



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
SAMFERDSELSDEPARTEMENTET

Rapport

Pasienttransport og transporttilbud i distriktene



Forord

Det er viktig at ulike former for offentlig betalt transport samordnes bedre slik at tilbudet til brukerne blir best mulig og at de samlede ressursene utnyttes på en effektiv måte. Det meste av den offentlig betalte transporten utenom rute gjennomføres med drosje eller turvogn. Vi vil derfor understreke at det er i både helseforetakenes og fylkeskommunenes interesse å sikre at det opprettholdes et drosjetilbud også i distriktene.

Helse- og omsorgsdepartementet og Samferdselsdepartementet nedsatte derfor høsten 2007 en tverrdepartemental arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å belyse ulike problemstillinger knyttet til temaet. Rapporten som nå foreligger setter nettopp fokus på utfordringer og muligheter i skjæringspunktet mellom kollektivtilbud i distriktene og pasienttransport.

De fleste forslagene til tiltak kan gjennomføres innenfor rammen av eksisterende regelverk. Dette er tiltak som i første omgang må løses gjennom samarbeid mellom de to største aktørene på dette området, fylkeskommunene og helseforetakene. Arbeidsgruppen har også foreslått endringer i regelverket på noen områder. Disse forslagene vil bli vurdert nærmere og eventuelt utredet.

Helseforetakene er en stor aktør gjennom pasienttransporten, og dermed i transportvirksomheten i distriktene, og bruker om lag 2 mrd. kroner årlig på dette. Det vurderes at omfanget vil øke i årene fremover og det er derfor viktig at det etableres nye og mer effektive transportløsninger for pasienttransporten.

Vi ser det som svært viktig å komme frem til løsninger som er til det beste for pasienttransporten og transporttilbudet for befolkningen i distriktene. Vi mener at dette er både ønskelig og mulig.

Vi håper at forslagene i denne rapporten vil kunne bidra til å nå ovennevnte målsettinger. Vi vil allikevel påpeke at for å sikre effekt av tiltakene må det etableres gode samarbeidsrelasjoner mellom helseforetak, fylkeskommuner og transportnæring. Vårt inntrykk er at disse gruppene er motiverte til å finne gode løsninger som tjener brukerne av tjenesten, og som bringer både kollektivtilbudet og pasienttransporten opp på et kvalitetsmessig høyere nivå enn dagens.

Vi vil takke alle involverte aktører for denne rapporten og ønske dem lykke til med det videre arbeidet.

Oslo, 4. februar 2008


Liv Signe Navarsete
Samferdselsminister


Sylvia Brustad
Helse- og omsorgsminister

1	Innledning.....	3
1.1	Bakgrunn for rapporten	3
1.2	Arbeidsgruppens sammensetning	4
1.3	Avgrensning av arbeidet - mandat.....	4
1.4	Sammendrag	5
2	Status og utfordringer	6
2.1	Helseforetakene og ansvaret for pasienttransport.....	6
2.1.1	Et mer kostnadseffektivt transporttilbud?.....	7
2.1.2	Pasientenes erfaringer.....	9
2.1.3	Hovedutfordringer for helseforetakene.....	9
2.2	Transporttilbudet i distriktene.....	10
2.3	Tilbyderne av transporttjenester (drosjenæringen, turbilselskap, rutebilselskap mv).....	12
3	Juridiske rammevilkår.....	13
3.1	Forskrift om rett til dekning av utgifter ved reise for undersøkelse eller behandling	13
3.2	Regelverk for ambulansetransport m.m.....	14
3.3	Regelverket om offentlige anskaffelser.....	15
3.3.1	Særlig om kjøp av transporttjenester	15
3.4	Yrkestransportloven.....	16
3.5	Konkurranseloven	17
3.6	Annet regelverk.....	18
3.6.1	Pristiltaksloven og maksimalprisreguleringen.....	18
3.6.2	Bilavgiftene	18
4	Forslag til tiltak	19
4.1	Forslag til tiltak fra de regionale helseforetakene	19
4.2	Forslag til tiltak fra Norges Taxiforbund	23
4.3	Forslag til tiltak fra fylkeskommunene.....	24
4.3.1	Nordland fylkeskommune.....	24
4.3.2	Oppland fylkeskommune.....	25
4.4	Forslag til tiltak fra Konkurransetilsynet	27
5	Forslag til tiltak.....	30
5.1	Tiltak for å øke andelen pasientreiser i det ordinære rutegående transporttilbudet (kollektivtransport).....	30
5.1.1	Tiltak som kan gjennomføres innenfor rammen av eksisterende regelverk	31
5.1.2	Tiltak som krever endringer i dagens regelverk	31
5.2	Tiltak for bedre samordning og tilpasning av anbudsgrunnlaget for offentlig betalte transporter utenom det rutegående transporttilbudet m.v.....	32
5.2.1	Tiltak som kan gjennomføres innenfor rammen av eksisterende regelverk	32
5.2.2	Tiltak som krever endringer i dagens regelverk	33
5.3	Vurdering av eksisterende behovsprøving ved tildeling av løyve til drosjer	33

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for rapporten

25. oktober 2007 ble det avholdt et møte mellom Helse- og omsorgsministeren og Samferdselsministeren vedrørende pasienttransport og forholdet til transporttilbudet i distriktene.

Bakgrunnen for møtet kan beskrives med tre hovedproblemstillinger:

- Uttrykt bekymring for distriktpolitiske konsekvenser av at pasienttransport blir satt ut på anbud og at dette i enkelte distrikter har medført en "trussel" for drosjenæringen
- Problemer knyttet til lange ventetider og manglende kapasitet i drosjetilbudet for brukere av pasienttransport, særlig i Oslo-området
- Samtidig har fylkeskommunene som ansvarlig for lokal kollektivtransport, store utfordringer med hensyn til å opprettholde et tjenlig kollektivtransporttilbud i distriktene

Det er identifisert problemstillinger i skjæringspunktet mellom regelverket for pasienttransport, lov om offentlige anskaffelser, yrkestransportloven, pristiltaksloven og konkurranseloven.

Det er også relevant å vise til sosialkomiteens innstilling ved behandlingen av Ot.prp. nr. 66 (2003-2004) *Om lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (Finansieringsansvar for sykestransport og reiseutgifter for helsepersonell)*:

"*Flertallet* (Ap, H, SV, KrF og SV) er kjent med at det i flere fylker og regioner er gjort mye godt arbeid i forhold til å samordne ulike skyss- og transportbehov som ulike offentlige instanser innafor et geografisk område har. Dette gir både rasjonelle transportløsninger og betydelige samfunnsmessige gevinster i form av økonomiske innsparinger på utgifter til transport. *Flertallet* forutsetter at de regionale helseforetaka når de nå får overført finansieringsansvaret for sykestransporten, fortsetter deltagelsen i og videreutviklingen av slike samarbeidsløsninger, og ber departementet følge opp overfor de regionale helseforetaka at dette skjer." (Innst. O. nr.9 (2003-2004)).

Samferdselsdepartementet har i forslaget til statsbudsjett for 2008 avsatt 20 millioner kroner til prosjekter for å styrke kollektivtransporttilbudet i distriktene, der samordning av tjenestetilbud hvor også drosje inngår, er aktuelle tiltak. Det ble i møtet mellom statsrådene også vist eksempler på ulike samarbeidsmodeller mellom fylkeskommuner og helseforetak for bedre samordning av offentlig betalte transporter, som har gitt positive effekter.

Konklusjonen på møtet var å nedsette en arbeidsgruppe mellom Samferdselsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, der Kommunal- og

regionaldepartementet og Fornyings- og administrasjonsdepartementet også inviteres til å delta. Arbeidet med å komme med forslag til tiltak ble gitt frist til ca. 20. desember 2008.

1.2 Arbeidsgruppens sammensetning

Arbeidet har vært ledet av statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet Arvid Libak og statssekretær i Samferdselsdepartementet Erik Lahnstein.

Arbeidsgruppa har bestått av:

Avdelingsdirektør Mette Bakkeli, Helse- og omsorgsdepartementet
Seniorrådgiver Rune Hallingstad, Helse- og omsorgsdepartementet
Seniorrådgiver Cathrine Runge, Helse- og omsorgsdepartementet
Avdelingsdirektør Arnfinn Øen, Samferdselsdepartementet
Seniorrådgiver Jan Tore Hanssen Samferdselsdepartementet
Seniorrådgiver Berit Ottesen, Fornyings- og administrasjonsdepartementet
Seniorrådgiver Judith Kortgård, Kommunal- og regionaldepartementet

1.3 Avgrensning av arbeidet - mandat

Gitt tidsfristen som er satt for arbeidet, er det lagt til grunn å utarbeide et dokument som belyser ulike problemstillingene og uheldige konsekvenser innenfor eksisterende ordning, samtidig som det gis oversikt over igangsatte og foreslåtte kompenserende tiltak og samarbeidsløsninger. Det er lagt til grunn at forslag til tiltak skal kunne gjennomføres innenfor gjeldende ansvarsforhold og foreliggende økonomiske rammer.

Forslag til tiltak er drøftet langs to hovedakser:

- I. Tiltak for å øke andelen pasientreiser i det ordinære rutegående transporttilbudet (kollektivtransport)
- II. Tiltak for bedre samordning av og tilpasning av anbudsgrunnlaget for offentlig betalte transporter utenom det ordinære rutegående transporttilbudet

Innenfor de to første kategoriene er det skilt mellom:

- a) Tiltak som kan gjennomføres innenfor rammen av eksisterende regelverk, og
- b) Tiltak som krever endringer i dagens regelverk og som eventuelt må utredes nærmere gitt at oppdragsgiverne ønsker å forfølge disse videre

I tillegg er behovsprøvingen ved tildeling av løyve til drosjer vurdert.

Som innledning til arbeidet ble det arrangert et halvdags seminar 16. november 2007 der representanter fra de regionale helseforetakene, samferdselsetaten i fylkeskommunene, Norges Taxiforbund og Konkurransetilsynet ble invitert for å bidra til å belyse problemstillingene ut fra sitt ståsted. Leder av brukerrådet i Helse Sør-Øst RHF, Alf Magne Bårdslett var også til stede.

Møtet ble innledet ved innlegg fra statssekretær Arvid Libak og statssekretær Erik Lahnstein. I tillegg bidro følgende med innlegg:

Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, Helse Sør-Øst RHF

Avdelingssjef Jostein Svendsen, pasienttransportavdelingen, Ullevål universitetssykehus HF

Rådgiver Erik Andreas Øien, Helse Midt-Norge RHF

Rådgiver Irene Skiri, Helse Nord RHF

Samferdselssjef Arild Bønn, Oppland fylkeskommune

Samferdselsplansjef Per Munkerud, Nordland fylkeskommune

Direktør Wiggo Korsnes, Norges Taxiforbund

Seksjonsleder Jostein H. Solberg, Konkurransetilsynet

Alle innlederne ble bedt om å oversende skriftlige innspill basert på sine innlegg i etterkant av møtet. Disse er innarbeidet i rapporten, og er i sin helhet vedlagt rapporten.

