

Samferdselsdepartementet

Deres ref:

Vår ref:

2018/743 - 6422/2018

Saksbehandler:

Hanne Løvereide Årstad 51963803

Dato:

21.12.2018

## Høring - endringer i drosjereguleringen - oppheving av behovsprøvingen mv.

### I Innledning

Helse Hest RHF viser til Samferdselsdepartementets høring om endringer i drosjereguleringen – oppheving av behovsprøving mv av 1. oktober 2018. Høringsfristen er satt til 1. januar 2019.

Helse Vest har laget en felles høringsuttalelse for de fire helseforetakene. Høringsuttalelsen er utarbeidet av en representant fra hvert av de fire pasientreisekontorene i regionen og er bredt forankret i foretaksgruppen.

Innledningsvis vil Helse Vest kommentere at vi i utgangspunktet er positivt til en liberalisering av drosjereguleringen i Norge. Flere aktører kan være prisgunstig for kontraktmarkedet, spesielt i byer og i større tettsteder. Videre ser vi det som fordelaktig at den enkelte sentral kan gå inn og lage privatrettslige avtaler med sjåfører tilknyttet sentralen, som går utover, og er mer forpliktende enn det som ligger til grunn i dag. Det er likevel en fare for at useriøse aktører vil starte opp med drosjeløyver. Faren er da at de vil kunne skumme fløten og i enkelte distriktskommuner vil de da skvise ut etablerte og seriøse transportører som er helt avhengig av både privatmarkedet og pasientreiser for å kunne drive regningsvarende.

Helse Vest vil under kap II foreslå en endring i yrkestransportloven § 20 og i kap III knytte merknader/kommentarer til kapitlene i høringsnotatet. Vi har her benyttet samme inndeling som i høringsnotatet.

## **II Forslag til endring av yrkestransportloven § 20**

Ut over de endringer som er behandlet og foreslås i høringsnotatet ber Helse Vest om at Samferdselsdepartementet vurderer en endring i yrkestransportloven § 20.

Bakgrunnen for dette er at transport av pasienter i dag er hjemlet i to ulike lovverk. Ambulanse- og annen transport av liggende pasienter er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven og utføres i dag vederlagsfritt for pasientene etter spesialisthelsetilfølgningen. Transport av sittende pasienter kommer inn under Yrkestransportlovens bestemmelser. I dag mangler det et transporttilbud til de pasientene som, av ulike grunner trenger ekstra tilsyn, ikke kan sendes med taxi, men heller ikke har behov for å transporteres liggende med ambulanse. Det er ikke forsvarlig å overlate de mest sårbare pasientene til sjåfører som hverken har erfaring eller noen form for helsefaglig kompetanse.

Helseforetakene ønsker en mulighet for å opprette tilbud, i egen regi, til gruppen av pasienter som trenger forsterket transport, men ikke ligger på bære. Det meste av pasienttransporten vil fortsatt legges ut på anbud til kommersielle aktører. På denne bakgrunn bes det om at unntaket i yrkestransportloven § 20 utvides til også å omfatte helseforetakenes pålagte transport av sittende pasienter. Dette innebærer da at bilene uniformeres som Syketransportbiler etter Helsedirektoratets rundskriv IS 12/2015, og er bemannet med eget kvalifisert personell. Pasientens vederlag følger egenandelsatsen som til enhver tid er fastsatt av Stortinget.

## **III Kommentarer knyttet til høringsnotatet**

### **2. Bakgrunn for forslaget**

Under punkt 2.2.2 i høringen står det; «Drosjesentralene har begrensede muligheter til å styre og sanksjonere de som utøver drosjetjenestene. I praksis har derfor drosjesentralene lite insentiver til å sette ekstraordinære krav til kvalitet, miljøløsninger, lavere priser eller annen differensiering og innovasjon som innebærer en kostnad for løyvehaverne»

Helse Vest er positiv til alle grep som gir den enkelte drosjesentral bedre mulighet for styring ovenfor sjåførgruppen. Denne mangelen i dag har store konsekvenser for den enkelte sentral sin evne til å gjennomføre et anbud og en kontrakt som planlagt. Viser i denne sammenheng også til punkt 5.9.1.

## **5. Nærmere om forslag til lov og forskriftsendringer for drosje**

### **5.2 Oppheving av behovsprøvingen og driveplikten mv**

Ved at kravet til behovsprøving og driveplikt bortfaller kan det være vanskelig å sikre god nok leveranse for reiser på rekvisisjon hele døgnet og alle dager i uken. At krav til tilstedeværelse for drosjene ved å fjerne driveplikten bortfaller kan medføre økte utgifter for helseforetak som må ha dette med i sine kontrakter for å sikre god nok beredskap.

