. En gjennomgang av alderssammensetningen i drosjenæringen, viser forskjeller mellom ulike områder. Den gjennomgående trenden er at løyveholderne i distriktene er eldre enn de som er i mer sentrale strøk. Det er også større aldersspredning i distriktene (tabell 2).¹⁴ Altså er det rimelig å anta at en god del løyveholdere går av for aldersgrensen i nær framtid. Det ser også ut til at det er færre unge som går inn som løyveholdere i distriktene, enn det er i byene. Dette er fordi aldersvariansen er større blant løyveholderne. Det kreves altså mindre ansiennitet for å få eget løyve i mindre sentrale deler av landet, men det er likevel mindre søkning til disse løyvene. Det kan være flere årsaker til dette, blant annet at det er lettere å komme inn som sjåfør i byene og at lokal forankring er viktigere i distriktene.

Tabell 2 Aldersfordelingen blant medlemmene i Norges Taxiforbund, fordelt etter arbeidsgiveravgiftssone. Sone [1,3] er i Sør-Norge [4,5] i Nord-Norge. Lavest tall er mest sentralt, Tromsø og Bodø er 4a.

Aldersgruppe	Arbeidsgiveravgiftssone (2010)							n	andel
	1	1a	2	3	4	4a	5		
til og med 30 år	2,7%	2,6%	1,8%	0,0%	0,4%	1,2%	0,9%	105	2,3%
31-40 år	15,4%	13,7%	9,0%	9,6%	12,7%	17,6%	8,6%	665	14,7%
41-50 år	33,2%	28,8%	31,9%	27,7%	34,5%	31,2%	26,7%	1480	32,8%
51-60 år	30,8%	31,4%	29,5%	34,9%	31,7%	32,9%	36,2%	1405	31,1%
61 år +	18,0%	23,5%	27,7%	27,7%	20,8%	17,1%	27,6%	863	19,1%
n	3546	153	166	83	284	170	116	4518	100,0%
% i sonen	100,1%	100,0%	99,9%	99,9%	100,1%	100,0%	100,0%		

TØI rapport 1086/2010

En observasjon fra intervjuene med fylkeskommunene, som også nevnes av Shreiber (1975) er at rekrutteringen til drosjenæringen ser ut til å være motsyklisk. Altså at det er flere søkere til ledige løyver i økonomiske nedgangstider, enn i oppgangstider. En forklaring kan være at det er lav terskel for adgang til yrket og det er et relativt lite attraktivt yrke, eventuelt at taxi er en siste utvei når en har mistet annen jobb.

Det er også en underliggende trend mot sentralisering av befolkningen. Antallet innbyggere i kommuner med høy sentralitet øker, mens antallet innbyggere i kommuner med lavere sentralitet ser ut til å gå ned, både absolutt og relativt. For drosjenæringen betyr dette at kundemassen blir mindre over tid i grissgrendte strøk.

Et eksempel på at det ikke er umulig å rekruttere nye løyveholdere i distriktene, finnes i Sogn og Fjordane, hvor helseforetaket og fylkeskommunen har hatt en bevist strategi for å rekruttere nye løyveholdere i forkant av anbuds konkurranser. Det har ført til at antallet løyver ikke har gått ned med mer enn to, på tross av en

¹³ Tall fra Norges Taxiforbund

¹⁴ Basert på tall for medlemmer i Norges Taxiforbund (n= 4518).

stor utskiftning av løyvehavere. Med bakgrunn i de intervjuene TØI har gjennomført, virker dette å ha fungert godt i praksis.

5.5 Konklusjon

- Det har vært en sterk vekst i omsetning i drosjenæringen. Dette gjelder både i sentrale og mindre sentrale kommuner i utvalget
- Veksten gjelder de fleste typer drosjetransport i byer og bynære kommuner. I distriktskommunene er det særlig pasienttransporten som har økt
- Inntektsgrunnlaget er ulikt i byer og distrikter, men felles er at pasienttransport utgjør en betydelig del av inntektsgrunnlaget. Et estimat fra Hedmark tyder på cirka 27 prosent i sentrale strøk og cirka 48 prosent i mindre sentrale strøk
- Det er en betydelig inntjeningsforskjell mellom sentrale og mindre sentrale strøk. I sentrale strøk ser ut til at gjennomsnittlig inntjening per løyve å ligge en tredel høyere enn i mindre sentrale strøk. Dette kan gi grunnlag for flere sjåførere per bil i sentrale sammenlignet med mindre sentrale strøk.
- Tilbudet til øvrige drosjebrukere ser ut til å falle når antallet løyver faller som følge av tapt anbud på pasienttransporten
- Skoletransport er også en viktig, offentlig betalt, inntektskilde, både i distriktene og i sentrale strøk.
- Alders sammensetningen innebærer avgang fra yrket i årene framover, ikke minst i distriktene, med potensielle rekrutteringsutfordringer.