1.4 Sammendrag

Rapporten er bygd opp ved at det under pkt. 2 gis en oversikt over de viktigste utviklingstrekkene og utfordringene knyttet til pasienttransport og transporttilbudet i distriktene.

Under pkt. 3 følger en oversikt over de viktigste regler og rammevilkår knyttet til pasienttransport og transporttilbudet i distriktene, herunder reglene for refusjon ved pasienttransport, regler for ambulansetransport, yrkestransportloven, konkurranse-loven, lov om offentlige anskaffelser, pristiltaksloven og de viktigste bilavgiftene.

Under pkt. 4 er det gitt en oversikt over utfordringer, og forslag til tiltak fra helseforetakene, Oppland fylkeskommune, Nordland fylkeskommune, Norges Taxiforbund og Konkurransetilsynet.

Arbeidsgruppens forslag til oppfølging av disse forslagene følger under pkt 5. Bla. foreslås det at:

1. Samferdselsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, på egnet måte, oppfordrer fylkeskommunene og de regionale helseforetakene om:
 - Å etablere dialog for å vurdere muligheter for å utvikle helhetlige transportopplegg innen fylkeskommunens ansvarsområde som er tilrettelagt også for helsesektoren. Dette innebærer mer fleksible rutegående tilbud, der ruter og rutetider er tilpasset behandlingssted og behandlingstidspunkt, gjerne bestillingsbasert og dør til dør transport, herunder som mating til større rutegående tilbud
 - Det kan være aktuelt å utarbeide opplegg for å øke sjåførenes kompetanse om de ulike transportbrukernes behov for å forbedre kvalitet og service på tilbudet,

herunder nødvendig assistanse ved av/påstigning, hjelp med bagasje, gode seter som kan reguleres, transport helt frem til behandlingsstedet m.v. Det kan også være aktuelt med egne "avdelinger" for pasienter på buss/hurtigbåt / (tog)

- Både fylkeskommunene og helseforetakene bør fokusere på informasjon/ markedsføring om det ordinære transporttilbudet, både overfor pasienter og leger og andre som rekvirerer offentlig betalt transport om kvaliteten og mulighetene for å bruke lokal kollektivtransport fremfor drosje
- Helseforetakene også må arbeide med å organisere behandlingen av dagpasienter internt på sykehus og tilpasse utskrivningstidspunktene, slik at de i større grad tilpasses transportmulighetene i den ordinære kollektivtransporten

Etter arbeidsgruppas vurdering er regelverket om offentlige anskaffelser ikke til hinder for et slikt samarbeid som her skisseres.

2. Å fjerne, eventuelt redusere egenandel på pasienttransport ved bruk av ordinær kollektivtransport, kan utredes nærmere. Slik at det blir mer attraktivt å benytte ordinær kollektivtransport.
3. At felles kjørekontor kan være et aktuelt tiltak for å samarbeide om kjøp av transporttjenester. I forskriften om offentlige anskaffelser § 3-13 åpnes det nå for bruk av innkjøpsentraler, jf omtale under 3.3.1.
4. Helseforetakene og fylkeskommunene bør i forkant av anbudsrunderne foreta en vurdering av anbudsgrunnlaget for å unngå at anbudsgrunnlaget hindrer virksom konkurranse om transportanbud.

Etter gruppens vurdering kan det stilles spørsmål om behovsprøvingen fremdeles er et effektivt virkemiddel for å sikre drosjetilbudet til privatkundene i distriktene, og om en heller bør vurdere et system der avtaleløsninger sikrer allmennheten tilgang til drosjetjenester der det ansees som nødvendig. Det vises her til kravene om 24 timers beredskap som helseforetakene i mange tilfeller i dag stiller ved sine kjøp.

2 Status og utfordringer

I dette avsnittet blir det gitt en beskrivelse av de viktigste utviklingstrekk mht utfordringer og ansvarsforhold.

2.1 Helseforetakene og ansvaret for pasienttransport

Ansvaret for pasienttransport [syketransport] ble overført fra trygdeetaten til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2004 (Ot.prp. nr. 66 (2002-2003) jf Innst. O. nr. 9 (2003-2004)).

Målsetningen med overføringen var å stimulere til behandling nær pasientenes bosted når dette både er til fordel for pasienten og representerer sparte utgifter til syketransport. Ved å samle finansieringsansvaret og utgiftsansvaret på ett nivå var det

forutsatt at endringen ville bidra til mer rasjonelle behandlingstilbud og et mer kostnadseffektivt transporttilbud.

Det ble lagt til grunn at de regionale helseforetakene utløste anslagsvis 80 prosent av utgiftene, mens kommunehelsetjenesten utløste anslagsvis 20 prosent av utgiftene. Ut fra prinsippet om at den som utløser en utgift i størst mulig grad bør ha ansvaret for utgiftsdekningen, ble det vurdert å dele finansieringsansvaret for pasienttransport mellom de regionale helseforetakene og primærkommunene. For ikke å få en fragmentert ordning ble det imidlertid vedtatt at *de regionale helseforetakene får ansvaret for å dekke reise utgifter til pasienter som reiser til undersøkelse og behandling både i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og hos private behandlere der utgiftene til behandling dekkes etter folketrygdloven kapittel 5.*

Samtidig ble finansieringsansvaret for *transport av helsepersonell* (lege, hjemmesykepleie m.v.) overført fra trygdeetaten til henholdsvis de regionale helseforetakene (helsepersonell i spesialisthelsetjenesten) og primærkommunene (personell i kommunehelsetjenesten).

2.1.1 Et mer kostnadseffektivt transporttilbud?

Den årlige utgiftsveksten til pasienttransport forut for ansvarsoverføringen i 2004 var i størrelsesorden 10-15% pr år, en betydelig sterkere utgiftsvekst enn ellers i spesialisthelsetjenesten. Bedre kostnadskontroll var derfor en av hovedmålsettingene ved overføring av ansvaret for pasienttransport til de regionale helseforetakene.

SINTEF Helse har i et notat til Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (Notat 12.6.2007) sett på kostnadsutvikling i pasienttransport i perioden 2002-2006 for alle de regionale helseforetakene med utgangspunkt i tall fra NAV og RHF-ene.¹

Oppsummert er inntrykket at kostnadsveksten i pasienttransport er stabilisert eller gått ned etter at pasienttransportreformen ble innført i 2004, kanskje særlig fra 2005 til 2006. For 2006 er det bare tall fra RHF-ene. Inntrykket her er at bortsett fra Helse Øst², 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.

SINTEF Helse har også sett på kostnadsutvikling for ulike typer transportmidler. Her framkommer det tildels store variasjoner mellom helseregionene:

- Den største andelen av pasienttransportkostnadene er, med unntak for Helse Nord, knyttet til drosjereiser. I 2005 var andelen av kostnader til drosje 84 prosent i Helse

¹ Det er ikke uproblematisk å følge den reelle kostnadsutviklingen for pasienttransport med utgangspunkt i tallene fra NAV og RHF-ene. Dette har bl.a. sammenheng med ulike regnskapsprinsipper og ulik måte å postere kostnadene på. Dette gjør at det ikke er mulig å sammenlikne kostnadsutviklingen direkte, men gitt alle forbehold viser notatet en indikasjon på utviklingen.

² Helse Øst RHF og Helse Sør RHF ble slått sammen til Helse Sør-Øst RHF 1. juni 2007.

Øst, 71 prosent i Helse Sør, 58 prosent i Helse Midt-Norge og 56 prosent i Helse Vest

- I Helse Nord er det kostnader til rutefly som utgjør den største andelen med 48 prosent i 2005, mens kostnader til drosjer utgjorde 29 prosent av de totale kostnadene til pasienttransport
- Andelen kostnader til rutegående transportmidler (unntatt rutefly) utgjør en liten andel av de samlede kostnadene, og har i perioden 2002-2005 gått noe ned i alle regioner bortsett fra Helse Øst RHF. I 2005 varierte andelen av kostnadene til rutegående transportmidler fra 2 prosent i Helse Øst³ til 9 prosent i Helse Vest

Allerede i august 2003 (før ansvarsoverføringen) ble det gitt pålegg fra daværende sosialminister om at anbudsreglene skulle benyttes. RTV påla fylkestrygdekontorene å legge transporten ut på anbud de steder der dette ikke var gjennomført og hvor prisreguleringen var opphevet. Det ble stilt krav om at det måtte dokumenteres at det ikke er konkurranse, dersom anbud ble utelatt. Turvognløyvehavere ble spesielt nevnt som mulige konkurrenter til drosjene.

I tråd med forutsetningen for pasienttransportreformen om et mer kostnadseffektivt transporttilbud, har helseforetakene videreført konkurranseutsetting av pasienttransporten, med fokus på pris, leveringsdyktighet og kvalitet. Det er opprettet flere ruter for Helseekspresser og andre helsebusstilbud. I tillegg er iverksatt flere tiltak med mål om bedre kostnadseffektivitet.

Kjørekontorene, som organiserer og koordinerer pasienttransport til og fra sykehus/ behandlende enhet, vektlegger større grad av samordning av drosjeturer for pasienter fra samme område, jobber med bedre utnyttelse av drosjer/turvogner som står "på vent" på sykehuset, koordinerer flyreiser og finner billigste billett på aktuell strekning. Det er innført et nytt felles datasystem, NISSY, for koordinering av pasienttransport. Bedre koordinering mellom pasienttransporten og avdelingene i sykehusene har også vært vektlagt, for eksempel ved at sykehusene kaller inn pasientene etter bosted, slik at flere fra samme område har time samme dag, og dermed kan dele transport. Dette innebærer økt ventetid for pasientene, og ikke alle er tilfredse med det. I 2007 har noen helseforetak satt i gang faste utskrivningstidspunkt for at det skal bli enklere å samordne flere transporter, og i større grad gjøre bruk av returtransport.

I mange områder er det et svakt kollektivtilbud, noe som gjør at mange reiser med drosje. Det er imidlertid eksempler på at bedre informasjon til rekvirentene gjør at pasienter som har fått rekvisisjon for drosjetransport av kommunikasjonsmessige årsaker, nå henvender seg til trygdekontor og kjørekontor slik at de kan styre pasienten innpå kollektivtransport på store deler av reisestrekningen. De regionale

³ Disse tallene sier ingen ting om antall reiser, og kan derfor gi et litt skjevt bilde. For eksempel for tidligere Helse Øst er det nok slik at en stor del av de reisene som foregår med rutegående transportmidler er korte, og dermed koster mindre, i mange tilfeller kan prisen være lavere enn egenandelen, og dermed utgjør de også en betydelig mindre andel av de totale kostnadene.

helseforetakene har etablert et felles nettsted med informasjon til behandlere og brukere av pasienttransport www.pasienttransport.no.