### 5.3 Tiltak for å sikre tilstrekkelig drosjetilbud i hele landet

Under punkt 5.3.2. vises det til at: *«Fylkeskommunene har allerede i dag adgang til å kjøpe drosjetjenester dersom markedet ikke leverer ønskede tjenester.»* Dette er ikke noe vi har sett praktisert i Helse Vest sine fylker, og det må komme tydeligere frem hvordan dette skal praktiseres.

Pr. i dag blir dette løst fra fylkeskommunens side ved å gi enkelte kommuner løyvefritak. Dette igjen har ført til merkostnader for helseforetaket, samt at man i ytterste konsekvens må ta i bruk ambulanser som er i beredskap for å transportere pasienter som kunne reist med drosje. Det er viktig å sikre et drosjetilbud i hele landet slik at helseforetakene slipper lange og dyre tilkjøringer.

Videre står det i høringen 5.3.1; *«Med opphevingen av driveplikten kan departementet ikke utelukke at drosjetilbudet i de ulønnsomme delmarkedene vil kunne bli redusert, eller bortfalle helt».* Dette er ikke et ønskelig scenario for helseforetakene, hverken økonomisk eller ut fra beredskapshensyn. Vi ser at det kan komme situasjoner der ambulanse må kjøre «vanlige pasientreiser» og øyeblikkelig hjelp turer, som i dag løses av drosjene. En slik situasjon er ikke ønskelig. Det er i tillegg en frykt for at drosjer i distriktet, med kort vei til bysentra, vil trekke mot byen, særlig på kvelds, - og nattestid.

Det å kun bruke kommunegrenser som geografisk avgrensing av et enerettsområde passer ikke alle steder. Enkelte kommuner er langstrakte og har øyer uten fastlandsforbindelse. Soner innenfor en kommune kan være et bedre alternativ for enerett. Dette for å sikre at kunden ikke blir belastet for kostnader med lang tilkjøring. I dagens avtaler for pasienttransport har mange helseforetak delt opp anbudene i soner for å sikre akseptabel respons- og ventetid. Soneinndeling kan også redusere transportkostnadene. Når fylke gir / ikke gir løyvehavere enerettsavtaler bør det skje i samråd med store offentlige kjøpere av taxitjenester som helseforetakene.

Under punkt 5.3.2.3 forslår departementet å sette terskelnivåer basert på befolkningstall og befolkningstetthet. Her er det store forskjeller i ulike landsdeler. Vurderingen bør også ta hensyn til knutepunkter, tilgjengelighet, fergeforbindelser, vinterstengte veier med mer.

Sammenslåing av kommuner kan også medføre store utfordringer. Videre står det i høringen; *«På denne bakgrunn foreslår departementet at det ikke bør være adgang for å foreta inngrep i drosjemarkedet i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere og høyere befolkningstetthet enn 80 innbyggere per km<sup>2</sup>»* Dette vil ikke fungere i alle kommuner / steder som ligger over disse terskelverdiene. Det bør kun åpnes for fri konkurranse i et område etter avtale, i forståelse med andre offentlige aktører som helseforetakene. Oppheving av maksimalprisreguleringen kan i enkelte områder få store økonomiske konsekvenser for enkeltoppgjør (pasient bestiller og betaler selv, og sender så inn søknad om refusjon).

Departementet ønsker (5.3.2.4) særlig tilbakemelding hva er egnet maksimal kontraktsvarighet på enerettskontrakter. Departementet foreslår å begrense varigheten til

maksimalt tre år. Praksis i Hele Vest er en kontraktsvarighet på 2 år med muligheter for opsjon på 1 + 1 år. Da vil kontrakten ha en varighet som tilsier at man kan få tid til å etablere en tjeneste, men bare de som leverer godt får mulighet til 3 – 4 års kontrakter. Dette har fungert tilfredsstillende.

I høringsnotatet under punkt 5.3.2.5 står det; «*Fylkeskommunene kan ha ulik tilnærming til hva som er et tilstrekkelig drosjetilbud*». Her anbefales et samarbeid med aktører som har behov for drosjetilbud til blant annet pasienttransport, TT kort, institusjonstransport, skolekjøring dvs helseforetak, fylke og kommuner.

Helse Vest ønsker at fylke skal samarbeide tett med andre store aktører rundt offentlig kjøring. Dette bør være mer formalisert og forpliktende enn det som er skissert i høringsnotatet.

I høringen under punkt 5.3.2.6 står det; «*Transport innad i kommuner hvor fylkeskommunen har tildelt enerett er ikke tillatt for andre enn enerettshaver*». Det er ulike avtaler i foretakene, men det er et ønske om størst mulig frihet om å starte og slutte turer ut fra hva som er hensiktsmessig og ikke la det nødvendigvis bero på hvem som er avtalepart i det aktuelle enerettsområde.