6 Konklusjoner

Har omleggingen av pasienttransporten ført til at drosjetilbudet i distriktene er svekket/truet? Eventuelt i hvilken grad? Dette er hovedspørsmålene som er forsøkt besvart i denne rapporten, dels gjennom å analysere løyveutviklingen i ulike områder av landet de siste 10-15 årene, dels gjennom intervjuer representanter for utvalgte fylkeskommuner og sentraler, og dels gjennom å analysere datamateriale som er stilt til disposisjon fra fylkesdekkende sentraler for Hedmark, Oppland og Troms. På bakgrunn av dette vil vi nå komme med noen sammenfattende konklusjoner av analysene.

6.1 Store fylkesmessige variasjoner i løyveutvikling

Det er store forskjeller mellom fylkeskommunene når det gjelder utviklingen i antall løyver. Når det gjelder kommunene er det fire kommuner der alle løyver er falt bort, men da erstattet med alternative tilbud til befolkningen. Rundt 40 kommuner har to eller færre løyver igjen. Innlevering av løyver skjer som oftest på grunn av alder, men lav inntjening er også en årsak.

6.2 Ikke grunnlag for å si at bortfall av løyver har gitt bortfall av tilbud

De data vi har, gir ikke grunnlag for å konkludere med at bortfall av løyver har medført bortfall av tilbud, fordi vi de fleste steder ser at det enten er flere løyvehavere igjen, og i de tilfeller det ikke er det, så har det blitt etablert alternative tilbud, blant annet med bakgrunn i initiativ fra fylkeskommunen. Derimot er det flere steder en kan observere et svekket tilbud som følge tap av anbud til turbiloperatører. Dette er særlig sterkt i kommuner der pasienttransporten utgjør en stor del av markedet og antall løyver i utgangspunktet er lavt.

6.3 Lite konkurranse om pasienttransporten i distriktene

Flere helseforetak opplever problemer med konkurranse i pasienttransportmarkedet, noe som særlig gjelder distriktsregioner. Dette er en av grunnene til at enkelte helseforetak har forsøkt å få til konkurranse fra turvognoperatører gjennom å åpne for at disse kan by på pasienttransporten. I de tilfeller dette har lyktes, har drosjetilbudet i disse distriktene blitt svekket.

På denne måten oppstår det en motsetning mellom, på den ene siden, reguleringene i yrkestransportloven som kombinerer ivaretagelse av inntektsgrunnlaget til løyvehaverne og at de skal ivareta det lokale tilbudet, og på den andre siden, et anbudsregime som skal sikre konkurranse i pasienttransporten. Der fylkeskommunen har lyktes med å sikre et visst drosjemonopol i distriktene,

har helseforetakene mislyktes med å oppnå konkurranse i kontraktmarkedet. Og omvendt. Det kan stilles spørsmål om dette er konkurranse på like vilkår. Drosjenæringen har kjøreplikt og permanente løyver, mens turvognoperatører ikke har krav utover løyvekravene.

Mangel på tallmateriale fra helseforetakene gjør det imidlertid vanskelig å si noe sikkert om hva som er effektivitetstrendene for pasienttransporten på nasjonalt nivå. Kostnadsutviklingen for helseforetakene ser ut til å være en moderat økning, men det mangler gode tall for hva og hvor mye som blir produsert. Dette kan løses ved at helseforetakene samler inn tall for pasienter transportert, turer kjørt, kilometer kjørt og passasjerkilometer i tillegg til penger brukt, på en enhetlig måte. Helst bør slik datainnsamling ha kommunenivå/ kontraktsnivå som detaljnivå. En slik statistikk vil kunne fungere som et godt styringsverktøy.