I tillegg til tiltak for en mer kostnadseffektiv transport har det, særlig i Helse Nord RHF, skjedd en desentralisering av tjenestetilbudet gjennom ambulerende tjenester, lokale avtalespesialisthjemler, utstyrsanskaffelser som MR og dialyseutstyr osv, som isolert sett reduserer transportbehovet.

2.1.2 Pasientenes erfaringer

Det skjedde ingen endring i regelverket ved overføringen av ansvaret for pasienttransport fra folketrygden til de regionale helseforetakene, men Helse- og omsorgsdepartementet erfarer at mange pasienter oppfatter en innstramming i regelverket. Dette kan skyldes de regionale helseforetakenes fokus på samkjøring, bruk av helseekspresser og økt kontroll med nødvendigheten av bruk av dyrere transportmiddel.

Pasientene er svært opptatt av at transport til og fra undersøkelse og behandling er tilpasset den enkeltes behov, og knyttet til faglighet, trygghet og service. Tilbudet må være fleksibelt og det må være rom for individuelle hensyn. Flere pasienter har ytret at de finner transporten til og fra behandling som uverdig. Departementets erfaring er at det særlig er ventetid og samkjøring som synes problematisk.

Dagens regelverk er ikke til hinder for å dekke utgifter til f.eks. drosje umiddelbart etter endt behandling og drosje alene, dersom medisinske forhold tilsier dette. Det er mulig at kjørekontorene praktiserer regelverket noe innskrenkende på dette området.

2.1.3 Hovedutfordringer for helseforetakene

Volumet av pasienttransport forventes å øke fremover. Dette skyldes økt funksjonsfordeling mellom sykehus, kortere liggetid og overgang fra innleggelse til dagbehandling der tidligere én tur/returreise blir erstattet av flere reiser knyttet til undersøkelse, behandling og oppfølging/kontroll. Samtidig påvirker kommunenes organisering av helsetjenester volumet gjennom sentralisering av legevakter, overgang fra sykehjem til hjemmebaserte tjenester samt større terskel for fastleger til å ta hjemmebesøk. Disse forholdene bidrar til å øke det samlede transportbehovet.

På den annen side medfører utvikling av effektive transportløsninger og samordning av pasienttransporten et redusert behov for spesialtransport. Dette, i tillegg til at nedgang i folketallet utenfor større befolkningssentra og at en større andel av befolkningen benytter egen bil, bidrar til noe redusert behov for spesialtransport. Det antas likevel at den totale mengden pasienttransport vil øke i tiden fremover.

I forslaget til statsbudsjett for 2008 utgjør andelen for pasienttransport i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene 1 905 millioner kroner. De regionale helseforetakene har et betydelig press på seg for å holde de økonomiske rammene som er gitt av Stortinget. Det er sentralt at mest mulig av de midlene som blir overført til

helseforetakene brukes til aktiv pasientbehandling. De må derfor, i tråd med de krav som er satt, ha stadig fokus på kostnadseffektivitet i alle ledd av tjenesten.

Hovedutfordringen sett fra helseforetakenes side, vil derfor fortsatt være å ha fokus på å etablere kostnadseffektive transportløsninger slik at bevilgede midler i størst mulig utstrekning brukes til behandling av pasienter. Samtidig må tilbudet være fleksibelt og gi rom for individuelle hensyn, og med tilstrekkelig faglighet, trygghet og service ivareta pasientenes behov for tilpasset transport til og fra undersøkelse og behandling.

2.2 Transporttilbudet i distriktene

Fylkeskommunene er ansvarlig for lokal kollektivtransport herunder skoleskyss og TT-transport og for tildeling av løyve til drosjer. Som en konsekvens av dette er de også ansvarlig for det vesentligste av det offentlige transporttilbudet i distriktene.

Endringer i bosettingsmønster, alderssammensetning og bilbruk mv, har over tid ført til redusert passasjergrunnlag for kollektivtransporten i distriktene. Dette har stilt fylkeskommunene overfor store utfordringer mht. å opprettholde kollektivtransporttilbudet i disse områdene, og i flere områder er det kun den lovpålagte skoletransporten som utgjør kollektivtilbud. Grupper som ikke har tilgang til privatbil, er sterkest berørt av denne utviklingen, fortrinnsvis de yngste, de eldste og personer med forflytningsproblemer.

Ettersom grunnlaget for ordinære bussruter har blitt mindre, har rutebilnæringen i distriktene gjennomgått omstillinger med sikte på mer effektiv bruk av ressursene. Bruk av anbud ved tildeling av tilskudd (som ble lovhjemlet i 1994), har vært et ledd i myndighetenes arbeid for å effektivisere kollektivtransporten og minske kostnadene til lokal kollektivtransport. Fremveksten av nye driftskonsepter som bestillingstransport, dvs. ulike former for etterspørselsstyrt transport, har vært et annet virkemiddel.

Bl.a. på bakgrunn av ovennevnte strukturendringer i rutebilnæringen har næringen utvidet markedet bl.a. gjennom etablering av et landsomfattende kommersielt ekspressbussnett fra slutten av 80-tallet og frem til i dag. Disse rutene har i hovedsak endepunkt i de større byene og større tettsteder. Flere steder har fylkeskommunene åpnet for at ekspressbusselskapene kan ta med lokal trafikk. Ekspressbussene har slik sett blitt en viktig del av det offentlige kollektivtransporttilbudet i distriktene.

Omstillingene i rutebilsektoren med bl.a. nedlegging av trafikksvake ruter har på den annen side bidratt til at drosjenæringen mange steder har kunnet opprettholde aktiviteten bl.a. gjennom bestillingsruter og tilførselsruter som er opprettet som ledd i et offentlig finansiert transporttilbud. Pasienttransport har også tradisjonelt vært en av bærebjelkene for drosjer i utkantdistrikter, og enkelte steder har over 90 prosent av omsetningen kommet fra pasienttransport.

Drosjenæringen er underlagt behovsprøving, dvs. en regulering av antall løyver i det enkelte løyvedistrikt.

Våren 2004 sendte Bondevik II regjeringen på høring et forslag om å oppheve behovsprøvingen av drosjenæringen. På bakgrunn av høringsuttalelser fra fylkeskommuner som var skeptiske til å fjerne behovsprøvingen av drosjeløyver, ble ECON engasjert til å foreta en analyse, bl.a. av om behovsprøvingen er nødvendig for å sikre et godt drosjetilbud i distriktene. ECON konkluderte med at behovsprøvingen burde oppheves. De pekte likevel på at det kunne bli nødvendig å opprettholde kjøreplikten, for eksempel gjennom avtaler, for å opprettholde tilbudet for de private brukerne av drosjetjenester (spotmarkedet). I Budsjett-innst. S. nr. 13 (2004-2005) fra samferdselskomiteen uttalte imidlertid medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet at de gikk imot en liberalisering av drosjenæringen. Bl.a. i lys av dette, er behovsprøvingen av drosjenæringen videreført. Næringen er som følge av dette, pålagt kjøreplikt og bundet av regulerte maksimalpriser i spotmarkedet for å unngå utnytting av monopolstillingen. I en del sentrale områder hvor det er vurdert å være tilstrekkelig konkurranse, er prisreguleringen opphevet. Utover dette er drosjenæringen et privat transporttilbud som drives på kommersielt grunnlag. Kravet om tilgjengelighet 24 timer i døgnet og til at drosje skal være hovederhverv kan, særlig i utkantene, bidra til at drosjeyrket blir mindre attraktivt.

Den største enkeltutfordringen for drosjenæringen i distriktene har vært pålegget om at offentlige myndigheter/organer må bruke anbud ved kjøp av transporttjenester. Tidligere har drosjenæringen hatt monopol på for eksempel pasienttransport, og i et visst omfang organiserte næringen selv denne transporten. Anbud åpner for eksempel opp for at også at turbilnæringen kan konkurrere om transporter som tidligere har vært forbeholdt drosje. I praksis er konkurransen i forhold til turbil fortsatt svak, ettersom markedet for turbil med minibuss ofte er lite utviklet utenom byene.

Når drosjeeier taper et anbud om pasienttransport til en turvognoperatør eller en annen drosjeeier, får det store konsekvenser for driftsgrunnlaget, hvis det vesentlige av omsetningen har kommet fra pasienttransport. Fra enkelte fylkeskommuner er det opplyst at tap av pasienttransportoppdrag har svekket driftsgrunnlaget i så stor grad at løyver har blitt levert inn, og at drosjetilbudet som følge av dette har blitt svekket.

En ser nå også eksempel på at de store offentlige innkjøperne av transport, som fylkeskommunene og helseforetakene, samarbeider om kjøp og løsninger for å kunne effektivisere transportene, bl.a. for å unngå at transport betalt av ulike myndigheter kjører parallelt. Slikt samarbeid vil trolig utfordre drosjenæringen i enda større grad i fremtiden.

Som nevnt innledningsvis, har det over tid skjedd endringer i bosettingsmønster, alderssammensetning og bilbruk mm., som har stilt fylkeskommunene overfor store utfordringer mht., å sikre et tilfredsstillende transporttilbud i distriktene. Bl.a. på denne bakgrunn ble det i Soria Moria-erklæringen uttalt at:

"Regjeringen vil utvikle et brukertilpasset og kostnadseffektivt kollektivtilbud i distriktene gjennom tilbringertjeneste og bestillingsruter med taxi kombinert med buss, båt og tog langs hovedtrafikkårene."

Denne uttalelsen er foreløpig fulgt opp ved at det våren 2007 ble utformet en veileder som oppsummerer fylkeskommunenes erfaringer, og som gir eksempler på ulike tiltak som kan bidra til et bedre kollektivtransporttilbud i distriktene. Veilederen ble presentert på en konferanse om kollektivtransport i distriktene i juni 2007, hvor fylkeskommunene og øvrige aktører som har en rolle i forhold til lokal kollektivtransport, var invitert. Veilederen fokuserer bl.a. på behovet for å se ordinære buss-/båtruter i sammenheng med bestillingstransport. Det fokuseres også på muligheten for samarbeid mellom de ulike kjøperne av transporttjenester herunder fylkeskommunene og helseforetakene, for å utnytte transportkapasiteten best mulig.

Videre ble det i forbindelse med behandlingen av tilleggsbevilgninger og omprioriteringene våren 2007, jf. St. prp. nr. 69 (2006-2007), etablert en støtteordning for fylkeskommunene, til å prøve ut ulike tiltak som kan gi bedre kollektivtransport i distriktene. Ordningen er i budsjettet for 2008 foreslått utvidet til 20 mill. kroner på årsbasis.