Helse Vest er usikker på om det vil være mulig for en tilbyder å gi anbud på pasientreiser i en gitt kommune, der tilbyder ikke har avtale om enerettskjøring i den kommunen. Vi har likevel stor forståelse for transportør sin forutsigbarhet knyttet til volum av turer. Vi ser det heller ikke som hensiktsmessig at enerett gjelder kun deler av døgnet. Dette vil kunne skape problemer med å få avvirket pasientreiser i tider der avtalen ikke gjelder, samt at det vil bli uoversiktlig for pasient, behandler og pasientreisekontor. Vi ser også at kjøring på lite gunstige tidspunkt kan bli unødig høyt priset i avtaler med det enkelte foretak.

Under punkt 5.3.2.7 i høringsnotatet står det; «*På denne bakgrunn mener departementet at fylkeskommunene bør ha adgang til å tildele eneretter også etter en forhåndsvurdering av om svikt i tilbudet vil oppstå i drosjemarkedet*». Det bør settes en tidsfrist for behandling av slike saker for å unngå et vakuum grunnet saksbehandling. Dette kan gå kraftig ut over kontraktsmarkedet og påføre ekstra kostnader.

## 5.7 Særskilte løyvekategorier

I høringsnotatet står det: «*Departementet vil legge til rette for et system der transportøren oppfyller objektive vilkår, får et løyve og i utgangspunktet kan delta i alle markedssegmenter. Departementet mener det vil være hensiktsmessig å ha ett drosjeløyve som omfatter alle dagens løyvekategorier som utføres med kjøretøy i personbilstørrelse. I en slik ordning vil man stille objektive krav til løyvehaver og like krav til utrustning av kjøretøyene.*» Dette kan skape et stort skille mellom personbil og større biler tilpasset eksempelvis rullestolbrukere.

Om det blir lettere å skaffe seg et ordinært løyve er det en reel fare for at dette vil gå utover større biler, som i dag har hatt et fortrinn i kontraktmarkedet nettopp fordi de kan brukes til alle typer oppdrag. Terskelen mellom de to vil bli vesentlig større, dette kan gå utover mobiliteten til utsatte grupper som rullestolbrukere. Dette kan resultere i at det offentlige som legger disse kravene i anbudsdokumentene betaler en høy overpris for tjenesten. Tilbyder må beregne investeringskostnaden inn i hvert enkelt anbud slik at dette markedet overpriser. I tillegg vil eventuelle slike biler bare kjøre i kontraktmarkedet som igjen fører til et dårligere drosjetilbud for en utsatt gruppe.

Det vil medføre merkostnader for helseforetakene når en i anbudsdokumentene både må stille krav om universellutforming og taksameter.

## 5.9 Tilknytning til drosjesentral og logging av drosjeturer

Under krav om logginger av turer står det; «*Departementet foreslår videre at denne informasjonen skal lagres i ti dager*» Dette vil være for kort lagringstid for kontraktmarkedet med tanke på avviksoppfølging, klager og fakturering.

I kontraktmarkedet vil det minimum være hensiktsmessig å lagre dette frem til frist for faktura, da denne loggen vil danne fakturagrunnlaget. Ser man bort fra dette og bare på ti dagers fristen vil dette også være altfor kort i forhold til når en eventuell klage kommer inn. Ved transport av pasienter opplever vi ofte at en klage kan komme lenge etterpå, dette fordi pasienten kan ha behov for hjelp til skriving av klage. Flere sender også dette pr brev og det kan da ta vesentlig mer tid enn ti dager etter gjennomført tur før den kommer noen i hende.

Dataene bør lagres i et sentralt arkiv slik at dersom man i en slik sak ber om innsyn må data fryses og ikke kunne påvirkes av løyvehaver. Dersom dette ikke lar seg gjøre på et generelt grunnlag av hensyn til personvernbestemmelser, bør det vurderes å lovregulere et unntak for kontraktskjøringer.

Under punkt 5.9.4 står det; «*Departementet foreslår å oppheve yrkestransportforskriften § 46 om tilslutning til drosjesentral*». Vi er enig i dette, men ser store utfordringer med fremtidig bestilling og oppgjør for pasienttransport dersom det ikke kommer klare føringer til hvordan transporten skal bestilles og krav til oppgjør/lagring av taksameter informasjon. Her bør det ses til retningslinjer i nabolandene.