6.4 Tap av anbud har gitt redusert tilbud i enkelte distrikter

Utredningen viser at *bortfall* av drosjetilbudet så langt er et marginalet problem, og at det har vært håndtert og kan håndteres gjennom etablering av alternative tilbud. Men utredningen viser også at det er en del underliggende trender som gjør at tilbudet på sikt kan bli *svekket* innen dagens reguleringsregime og med dagens markedsutvikling.

I mindre distriktskommuner utgjør pasienttransporten hoveddelen av drosjeeiernes inntektsgrunnlag. Dette betyr at løyvehavere er avhengige av pasienttransporten for å kunne ha drosje som hovedverv og opprettholde kjøreplikten. Det er nettopp i de tilfeller der drosjenæringen har tapt anbud på pasienttransporten at en har sett stort omfang av innlevering av løyver eller at løyvehaver har flyttet virksomheten til byområder.

Dette trekkes særlig fram i Buskerud, Hedmark og Nordland. Vi har sett nærmere på utviklingen i to av disse fylkene, og finner at tap av anbud på pasienttransport til turbiloperatør har medført løyvebortfall både i Hedmark og Nordland. Eksemplet Eidskog dokumenterer både avhengigheten av pasienttransporten i utkantkommuner og mulige nedadgående spiraler på tilbudsutvikling. Samtidig som omsetningen til pasienttransporten og skolebarnttransporten faller som følge av tapt anbud, faller også omsetningen til TT-kjøring og kontokunder. Tap av pasienttransport innleder i så måte en negativ inntektsspiral for drosjeeierne. Innlevering av løyver skjer ofte som følge av alder, og den relativt store andelen løyvehavere i distriktene over 60 år, innebærer rekrutteringsbehov for å opprettholde tilbudet. En negativ inntektsutvikling vil trolig påvirke rekrutteringen.

6.5 Drosjenes avhengighet av pasienttransporten øker

Et gjennomgående trekk er at pasienttransporten har økt i betydning for drosjenæringen i perioden 1996 – 2007. Dette gjelder både i mer og mindre sentrale strøk. Avhengigheten av pasienttransporten er størst i mindre sentrale strøk, mens pasienttransporten utgjør 50prosent av inntektsgrunnlaget for drosjeeierne i distriktene samlet sett. Tap av pasienttransport i en distriktskommune vil altså typisk bety en halvering av det direkte inntektsgrunnlaget.

Tallmaterialet viser også at det er ca 30 prosent lavere inntjening per løyve i mindre sentrale strøk enn i mer sentrale strøk i snitt.

Det er også en underliggende trend mot sentralisering av den norske befolkningen. Antallet innbyggere i kommuner med høy sentralitet øker, mens antallet innbyggere i kommuner med lavere sentralitet ser ut til å gå ned, både relativt og absolutt. For drosjenæringen betyr dette at kundemassen blir mindre over tid i grissgrendte strøk.

6.6 Overordnet konklusjon

Rapporten gir ikke grunnlag for en generell konklusjon om at bortfall av løyver har medført tap av transporttilbud for befolkningen i distriktene. Tvert i mot, der det har funnet sted et bortfall av løyver, er hovedreglen at det står flere løyvehavere igjen, og i de tilfeller hvor det ikke er det, har det blitt etablert alternative tilbud. Derimot er det flere steder en kan observere et svekket tilbud som følge tap av anbud til turbiloperatører, særlig sterkt i kommuner der pasienttransporten utgjør en stor del av markedet. Hovedbildet er at drosjenæringen i distriktene ikke har møtt konkurranse fra turbiloperatører, men i de tilfeller turbiloperatøren har vunnet anbudet, har drosjetilbudet blitt svekket.

På denne bakgrunnen konkluderer vi med at selv om det i dag ikke er grunnlag for å si at overføring av ansvaret for pasienttransporten til helseforetakene og anbudsregimet på feltet medfører bortfall av drosjetilbud, er det gode grunner til å anta at dette vil endre seg framover.