2.3 Tilbyderne av transporttjenester (drosjenæringen, turbilselskap, rutebilselskap mv)

Det meste av rutetransporten både den kommersielle og den med fylkeskommunal godtgjørelse, utføres av rutebilselskap (lokale bussruter) og av rederier (lokale båtruter og ferjer).

Store deler av denne transporten ble tidligere gjennomført av rutebilselskap og rederier med lokal tilknytning. Bl.a. som følge av økt bruk av konkurranse, har det i de senere år skjedd flere sammenslåinger både i rutebil- og rederinæringen som har bidratt til at en har fått færre og større aktører som konkurrerer om transportoppdrag over store deler av landet.

Når det gjelder transport utenom rute, må det skilles mellom offentlig betalte transporter (skoleskyss, TT-transport og pasienttransport mv) og annen persontransport (det såkalte spotmarkedet). Tradisjonelt har drosjenæringen hatt det alt vesentligste av disse transportene.

På grunn av løyvebestemmelsene utføres transporten i spotmarkedet fremdeles av drosjenæringen. Også det meste av den offentlig betalte transporten utenom rute utføres av drosjenæringen, selv om en i de senere år også har fått inn aktører fra turbilnæringen (aktører som benytter kjøretøy med mer enn 9 passasjerer og hvor løyvet i motsetning til for drosje ikke er behovsprøvd). Dette skyldes hovedsakelig at turvognnæringen i liten grad er utbygd utenom de sentrale områdene.

3 Juridiske rammevilkår

Forholdet mellom pasienttransport og transporttilbud i distriktene berører ulike problemstillinger i skjæringspunktet mellom regelverket for pasienttransport, lov om offentlige anskaffelser, yrkestransportloven, pristiltaksloven og konkurranseloven.

3.1 Forskrift om rett til dekning av utgifter ved reise for undersøkelse eller behandling

Da finansieringsansvaret for pasienttransport ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene i 2004, fikk området rettslig forankring i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 6 og pasientrettighetsloven § 2-6. I forbindelse med ansvarsoverføringen ble det lagt stor vekt på at pasientenes rettigheter skulle videreføres.

Etter pasientrettighetsloven § 2-6 har pasient og ledsager rett til dekning av nødvendige utgifter når pasienten må reise i forbindelse med en helsetjeneste som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og som dekkes av et helseforetak. Det samme gjelder helsetjenester som omfattes av folketrygdloven kapittel 5.

Stønad ytes bare til dekning av reiseutgifter til det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis. Ved beregningen av stønaden skal taksten for billigste reisemåte med rutegående transportmiddel legges til grunn. Dersom pasientens helsetilstand gjør det nødvendig, eller det ikke går rutegående transport, dekkes utgifter til dyrere transportmiddel (f.eks. drosje eller egen bil).

Behovet for å benytte dyrere transportmiddel av helsemessige årsaker må attesteres av aktuelt helsepersonell. NAV lokal og kjørekontoret vurderer om det foreligger kommunikasjonsmessige grunner som gir rett til dekning av utgifter til dyrere transportmiddel. I forskrift om dekning av utgifter ved reise for undersøkelse og behandling er det gitt nærmere bestemmelser.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i august 2007 på høring forslag til ny forskrift om rett til dekning av utgifter ved reise for undersøkelse eller behandling. Høringsfristen var 3. desember 2007. Reglene i gjeldende forskrift er foreslått videreført, men det materielle innholdet er omstrukturert og det er utarbeidet merknader til enkelte av bestemmelsene. Utkastet til ny forskrift er formulert ut fra at pasienter mv. har konkrete rettigheter etter regelverket, noe som harmonerer med pasientrettighetsloven § 2-6 som gir hjemmelsgrunnlaget for forskriften.

Ved hver enkeltreise skal pasienten betale en egenandel på 120 kroner (240 kroner tur/retur). Pasienter som benytter retten til fritt sykehusvalg skal betale en egenandel på 400 kroner for hver enkeltreise (800 kroner tur/retur).

3.2 Regelverk for ambulansetransport m.m.

Dagens regelverk knyttet til ambulansetransport har dels en medisinsk side, dels en sikkerhetsmessig side, dels en avgiftsmessig side og dels en løyvemessig side. Disse hensynene gjenspeiler seg helt eller delvis i de ulike regelverkene for ambulansetransport.

Ambulansetjenesten inngår som en del av de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehusene og er regulert i forskrift 18. mars 2005 nr. 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Krav til motorvogn som skal nyttes i ambulansetjenesten er gitt i forskrift av 18. januar 2002 nr. 55 om godkjenning og registrering av utrykningskjøretøy og forskrift av 4. oktober 1994 om tekniske krav og godkjenning av kjøretøy, deler og utstyr (kjøretøyforskriften). Denne type transport er beregnet på de akutte tilfeller.

Som nevnt i forbindelse med yrkestransportloven, ref. omtale nedenfor, stilles det krav om løyve ved transport av passasjerer og gods som drives mot vederlag. I den forbindelse stilles det krav til faglig kompetanse, økonomisk standard og vandel. For drosje er det i tillegg en regulering av antall løyver i hvert løyvedistrikt. Med hjemmel i den foregående samferdselsloven var det før 1. januar 1987 også etablert en særskilt løyveordning for transport med godkjent ambulanse som var kapasitetsregulert.

Bakgrunnen for at løyveplikten for transport med godkjent ambulanse ble opphevet, var at det offentlige gjennom avtaler med ambulanseeierne vil ha styring med virksomheten, ettersom det ikke er noe annet marked for slike tjenester. De særskilte tekniske krav til kjøretøyet og vilkåret om at løyvefritaket er begrenset til transport av personer som på grunn av sin tilstand må nytte ambulansebil, tilsa at dette ikke ville representere en uthuling av de øvrige løyveordningene for persontransporten. Fritaket for krav om løyve for godkjent ambulansebil er videreført i § 20 (2) i den nå gjeldende yrkestransportlov.

Vegdirektoratet har i forbindelse med helseforetakenes arbeid med å etablere helseekspresser, de senere år godkjent å registrere som ambulanse en buss med to bæreplasser for liggende passasjerer i tillegg til et antall ordinære sitteplasser. Godkjenningen innebar en dispensasjon fra kravene til ambulansebil. En ambulanse som samtidig er innrettet på transport av personer i ordinære seter, vil ikke falle inn under løyvefritaket etter yrkestransportloven. Dispensasjonen ble i dette tilfelle gitt på vilkår om at transporten ville kreve nødvendig løyve etter yrkestransportloven.

I den grad man gjennom tekniske tilpasninger av ambulanser åpner for transport som i større grad har konkurranseflater mot mer ordinære motorvogner, vil den samme problemstillingen gjelde til en viss grad også i forhold til avgiftssystemet siden godkjente ambulanser behandles gunstigere avgiftsmessig enn for eksempel drosjer eller andre personbiler.

I mangel av alternative kjøretøy benyttes ambulanser til transport av liggende pasienter, også i den ordinære pasienttransporten. Etter helsemyndighetenes oppfatning kan dette flere steder gå ut over akuttberedskapen og påfører samfunnet merkostnader. Helseforetakene satt på denne bakgrunn ned en arbeidsgruppe for å se på nye regler for transport av liggende pasienter. Denne arbeidsgruppen avga sin innstilling i januar 2007, og foreslo bl.a. at det åpnes for innmontering og bårefeste i kjøretøy som tidligere ikke har vært godkjent for transport av bære. Vegdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet vurderer disse forslagene, og det arbeides nå med sikte på at dette arbeidet skal være ferdig ved årsskiftet 2007/2008.

3.3 Regelverket om offentlige anskaffelser

Regelverket om offentlige anskaffelser skal bidra til økt verdiskapning i samfunnet ved å sikre mest mulig effektiv ressursbruk ved offentlige anskaffelser basert på forretningsmessighet og likebehandling. I lov om offentlige anskaffelser § 5 er det stilt enkelte grunnleggende krav som gjelder for alle anskaffelser, uavhengig av anskaffelsens verdi. Det stilles blant annet krav om at oppdragsgiver opptrer i samsvar med god forretningsskikk, og sikrer at det ikke finner sted forskjellsbehandling mellom leverandører. Anskaffelsen skal så langt som mulig baseres på konkurranse. Oppdragsgiver skal sikre at hensynet til forutberegnlighet, gjennomsiktighet og etterprøvbarehet ivaretas gjennom hele anskaffelsesprosessen. Det oppstilles også et forbud mot å diskriminere på nasjonalt grunnlag. Reglene er utdypet i forskrift om offentlige anskaffelser, som oppstiller detaljerte prosedyreregler for gjennomføring av anskaffelser.

Forskriften om offentlige anskaffelser stiller krav om at det kunngjøres konkurranse i Databasen for offentlige anskaffelser (Doffin) for kontrakter hvor den anslåtte verdi overstiger 500 000 kroner. Av andre sentrale krav i forskriften kan nevnes krav til innlevering av skatteattest og HMS-erklæring, føring av anskaffelsesprotokoll, hvilke kriterier som kan brukes for tildeling av kontrakter, samt krav til at oppdragsgiver begrunner utvelgelse av leverandører og tildeling av kontrakt. For nærmere informasjon vises det til Veileder om offentlige anskaffelser som er utarbeidet av Fornyings- og administrasjonsdepartementet.⁴

3.3.1 Særlig om kjøp av transporttjenester

En av utfordringene det har vært pekt på i forhold til kjøp av drosjetransport er organisering av felles kjørekontor for bestilling av transport. I forskriften om offentlige anskaffelser § 3-13 åpnes det nå for bruk av innkjøpssentraler. En innkjøpssentral er i forskriftens § 4-1, bokstav g definert som *"oppdragsgiver som anskaffer varer eller tjenester ment for andre oppdragsgivere, eller tildeler offentlige kontrakter eller inngår rammeavtaler for varer, tjenester eller bygg- og anleggsarbeid for offentlige oppdragsgivere."*

⁴ Se FADs hjemmeside: http://www.regjeringen.no/nb/dep/fad/dok/Veiledninger_og_brosjyrer/2006/Veileder-til-reglene-om-offentlige-anska.html?id=437022

I henhold til forskriftens § 3-13 kan oppdragsgivere:

”kjøpe varer, tjenester og bygge- og anleggsarbeid fra eller gjennom innkjøpssentraler. Oppdragsgiver som har foretatt innkjøp fra eller gjennom innkjøpssentraler, som definert i § 4-1 (generelle definisjoner) bokstav g, anses for å ha overholdt reglene i denne forskrift, forutsatt at innkjøpssentralen har overholdt bestemmelsene i denne forskrift. ”

Dersom det er aktuelt å organisere kjøp av transporttjenester gjennom en innkjøpssentral må altså innkjøpssentralen selv være en offentlig oppdragsgiver etter anskaffelsesregelverket, og innkjøpssentralen må overholde regelverket ved kjøp av transporttjenestene. For nærmere omtale av reglene om innkjøpssentraler vises det til kapittel 2 i FADs veileder til regelverket om offentlige anskaffelser.