## 5.12 Kjøreseddel

Når det gjelder språkkrav, som omhandlet under punkt 5.12.1, må det være krav til norsktalende sjåfører for å ivareta pasienten. Det er viktig for samhandling med pasient, behandler, pasientreisekontor og for trygghet under reisen at sjåfør snakker godt norsk. En gjennomføring av skriftlig eksamen fremstår ikke som «godt nok».

I dag er det en stor språkutfordring i bransjen. Dette har bransjen selv klaget på. Videre om eksamen; Det bør ha en økonomisk konsekvens slik at man ikke bare prøver til man klarer det. Det bør også være karantenetid mellom forsøkene da potensiell sjåfør trenger tid til å forbedre de områdene man feilet på. Viser også til punkt 2.2.2 og undersøkelsen til Forbrukerrådet om at over halvparten de som har kjørt med drosje har hatt negative opplevelser med drosjesjåfør.

Pasient og pasientreisekontor opplever kjentmannsprøven som et tegn på kvalitet hos sjåfør. Det er viktig å vite hvor pasient skal hentes og levers uten å kun støtte seg på GPS.

Under punkt 5.12.3 står det: «*Departementet foreslår å innføre et krav om fagkompetanse for drosjesjåfører.*» Språkkravet bør legges inn som en del av fagkompetansen for drosjesjåfører, både nye sjåfører og for sjåfører som skal fornye kjøreseddelen.

### 5.13 Taksameter

Departementet skriver: «*Som en konsekvens av departementets forslag om å kun ha to løyvekategorier, drosjeløyve for kjøretøy inntil ni seter og turvogn for kjøretøy over ni seter, vil det ikke lenger være krav om taksameter for maxitaxier. Turvogner kan likevel benyttes i det ordinære drosjemarkedet dersom løyvehaver ønsker det og det kan installeres taksameter på frivillig basis. Departementet mener det ikke er nødvendig at maxitaxiene skal utstyres med taksameter*»

Et alternativ til taksameter bør være på plass før endringer trer i kraft og det er ønskelig at en slik alternativ løsning blir et krav til maxitaxier/turvogner for å få lov til å utføre persontransport mot betaling.

Videre kan bortfall av krav til taksameter medføre kostnadsøkning for helseforetakene. Krav til taksameter/alternativ løsning må kravstilles for bilene som skal utføre pasienttransport. Taksameter som er i bruk i dag er godkjent for sikker overføring av bestillinger, slike bestillinger fra helseforetakene regnes som personopplysninger og er sensitive. Ved å fjerne taksameteret fjerner man en etablert måte å kommunisere med bransjen. Helseforetakene vil med dette få regningen med å utvikle ny løsning som må kravstilles i forhold til nye kontrakter. Dette vil for helseforetakene øke prisen betraktelig, det vil sågar muligens også redusere antall tilbydere for helseforetakene.

### 5.14 Krav om merking av kjøretøy

Under punkt 5.14.1 står det; «*Departementet mener dermed et krav om utvendig merking av kjøretøyet med løyvenummer i skrifthøyde 40 mm vil gi tilstrekkelig informasjon.*»

Dersom det ikke stilles noen flere krav til selve merkingen (farge – refleks) kan resultatet bli så anonymt at våre pasienter ikke klarer å se om bilen er drosje eller ikke. Helse Vest mener at den trygghet bruker opplever ved at drosjen er tydelig merket ikke må undervurderes.

Videre står det i høringen; «*Departementet foreslår videre at kun drosjer med godkjent taklykt skal ha tilgang til kollektivfelt*». Dette er ugunstig for bestilling og gjennomføring av pasienttransport. Ved bestilling må det legges inn ekstra reisetid, da en ikke vet hvilken drosje som skal utføre transporten. Helseforetakene vil påføres merkostnader når reisetiden øker. Alternativt må dette kravstilles i anbud og vil bli et nytt krav som fordyrer avtalen.

### 5.17 Maksimalprisreguleringen

Departementet skisserer et alternativ med å oppheve maksimalprisreguleringen og la markedet bestemme prisen. Dette er utprøvd i storbyene med unntak fra maksimalprisforskriften. Målet var at konkurransen skulle styrkes og man så for seg at prisene gikk ned.

Nå ser vi at fritaket har hatt motsatt effekt og der hvor det er fritak er prisen høyere. I en situasjon med enda flere taxisentraler, vil fort markedet og prisene fremstå som enda mer uoversiktlig enn i dag. Områder/byer uten maksimalprisregulering konkurrerer i dag om priser som er langt høyere enn maksimalpris og ingen signal tyder på at prisen vil reduseres til maksimalprisnivå dersom dette ikke blir stilt som krav for hele landet.

Vennlig hilsen



Herlof Nilssen  
adm. direktør