Fylkeskommunene har i hovedsak tre alternativer å velge mellom når drosjetilbudet har falt bort eller blitt svekket, dersom de ønsker å opprettholde et offentlig persontransporttilbud i distriktene. De kan enten lempe på kravene som stilles til løyvene, subsidiere drosjenæringen gjennom offentlig finansierte tilbud (TT- og/eller kommunal transport), eller erstatte drosjetilbudet med tilskuddsberettiget kollektivtransport. De to siste alternativene vil føre til økt belastning av fylkeskommunale budsjetter som må sees i sammenheng med eventuelle helseregionale besparelser som oppnås ved anbud av pasienttransporten. En slik sammenhengende vurdering blir sjelden foretatt i dag, selv om det er store regionsvise variasjoner også her. Longva m.fl. (2010) har tidligere foretatt en begynnende og prinsipiell drøfting av ulike måter å samordne pasienttransporten med andre former for offentlig transporttilbud i distriktene. I lys av erfaringene som har fremkommet i denne evalueringen vil vi understreke behovet for en mer samlet og overordnet analyse av det samme, blant annet med sikte på å harmonisere yrkestransport- og konkurranselovgevingen på dette feltet. Vi vil også peke på behovet for mer kunnskap og sammenlignbar statistikk om helseforetakenes kjøp av pasienttransport.

Referanser

- Asplan Viak (2007): Evaluering av anbud på pasienttransport, skoleskyss m.v. i Hedmark og Oppland 2005/2006
- Econ (2005): ”Behovsprøving av drosjeløyver- en nødvendighet for distrikts-Norge?”, Econ-rapport 2005-101.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008), *Pasienttransport og transporttilbud i distriktene*, Rapport, 04.02.2008
- Hjorthol, R., F. Longva, K. Skollerud og L. Vågane (2009), *Transportløsninger for eldre i distriktene*, TØI-rapport 1043/2009. Oslo: Transportøkonomisk institutt
- Konkurransetilsynet (1998), *Omlegging av Konkurransetilsynets regulering av drosjenæringen*.
- Longva, F. O. Osland og Leiren M.D. (2010): ”Omreguleringer i drosjemarkedet – hvilke alternativer finnes og hva blir konsekvensene”, TØI-rapport 1054/2010. Oslo: Transportøkonomisk institutt.
- Lov om offentlige anskaffelser – Lovdata, www.lovdata.no/all/tl-19990716-069-0.html
- Lov om yrkestransport – Lovdata, www.lovdata.no/all/tl-20020621-045-0.html.
- Norges Taxiforbund (2009), Høringsnotat til Oslo/Econ.
- NOU (1974:44), *Målsettinger og virkemidler i samferdselspolitikken*.
- Oppland fylkeskommunes (2009) Oppland fylkeskommunes brev til Norges Taxiforbund avdeling Oppland av 19 oktober 2009.
- Oslo kommune (2008), ”Drosjenæringen og Oslo kommune som løyvemyndighet”. *Byrådssak 117/2008*.
- Rambøll Management (2008): ”Evaluering av samarbeidsprosjekt om offentlig betalt transport i Innlandet” September 2008.
- Samferdselsdepartementet (2007): Samferdselsdepartementets brev til Oppland kommune av 29.03.2007.
- Shreiber, C. (1975): ”The Economic Reasons for Price and Entry Regulation of Taxicabs”, *Journal of Transport Economics and Policy* September, 1975.
- SINTEF (2007): ”Kostnadsutviklingen i pasienttransport 2002-2006”, Notat til Beregningsutvalget for spesialhelsetjenesten 12.06.2007.
- SINTEF (2007): ”Kostnadsutviklingen i pasienttransport 2002-2006, tilleggnotat”, Notat til Beregningsutvalget for spesialhelsetjenesten 12.06.2007.

Besøks- og postadresse:

Transportøkonomisk institutt
Gaustadalléen 21
NO 0349 Oslo

Telefon: 22 57 38 00
Telefaks: 22 60 92 00
E-post: toi@toi.no

www.toi.no



**Transportøkonomisk institutt
Stiftelsen Norsk senter for samferdselsforskning**

- utfører forskning til nytte for samfunn og næringsliv
- har rundt 70 forskere med høy, flerfaglig samferdselskompetanse samarbeider med en rekke samfunnsinstitusjoner, forsknings- og undervisningssteder i Norge og i utlandet
- gjennomfører forsknings- og utredningsoppdrag av høy kvalitet innen områder som trafiksikkerhet, kollektivtransport, miljø, reisevaner, reiseliv, planlegging, beslutningsprosesser, transportøkonomi og næringslivets transporter
- driver aktiv forskningsformidling gjennom TØI-rapporter, Internett, tidsskriftet Samferdsel og andre nasjonale og internasjonale tidsskrifter
- deltar i CIENS, Forskningscenter for miljø og samfunn, i Forskningsparken nær Universitetet i Oslo