3.4 Yrkestransportloven

Samferdselsdepartementet har det overordnede ansvaret for reguleringen av transport med motorvogn eller fartøy gjennom lov om yrkestransport av 21. juni 2002 nr. 45 og tilhørende forskrifter. Reguleringen skjer ved tildeling av løyver til å drive transport av passasjerer og gods. Med unntak av riksvegferjene, fylkeskryssende transport og hurtigruten, er det fylkeskommunene som er løyvemyndighet. Løyvemyndighet for riksvegferjer er delegert til Vegdirektoratet, mens løyvemyndighet for fylkeskryssende ruter, med unntak av hurtigruten, er delegert til fylkeskommunene.

Ved alle løyvetildelinger stilles det krav til kvalifikasjoner hos transportør. Kravene er knyttet til faglig kompetanse, økonomisk standard (i praksis krav om å kunne stille en økonomisk garanti) og krav til vandel.

Yrkestransportloven åpner i tillegg for at det kan foretas behovsprøving, dvs. en kapasitetsregulering av transportmarkedet. Det kan her skilles mellom rutegående transport og annen transport.

Det alt vesentlige av den rutegående transporten, herunder ordinære bussruter, ekspressbussruter, båtruter og ferjesamband, er underlagt former for behovsprøving. Denne reguleringen har i hovedsak sammenheng med at det ikke er kommersielt grunnlag for drift av de fleste av de lokale båt- og bussrutene. I praksis har derfor behovsprøvingen vært et virkemiddel for å sikre et best mulig driftsgrunnlag for buss-, båt- og ferjeruter som er avhengig av offentlig støtte/kjøp. Det skal imidlertid bemerkes at behovsprøvingen i forhold til ekspressbuss er relativt liberal, så lenge ekspressbussruten ikke kommer i direkte konflikt med en lokal bussrute finansiert av fylkeskommunen. Fylkeskommunene er derfor gitt adgang til å avgrense ekspressbusselskapenes adgang til å ta med lokaltrafikk som er subsidiert. Med andre ord nektes det normalt ikke etablering av slike ruter. Som følge av dette er det på flere ekspressbusstreknings flere operatører som konkurrerer mot hverandre.

I de senere år er det i større grad tatt i bruk anbud ved tildeling ruteløyver på ruter som er avhengig av offentlig støtte. Dette innebærer at det gjennomføres en konkurranse for å få adgang til markedet, der den som har det beste tilbudet mht. pris og kvalitet, får enerett til drift av ruten i en nærmere angitt tidsperiode.

Når det gjelder øvrig transporter, herunder godstransport med motorvogn, turvogner og drosjer mv, er det med unntak av for drosjer ikke regulering av antall løyver. For gods og turvogn stiles det kun krav til kvalifikasjoner for tildeling av løyve.

For drosjene fastsetter fylkeskommunene antall løyver, løyvevilkår og løyveområde. På samme måte som for øvrig yrkestransport, stilles det krav til kvalifikasjoner for å få drosjeløve. Dette gjelder bl.a. krav om god vandel, tilfredsstillende økonomi og faglig kompetanse. Behovsprøvingen for drosjer innebærer at fylkeskommunene fastsetter løyveantallet innenfor et nærmere geografisk avgrenset område (løyvedistriktet). Motytelsen for retten til å kjøre drosje i et distrikt er kjøreplikten. For de fleste løyvehavere (i byer og tettsteder) innebærer dette at det er drosjesentralenes skiftplaner som avgjør innholdet i kjøreplikten. For drosjeeiere som driver sin virksomhet fra eget bosted, hovedsakelig i distriktene, gjelder i prinsippet kjøreplikt hele døgnet.

3.5 Konkurranseloven

Konkurranseloven⁵ håndheves av Konkurransetilsynet og har som formål ”å fremme konkurranse for derigjennom å bidra til effektiv bruk av samfunnets ressurser”, jf. konkurranseloven § 1 første ledd. Konkurranseloven har forbud mot konkurransebegrensende samarbeid i § 10 og forbud mot utilbørlig utnyttelse av dominerende stilling i § 11. Forbudene gjelder generelt, herunder også drosjenæringen.

Forbudet i konkurranseloven § 10 legger begrensninger på drosjenæringen i anbudsprosesser. Forbudet innebærer at uavhengige aktører som hovedregel ikke lovlig kan samarbeide om å inngi felles anbud, avtale pris eller avtale å fordele anbud. I henhold til forskrift om dispensasjon fra konkurranseloven av 1993 § 3-1 og § 3-2 for drosjesentraler er det gitt unntak slik at drosjesentraler blant annet kan inngi felles pristilbud og anbud på vegne av de løyvehaverne som er tilsluttet sentralen. Forskriften gir i henhold til konkurranseloven 2004 § 33 første ledd unntak også for denne lovens § 10.

Dispensasjonen gjelder ikke for pris- og anbudssamarbeid mellom drosjesentraler, mellom løyvehavere som er tilsluttet hver sin sentral, eller for fylkesdekkende overbygninger (også kalt fylkestaxiselskaper eller fylkessentraler). Det finnes flere eksempler på at lokale sentraler organiserer seg i fylkesdekkende overbygninger hvor de blant annet kjøper trafikkstyrings-, kredittbehandlings- og sentralbordtjenester.

⁵ Lov av 5. mars 2004 nr. 12 om konkurranse mellom foretak og kontroll med foretakssammenslutninger

Anbudssamarbeid (inngivelse av felles anbud, fordeling av anbud mv.) mellom sentraler eller løyvehavere, herunder gjennom fylkesoverbygninger, vil som utgangspunkt være ulovlig etter konkurranseloven § 10. Det må imidlertid vurderes konkret om samarbeidet har konkurransebegrensende formål eller virkning etter § 10 første ledd. Eksempelvis vil et samarbeid normalt være tillatt dersom det er nødvendig for å kunne tilby den etterspurte kapasitet.

Selv om samarbeidet er konkurransebegrensende etter konkurranseloven § 10 første ledd, kan det være tillatt dersom vilkårene i tredje ledd er oppfylt. Det grunnleggende kravet er at samarbeidet medfører effektivitetsgevinster, men samtlige vilkår må være oppfylt. Anbudssamarbeid mellom løyvehavere eller sentraler kan tenkes å oppfylle vilkårene i § 10 tredje ledd. Dette avhenger av en konkret vurdering. Konkurransetilsynet har utgitt en veiledning om pris- og anbudssamarbeid i drosjemarkedet av 29. juni 2005.

3.6 Annet regelverk

3.6.1 Pristiltaksloven og maksimalprisreguleringen

I tillegg til den reguleringen som skjer gjennom behovsprøvingen, foretas det en regulering av prisene i drosjenæringen, ved at det settes maksimalpriser. Maksimalprisforskriften⁶ er gitt med hjemmel i pristiltaksloven⁷, og ordningen administreres av Konkurransetilsynet.

Konkurransetilsynet kan etter søknad gjøre unntak fra forskriften "dersom det i et område er to eller flere drosjesentraler og Konkurransetilsynet finner at forholdene for øvrig ligger til rette for tilstrekkelig konkurranse", jf. forskriften § 10 bokstav a). Det er gjort unntak fra maksimalprisforskriften for kjøring med drosje i de fleste større norske byer og enkelte andre tettbebygde strøk, jf. forskriften § 1 bokstav a). De avregulerte områdene omfatter ca. 60 prosent av næringsutøverne. Geografisk sett gjelder likevel prisreguleringen fortsatt for de største delene av landet.

Av forskriften § 1 bokstav b) fremgår at maksimalprisene fastsatt i forskriften ikke gjelder for "drosjetransport der vilkårene for oppdraget er fastsatt i avtale inngått etter forhandling mellom oppdragsgiver og drosjesentral, eventuelt løyvehaver." Dette innebærer blant annet at avtaler om pasienttransport mellom regionale helseforetak og drosjesentraler/løyvehavere er unntatt fra maksimalprisforskriften.

3.6.2 Bilavgiftene

Bilavgiftene består av flere elementer knyttet til både kjøretøy og drivstoff, hvor av de mest sentrale er engangsavgiften og vektårsavgiften.

⁶ Forskrift om maksimalpriser for kjøring med drosjebil av 9. mars 2007 nr. 265

⁷ Lov av 11. juni 1993 nr. 66 om pristiltak

Ihht. lov av 19. juni 1959 nr. 2, og forskrift av 19. mars 2001, er hovedregelen at det skal betales engangsavgift ved førstegangsregistrering av motorvogner. Det gis imidlertid hel eller delvis avgiftsfritak for kjøretøy brukt i næring. Bl.a. som en konsekvens av dette er busser, som ved førstegangs registrering er registrert på en innehaver av løyve, fritatt fra engangsavgiften. Videre er det delvis fritak for engangsavgiften for personbiler mv., som ved førstegangs registrering er registrert på innehaver av drosjeløyve, for bruk som drosje (de skal betales 40 prosent av avgiften). For begge disse tilfellene er det krav om forholdsvis tilbakebetaling av avgiften dersom bruken av dem i næring opphører. For drosje er grensen satt til tre år mens den for buss er satt til ett år.

Videre er godkjente ambulanser fritatt for engangsavgiften. Bl.a. som følge av at godkjente ambulanser har begrenset alternativ bruksverdi, er det heller ikke krav om tilbakebetaling av avgift dersom bruken av dem i "næring" opphører.

Også når det gjelder årsavgift for motorvogn, jf lov av 19. juni 1959 nr. 2 og forskrift av 4. juli 1984, er hovedprinsippet at det er lavere avgift for kjøretøy brukt i næring. I avgiftsopplegget for 2008 er det lagt opp til at det for motorvogn registrert på innehaver av løyve samt for kjøretøy som er godkjent og registrert som ambulanser skal betales en årsavgift på kr. 380, mens den for personbiler er satt til kr. 2660.

4 Forslag til tiltak

Forslagene til tiltak som er gjengitt her, er basert på innspillene som ble sendt inn etter møtet 16. november d.å., men uten at det er gjort vurderinger av forslagene fra arbeidsgruppa. Innspillene fra foredragsholderne er vedlagt rapporten. De fire regionale helseforetakene har avgitt felles innspill. Innspillene som er mottatt fra henholdsvis Oppland fylkeskommune og Nordland fylkeskommune gjenspeiler i stor grad både regionale og politiske forskjeller i holdningen til aktuelle tiltak. Videre er det gjengitt forslag mottatt fra Norges Taxiforbund og Konkurransetilsynet.

4.1 Forslag til tiltak fra de regionale helseforetakene

De regionale helseforetakene har i brev datert 19. november 2007 fra Helse Nord RHF pekt på at hovedutfordringene sett fra helseforetakenes side, er å etablere kostnadseffektive transportløsninger som samtidig ivaretar fleksibilitet i tilbudet og gir rom for individuelle hensyn og med tilstrekkelig faglighet, trygghet og service ivaretar pasientenes behov for tilpasset transport til og fra undersøkelse og behandling.

Pasienttransport og offentlig rutetilbud – bedre samordning

Pasientens rettigheter er dekning av reise til *nærmeste sted* på *rimeligste måte*, jf. 3.1. Hovedunntaket er dersom pasientens helsetilstand nødvendiggjør spesialtransport. Dersom det ikke finnes rutegående tilbud eller pasienten ikke kan kjøre egen bil, kan også spesialtransport benyttes. Unntakene krever rekvisisjon.

Mange steder er det offentlige rutetilbudet dårlig. Ofte er også eksisterende tilbud for vanskelig å bruke eller er for lite tilgjengelig for pasienten. Spesialtransport er derfor mange steder etablert som "standard løsning", selv om pasientrettighetene ikke er slik.

Helseforetakene ønsker mer fokus på gode offentlige rutetilbud som er tilpasset pasientenes behov. Dette innebærer bl.a.:

- bedre utbygd rutegående tilbud, flere ruter, og ruter og rutetider som er tilpasset behandlingssted og behandlingstidspunkt
- mer fleksible rutegående tilbud, gjerne bestillingsbasert og dør til dør transport
- bedre kvalitet og service, med nødvendig assistanse ved av/påstigning, hjelp med bagasje, gode seter som kan reguleres, transport helt frem til behandlingsstedet
- egne "avdelinger" for pasienter på buss/hurtigbåt

Flere helseforetak har startet med egne "helseekspreser" med både sitteplasser og bære plasser. Noen steder er det etablert samarbeid mellom rutegående selskap og helseforetak om tilbud for pasienter med ekstra service (servicevert, kaffe, aviser etc.) og transport helt frem til sykehuset. Pasienten betaler egenandel, mens overskytende faktureres helseforetaket. Pasientene er i overveiende grad svært tilfreds med disse tilbudene, og tilbakemeldingene er at dette gir bedre opplevd pasientkvalitet enn reiser i baksetet på personbil.

Helseforetakene ønsker en videreutvikling av det offentlige rutetilbudet, og deltar gjerne i samarbeid på dette området. Dette vil være god økonomi for alle parter, spare miljøet, og oppleves som godt av brukerne.

Anskaffelsesform

De regionale helseforetakene følger lov om offentlige anskaffelser, noe som innebærer konkurranseutsetting/anbud på pasienttransport. Helseforetakene påpeker at det tidvis framstår både konfliktfylt og lite hensiktsmessig å gjennomføre anbud i et marked der det er en monopollignende tilbudsside.

Det har vært mye "støy" knyttet til disse anskaffelsene, der en del kan henvises til motstand mot konkurranseutsetting, manglende reell konkurranse, kartellorganisering på leverandørsiden, manglende vilje til å levere inn tilbud, evt. innlevering av tilbud langt over normalt kostnadsnivå (maksimalpris), m.v. Lov om offentlige anskaffelser er komplisert i forhold til denne type anskaffelser, bl.a. som følge av gjeldende løyveordning og behovsprøvingen av drosjeløyver som følger av yrkestransportloven (jf 3.3.). De regionale helseforetakene peker på at konkurranseloven, lov og forskrift om offentlig anskaffelser og KOFAs vurderinger ift klagebehandling, yrkestransportloven, fylkeskommunenes behovsvurdering og løyvepraksis etc. framstår med målkonflikter, og oppleves å være svært vanskelig å navigere innenfor. Helseforetakene opplever som hovedkjøper av transporttjenester å bli "skviset" mellom ulike regelverk og mener at konsekvensen er for høye priser, for lav kvalitet, for lav kapasitet, manglende

fleksibilitet, konkurransehemmende adferd og byråkratiske anskaffelsesrunder med mye støy.

De regionale helseforetakene er imidlertid av den oppfatning at de problemer som tas opp i forhold til transporttilbudet i distriktene, i stor grad er uavhengig av anskaffelsesform. De mener at utfordringene er knyttet til volum, befolkningsgrunnlag, samordning av transport, og opprydding i forhold til hva pasientene har rett til å få dekket. Selv om det åpnes for direkte anskaffelser og forhandlinger uten forutgående anbudsrunde, vil det fremdeles være flere aktører i markedet (taxi, turvogn, helseekspresser, tilpasning av rutegående tilbud), og det vil fremdeles være vurdering av hvilken type kjøretøy som er best tilpasset det aktuelle behovet for transport.

Organisering av og krav til transportnæringen

De regionale helseforetakene mener det er hensiktsmessig å vurdere hvordan transportnæringen skal reguleres og organiseres i fremtiden. De reiser spørsmål ved hensiktsmessigheten av at løyver tildeles til enkeltpersoner og ikke til ulike former for transportselskaper, den sterke regulering av antall løyver, behovsprøving, hvor løyvehaver kan kjøre og stasjoneres, plikt til å samles i en sentral, og også den ulike praktiseringen mellom fylkeskommuner.

De regionale helseforetakene peker på at dagens organisering er fragmentert og bidrar til å fremme særinteresser og gir potensialer for interessekonflikter mellom de enkelte løyvehaverne. For helseforetakene, som stor kjøper, oppleves det vanskelig å få aksept for å stille felles krav til kvalitet, service, tilgjengelighet, rapportering og muligheter for kontroll.

En konkret problemstilling knyttet til de *større tettstedene*, er konsekvensen av at den enkelte taxi selv velger hvilke turer en vil kjøre. Dette kan medføre at ferdigbehandlede pasienter som skal ha en kort tur hjem fra sykehuset må vente uforholdsmessig lenge. (Dette er sentralt i de problemene som har vært i Oslo-området). Tilbudet av biler er for lavt enkelte perioder av døgnet, og de regionale helseforetakene ser behov for større kapasitet til enkelte tider på døgnet. Dette kan vanskelig gjøres dersom det samtidig settes krav til døgnberedskap for den samme økte kapasiteten. Det pågår et eget arbeid i regi av Ullevål universitetssykehus for å sikre en god håndtering av ovenstående utfordringer.

Det pekes på at i mange av distriktskommunene er 80-90 prosent av inntektene til taxinæringen offentlig betalt transport, og da hovedsakelig pasienttransport. Dette innebærer at drosjen svært ofte er ute av kommunen hele dagen knyttet til pasienttransportoppdrag til sykehus – dvs. at tilgjengeligheten til andre oppdrag på dagtid i en del tilfeller er manglende i dag. Trafikkgrunnlaget for øvrig er for lite til at det kan forsvares flere løyver – og det er totalt for lite slik at beredskapsbelastning på løyvehaver personlig blir stort. Dette er etter helseforetakenes oppfatning en av hovedutfordringene i forhold til nedgang i søknad på løyver.

De regionale helseforetakene viser til at det i temamøtet ble skissert flere alternative forslag til tiltak knyttet til endringer i behovsprøvingen/løyveordningen, blant annet:

- Flere løyver i perioder med trafikktopp, uten krav til døgnberedskap
- Bortfall av behovsprøving i større tettsteder, evt. under perioder med trafikktopper
- Ikke krav til beredskap/kjøreplikt knyttet til løyver i mindre kommuner (evt. enkelte av dem). Dvs løyver kun til å ivareta kontraktskjøring
- Tidsbegrensede løyver i sesonger (for eksempel for å håndtere turisttrafikk)
- Lyse ut egne løyver for annen transport enn pasienttransport/offentlig kjøring, f.eks. for helgekjøring generelt
- Fjern krav om løyve som hovedervert og gi mulighet til å ha kjøringen som et biervert. Dette kan gjøre det mer interessant med løyve der inntektsgrunnlaget er lavt, eller der hvor tilstrekkelig volum kun er tilstede i enkelte perioder av dagen
- Ambulerende løyver – avhengig av hvem som får pasienttransportavtale
- Betale "beredskapstilskudd" for å opprettholde ønsket tilbud i enkelte områder. Dvs. det bør vurderes om det er hensiktsmessig med stimulerings tiltak der det er samfunnsøkonomisk, men ikke bedriftsøkonomisk lønnsomt å opprettholde den lokale taxien
- Utvidelse av bruksområdet for handikapløyve
- Dispensasjon for kjøre-/hviletid for pasienttransport (en sjelden nattlig pasienttransport medfører at sjåfør av stor bil ikke kan kjøre dagen etter, og er økonomisk belastende – medfører at en ikke ønsker pasienttransportavtale)
- Løyve for mindre biler også til transportselskaper, ikke bare til enkeltpersoner
- Løyvegrenser bør generelt opphøre. Uansett bør ikke løyve begrenses av fylkesgrenser
- Organisering i større enheter som omfatter både tettsted og mindre kommuner, kan innby til større avtaleområder, der avtalepart selv i større grad kan fordele oppdrag og inntekter internt. Dvs. at det stilles krav til kvalitet, standard, servicenivå, kompetanse, tilgjengelighet mv. til en større enhet, som skal sørge for at enhetens ansatte ivaretar de krav som er avtalt
- Det bør vurderes om reglene bør endres slik at maksimalprisforskriften skal gjelde som øvre tak for takstene også for kontraktskjøring, eventuelt for områder der det kun er en tilbyder
- Behovsprøvingen kan tidvis virke hemmende for næringen, og at det i visse tilfeller bør være bortfall av behovsprøving, evt. i større tettsteder og under perioder med trafikktopper. Det bør herunder generelt også vurderes om behovsprøving er et egnet virkemiddel for å sikre transporttilbudet på mindre steder
- Beredskap i transportnæringen er en viktig faktor både for helsetjenesten men også for annen samfunnsvirksomhet. I avtalene mellom helseforetakene og transportørene er det stilt krav til døgnberedskap. Helseforetakene betaler dermed for beredskapen knyttet til pasienttransportoppdrag utenfor normal arbeidstid gjennom avtalte priser for denne type oppdrag. Helseforetakene er av den oppfatning at det bør vurderes om det også kan være hensiktsmessig om samferdselsmyndighetene bidrar med finansiering av døgnbasert beredskap/tilgjengelighet i forhold til andre oppdrag enn pasienttransport

Når det gjelder prissetting, er det i dag mulighet til å legge inn pristilbud som langt overstiger maksimalprisene satt av Konkurransetilsynet (jf 3.6.1). I en tilnærmet monopolsituasjon på tilbydersiden kan det medføre at det offentlige må betale langt mer enn andre kunder for kjøreoppdrag.

4.2 Forslag til tiltak fra Norges Taxiforbund

Norges Taxiforbund har i brev av 22. november 2007 vist til at drosjenes tilstedeværelse i distriktene i stor grad er sikret gjennom kjøp av pasient- og skolebarntransport fra staten og kommunens side. Det er vist til at tap av disse transportoppdragene i praksis vil innebære så store svekkelser av driftsgrunnlag for drosjene at drosjetilbudet blir redusert. I lys av dette påpekes det at det i vel så stor grad er helseforetakene som bestemmer drosjetilbudet i distriktene som fylkeskommunene gjennom sin løyvepolitikk.

Etter Norges Taxiforbunds vurdering legges det i for stor grad vekt på "snevre" bedriftsøkonomiske hensyn ved det offentliges kjøp av transporttjenester. Det påpekes at samfunnsmessig hensyn bør tillegges større vekt ved slike anskaffelser, slik at beredskapsfunksjoner og hensynet til fremtidig konkurranse i større grad hensyntas.

For øvrig foreslås det følgende tiltak:

1. Fylkeskommunene, eventuelt de fremtidige regionene, gis det samlede ansvar for innkjøp av all offentlig betalt transport
2. Helseforetakene instrueres om særskilt å utlyse anbud med en egen kategori spesielt rettet inn mot innkjøp av persontransporttjenester utført med biler med inntil 9 seter
3. Innføring av former for "samfunnstaxi" som kan ta ulike typer transporter. Det vises her til biler med inntil 9 seter som også kan frakte rullestoler og ha mulighet for båretransport

Forslaget om å gi fylkeskommunene evt. fremtidige regioner ansvar for kjøp av transporttjenester er dels begrunnet med at de vil være best egnet til å foreta slike innkjøp og at dette vil kunne gi besparelser for det offentlige gjennom at kjøp kan sees i sammenheng og samordnes. Det påpekes også at dette vil gi fylkeskommunene som ansvarlig for lokal kollektivtransport "virkemidler/ressurser" til å ivareta sitt ansvar.

Forslaget med å instruere helseforetakene om å utlyse anbud med en egen kategori spesielt rettet inn mot innkjøp av persontransporttjenester utført med biler med inntil 9 seter, er begrunnet med å gi drosjenæringen et grunnlag for å opprettholde sin drift. Det samme gjelder for forslag om innføring av ulike former for "samfunnstaxi", hvor det også foreslås at ordningen avgrenses til biler med inntil ni seter.

4.3 Forslag til tiltak fra fylkeskommunene

Som nevnt innledningsvis, er fylkeskommunene ansvarlig for lokal kollektivtransport og tildeling av løyver til drosjenæringen. Dette, i tillegg til ulike geografiske forutsetninger, har over tid medført at det i de ulike fylkeskommunene har utviklet ulike modeller for å planlegge, organisere kollektivtransporten samt for å kjøpe slike tjenester. I lys av dette er det ulike oppfatninger i fylkeskommunene mht. utfordringer og tiltak for å legge til rette for et best mulig kollektivtransporttilbud i distriktene. For å få frem "spennet" mht. utfordringer og mulige tiltak ble samferdselssjefene i Nordland og Oppland invitert til å gi innspill til tiltak. Disse er nærmere beskrevet nedenfor.

4.3.1 Nordland fylkeskommune

Nordland fylkeskommune har i brev av 22. november 2007 vist til innlegget som ble holdt av Samferdselsplansjef Per Munkerud på temamøtet om pasienttransport og kollektivtransport i distriktene 16. november 2007.

I dette innlegget ble det orientert om at antallet drosjeløyver i distriktskommunene i Nordland er fallende, mens det i byene har vært stabilt. Det ble bl.a. orientert om at ca 25 prosent av drosjeløyvene i distriktskommunene i Nordland har falt bort de siste 3-4 årene. En del av denne reduksjonen har etter Nordland fylkeskommunes oppfatning, sammenheng med tap av pasienttransportoppdrag.

Det ble pekt på at pasienttransport med drosje ikke alltid har vært utført på den mest rasjonelle måten. En viss reduksjon i utkjørte kilometer, og dermed i det totale driftsgrunnlaget for drosjene, vil derfor etter Nordland fylkeskommunes oppfatning måtte aksepteres. Det påpekes likevel flere forhold ved helseforetakenes anbudspraksis som er problematiske, bl.a.:

- Den vekt som legges på pris. Etter Nordland fylkeskommunes oppfatning går dette ut over kvaliteten på pasienttransportene og medfører lengre reisetid for pasientene
- At lokale drosjer som taper i anbudskonkurransen mister eksistensgrunnlaget, siden pasienttransporten kan utgjøre opptil 80-90 prosent av omsetningen
- Utsatte grupper får redusert eller mister helt sitt lokale transporttilbud
- At manglende drosjedekning vil gjør det mindre attraktivt å bo og drive næringsvirksomhet i utkantene

I lys av ovennevnte mener Nordland fylkeskommune at helseforetakenes anbudspraksis ikke tjener samfunnet som helhet. Det påpekes videre at dersom helseforetakenes anbudspraksis får fortsette, vil disse i realiteten frata løyvemyndighetene, dvs. fylkeskommunene, rollen som "behovsvurderer".

Nordland fylkeskommune mener også å kunne konstatere at helseforetakene gjennom ulike kriterier i anbudene, i større grad legger opp til å benytte turvogner i pasienttransportkjøringen. Nordland fylkeskommune mener at dette i noen grad reduserer kvaliteten på selve helsereisen både gjennom dårligere sitte-/reisekomfort, tidkrevende reiser og til dels lange ventetider på sykehusene.

Det påpekes videre at bortfall av distriktsdrosjer ikke bare vil ramme publikum i løyvedistriktet, og da særlig eldre og andre grupper som er avhengig av tilrettelagt transport, men også helseforetakene gjennom en svekkelse av tilbudsgrunnlaget og dermed risiko for høyere transportpriser ved neste anbudsrunde. I tillegg vil dette etter Nordland fylkeskommunes oppfatning ramme fylkeskommunen, som har et behov for i større grad å kunne sette inn drosjer i stedet for busser i distriktskommunene.

Bl.a. på bakgrunn av ovennevnte anbefales det at:

- Fylkeskommunen gis et totalansvar for all drosjetransport i et fylke, og at det gjennomføres et prøveprosjekt hvor en slik modell prøves ut. Alternativt anbefales det samarbeid gjennom etablering av et felles kjørekontor for de ulike offentlig betalte transportene (inklusive pasienttransportene)
- Behovsprøvingen av drosjeløyver opprettholdes. Ut fra erfaringer fra Nordland er det Nordland fylkeskommunes oppfatning at en vanskelig vil kunne tenke seg at ordninger med et liberalisert drosjemarked vil kunne fungere tilfredsstillende i distriktsområder

Videre ble det pekt på følgende forhold:

- Bør det åpnes for å tillate felles anbud - ut fra kravene til generell drosjeberedskap i dagens lovverk?
- De nylig vedtatte kjøre- og hviletidsbestemmelsene for større biler gjør det vanskeligere å skaffe sjåfører
- Om det i anbudskriteriene kan gis adgang for å ta større hensyn til distriktskommuneløyvene, ved tildeling av kontrakter, eventuelt ved at det stilles krav om generell drosjeberedskap?
- At det vil være uheldig om helseforetakenes arbeid med å innføre nye systemer for styring av pasienttransport blir gjennomført på en måte som bidrar til fortsatt sektoriserede løsninger og hindrer utvikling av mer helhetlige opplegg

4.3.2 Oppland fylkeskommune

Basert bl.a. på erfaringer fra samarbeidet mellom Oppland fylkeskommune, Hedmark fylkeskommune og Sykehuset Innlandet, er det i notat av 2. desember 2007 fokusert på forutsetninger for, og tiltak som kan bidra bedre samordning av offentlig betalte transporter.

Det påpekes at forutsetningen for et vellykket samarbeid mellom fylkeskommunene og helseforetakene, er at samarbeidet formaliseres gjennom avtaler mellom fylkeskommune og helseforetak. I den forbindelse er det vist til at det vil være viktig å fokusere på tiltak som kan bidra til bedre samordning og håndtering av transportene, herunder at det benyttes IT-systemer mv. som bidrar til dette, og at det samarbeides om kjøp av transporttjenester. Basert på disse forutsetningene skisseres det ulike tiltak både i forhold til samferdselssektoren og helsesektoren. Bl.a. foreslås det:

- I større grad ta i bruk det lokale/regionale kollektivtilbudet ved gjennomføring av offentlige betalte transportoppdrag. Dette begrunnes både ut fra kostnad for transportkjøper, og at dette vil bidra til å bygge opp om den ordinære kollektivtransporten
- At offentlige transportkjøpere bør organisere seg/samarbeide slik at de opptrer samlet i forhold til transportørene. Dette begrunnes med at det vil gi bedre oversikt over samlet kapasitetsbehov for markedsaktørene, og dermed større sannsynlighet for riktige priser
- At det fastsettes felles standard og felles grensesnitt på IT- løsninger, slik at tekniske løsninger ikke blir til hinder for samarbeid
- Å endre rammebetingelsene for kjøp av offentlig betalt transporttjenester for å legge til rette for bedre konkurranse om slike transportoppdrag. Det vises bl.a. til lov om offentlige anskaffelser, konkurranseloven og yrkestransportloven. Herunder foreslås behovsprøvingen av transport utenom rute opphevet, og at det heller gis godtgjørelse for spesiell beredskap
- At det bør komme et felles utspill fra sentrale myndigheter med krav om samarbeid mellom de regionale aktørene om kjøp av transporttjenester

For øvrig pekes det på følgende mulige tiltak innen helse- og samferdselssektoren for å redusere transportkostnader, samt bedre tilbudet til de reisende innen dagens regelverk:

- Fjerne/ redusere egenandel på pasienttransport ved bruk av ordinær kollektivtransport, slik at det blir mer attraktivt å benytte ordinær kollektivtransport fremfor drosje
- Informere leger og andre som rekvirerer offentlig betalt transport om kvaliteten og mulighetene for å bruke lokal kollektivtransport fremfor drosje. Forslaget er begrunnet med at leger og andre rekvirenter av pasienttransport ofte ikke er kjent med kvaliteten i den ordinære kollektivtransporten, og derfor ofte velger drosje
- Organisere behandlingen av dagpasienter internt på sykehus og tilpasse utskrivningstidspunktene, slik at de i større grad tilpasses transportmulighetene i den ordinære kollektivtransporten
- Åpne for bruk av bårebil, eksempelvis at tilpassede drosjer/turvogner gis anledning til å transportere liggende pasienter
- Bruke helsebuss til transporter som ligger i grensesnitt mellom ambulanse og pasienttransport med drosje/turvogn, og ikke til transporter som ligger i grenselandet mellom pasienttransport med drosje/turvogn og ordinær kollektivtransport
- At det innen fylkeskommunens ansvarsområde etableres et helhetlig transportopplegg tilrettelagt også for helsesektoren
- At det settes standard/arbeides for å øke sjåførenes kompetanse om de ulike transportbrukernes behov
- At det generelt fokuseres på informasjon/markedsføring om det ordinære transporttilbudet

- At det etableres gode booking- og plassreservasjonsopplegg og at det foretas en samordning av de offentlige betalte transportene gjennom kjørekontor
- At det etableres oppgjørsrutiner mellom de ulike kjøperne av offentlig betalte transporttjenester

I notatet er det forøvrig orientert om at Oppland fylkeskommune siden midten av 1980-tallet har hatt langdistanseruter med ankomst til de somatiske sykehus før kl 10.00 med retur kl 14.00 og med korrespondanse til samtlige 26 kommunesentra. På midten av 1980-tallet var det normalt 14 - 16 reisende i gjennomsnitt på bussene til de somatiske sykehusene. Selv om opplegget i dag skal være langt bedre, opplyses det imidlertid at det i liten eller ingen grad benyttes, da de reisende velger drosjetransport eventuelt får tilbud om helsebuss.

I notatet pekes det også på at forskriften om offentlige anskaffelser, etter Oppland fylkeskommunes oppfatning, ikke er til hinder for at de regionale helseforetakene kan benytte seg av de tilbudene som etableres i fylkeskommunal regi. Det anbefales derfor at departementene bør presisere dette overfor helseforetakene og fylkeskommunene.

4.4 Forslag til tiltak fra Konkurransetilsynet

Konkurransetilsynet har i brev av 26. november 2007 pekt på særlig tre forhold som kan lede til manglende eller dårlig konkurranse om anbud om pasienttransport; kapasitetsbegrensninger hos tilbyderne, utformingen av anbudsgrunnlaget og overtredelser av konkurranseloven § 10.

Kapasitetsbegrensninger

Konkurransetilsynet peker på at fylkeskommunens behovsprøving legger begrensninger på antall drosjeløyver i markedet. Behovsprøvingen kan skape kapasitetsskranker som igjen kan medføre at det blir færre tilbydere i anbudskonkurransene.

Det orienteres om at Konkurransetilsynet den 20. september 2007 sendte en påpekning til fylkeskommunene der viktigheten av fylkeskommunenes løyvetildeling understrekes. Bl.a. ble det påpekt at:

"Konkurransetilsynet anmoder om at fylkeskommunene vektlegger hensynet til virksom konkurranse ved utformingen av løyvepolitikken. Dersom fylkeskommunene behovsprøver antallet løyver i markedet bør det foretas en uavhengig og objektiv vurdering for å undersøke det faktiske behovet for løyver. "

Bakgrunnen for denne påpekningen var indikasjoner på at flere fylkeskommuner mangler gode rutiner for å foreta en objektiv undersøkelse av behovet for løyver.

Etter Konkurransetilsynets vurdering er det grunn til å anta at behovsprøvingen flere steder i landet kan være en årsak til manglende konkurranse ved utlysning av anbud

om pasienttransport. Det anbefales derfor at det som et ledd i arbeidet med å forbedre pasienttransporten, foretas en nærmere utredning av behovsprøvingen og hvordan den påvirker muligheten for virksom konkurranse mellom drosjesentraler/løyvehavere. Geografiske og demografiske forhold kan føre til manglende konkurranse om anbud om pasienttransport. I områder med lav befolkningstetthet, der det ikke er store drosjesentraler og drosjetilbudet blir levert av bopelsløyvehavere eller en liten sentral, vil det kunne være begrensede muligheter for å legge til rette for virksom konkurranse mellom eksisterende løyvehavere/sentraler. En mulig løsning både i sentrale strøk og distriktene kan være å benytte spesielle regler for løyvetildeling i forbindelse med anbudskonkurranser. Dette ble foreslått i Asplan Viaks rapport av 31. januar 2007⁸.

I rapporten tas det til orde for at *"Anbudsvinnere som inngår rammeavtale for liten bil og som ikke har drosjeløyve fra før, vil bli tildelt slikt løyve. Eventuelt pålegg om tilknytning til drosjesentral vil ikke gjelde slike løyver."*

Det presiseres også at *"Forslaget tilsvarer den prosedyre som følges ved tildeling av løyve for persontransport med motorvogn i rute etter anbudskonkurranse."* Forslaget vil innebære at aktører vil kunne forvente å få tildelt løyver dersom dette er nødvendig for å innfri forpliktelsene i anbudsgrunnlaget. Forslaget vil således kunne motivere flere aktører til å inngi anbud.

Utforming av anbud

Konkurransetilsynet peker på at anbudsgrunnlagets utforming vil kunne ha stor innvirkning på den påfølgende konkurransen. Det antas at inndeling av anbudet i mindre deler, normalt på kommunenivå, vil kunne stimulere selv mindre sentraler til å legge inn anbud i tilgrensede områder. Desto større deler av det totale pasienttransportbehovet en må legge inn anbud på, jo større kapasitet må sentraler/bopelsløyvehavere ha for å kunne inngi anbud. Store "pakkestørrelser" vil således kunne ekskludere mindre aktører fra anbudsrunden.

Et annet moment som kan tenkes å forhindre konkurranse, er at mindre sentraler og bopelsløyvehavere kan bli avskrekket av anbudsprosessens kompleksitet og derfor la være å legge inn anbud. Dette blir problematisert i ovennevnte rapport fra Asplan Viak. Det heter blant annet følgende:

"Det må kunne sies å være et misforhold mellom på den ene siden størrelse og kompleksiteten av konkurransegrunnlaget og på den andre side omfang og kompleksitet av de transportoppdragene den enkelte utøver skal utføre. For å kunne inngi tilbud på en svært liten del av det samlede offentlige kjøp, må tilbydere sette seg inn i et svært omfattende, skriftlig materiale. Kompleksiteten kan ha bidratt til at tilbud har uteblitt [...]"

Det kan også tenkes at det er andre sider ved selve anbudsgrunnlaget som vil kunne bidra til å bedre konkurransen i markedet. For eksempel kan mindre strenge krav til

⁸ "Evaluerings av anbud på pasienttransport, skoleskyss m.v. i Hedmark og Oppland i 2005/2006".

tekniske løsninger, standard på bilpark mv. bidra til at flere sentraler og løyvehavere kan delta i anbudsprosessen. Det anbefales derfor at det foretas en nærmere utredning av utformingen av kriterier i anbudsgrunnlag med sikte på å kartlegge forhold som forhindrer virksom konkurranse om anbudene om pasienttransport.

Samarbeid i strid med konkurranseloven § 10

Ulovlig anbudssamarbeid kan hindre virksom konkurranse om pasienttransport-anbudene. Det vil normalt dreie seg om ulovlig samarbeid om å inngi anbud, for eksempel gjennom fylkesoverbygninger, eller avtaler om å dele markeder, for eksempel ved at det avtales å ikke inngi anbud i andre løyvehaveres/sentralers "hjemmemarked". Konkurransetilsynet ser alvorlig på ulovlig anbudssamarbeid i drosjemarkedet så vel som i andre markeder. Helseregionene anbefales å melde fra til Konkurransetilsynet dersom det foreligger mistanke om slikt samarbeid.

5 Forslag til tiltak

Arbeidsgruppa gir her sine forslag til tiltak basert på innspill fra deltakerne i møtet som ble avholdt 16. november 2007. Arbeidsgruppa har lagt til grunn at forslagene til tiltak som her er vurdert, skal kunne gjennomføres innenfor gjeldende ansvarsforhold og foreliggende økonomiske rammer.

Noen av tiltakene er ikke tatt med i de videre vurderingene. Dette gjelder bl.a. tiltak som etter arbeidsgruppas vurdering er i konflikt med internasjonalt regelverk, regelverket for offentlige anskaffelser og konkurranseloven. Bl.a. av den grunn er alle forslag som direkte eller indirekte stenger ute potensielle leverandører av pasienttransporttjenester eller andre offentlig betalte transportoppdrag ikke vurdert.

Forslag om å overføre ansvaret for pasienttransport til fylkeskommunene er heller ikke vurdert i det videre. Dette anses å være i strid med Stortingets intensjoner ved endring av finansieringsansvaret for pasienttransport, der en av begrunnelsene var at det som utløser en utgift i størst mulig grad bør ha ansvaret for utgiftsdekningen, og at utgiftene til pasientbehandling skulle sees i sammenheng med utgiftene til pasienttransport.

For øvrig er forslagene til tiltak er i det videre drøftet langs følgende hovedakser:

- I. Tiltak for å øke andelen pasientreiser i det ordinære rutegående transporttilbudet (kollektivtransport)
- II. Tiltak for bedre samordning av og tilpasning av anbudsgrunnlaget for offentlig betalte transporter utenom det ordinære rutegående transporttilbudet

Innenfor disse to kategoriene er det igjen skilt mellom:

- a) Tiltak som kan gjennomføres innenfor rammen av eksisterende regelverk, og
- b) Tiltak som krever endringer i dagens regelverk og som eventuelt må utredes nærmere gitt at det er aktuelt å forfølge disse videre

I og med at flere av forslagene vil innebære hel eller delvis oppheving av dagens regler for behovsprøving av drosjeløyver er det en egen drøfting av dette.

5.1 Tiltak for å øke andelen pasientreiser i det ordinære rutegående transporttilbudet (kollektivtransport)

Både fylkeskommunene og helseforetakene stiller seg positive til, og vil ha store fordeler, av tiltak som kan bidra til å øke andelen pasientreiser i det ordinære rutegående transporttilbudet (kollektivtransport). Økt bruk av kollektivtilbudet ved pasientreiser vil bety reduserte transportkostnader for helseforetakene – og dermed frigjorte midler til pasientbehandling. Fylkeskommunene vil kunne sikre bærekraftige

rutetilbud som kommer befolkningen i distriktene til gode, hvis deler av dagens og framtidas pasientreiser i større grad skjer ved kollektivtransport.

5.1.1 Tiltak som kan gjennomføres innenfor rammen av eksisterende regelverk

Tiltakene som er foreslått fra Oppland fylkeskommune og de regionale helseforetakene forutsetter vilje og evne til samarbeid mellom helseforetakene og fylkeskommunene både om utforming av rutetilbud, kvalitative krav og informasjon.

Arbeidsgruppa foreslår at Samferdselsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, på egnet måte, oppfordrer fylkeskommunene og de regionale helseforetakene om:

- Å etablere dialog for å vurdere muligheter for å utvikle helhetlige transportopplegg innen fylkeskommunens ansvarsområde som er tilrettelagt også for helsesektoren. Dette innebærer mer fleksible rutegående tilbud, der ruter og rutetider er tilpasset behandlingssted og behandlingstidspunkt, gjerne bestillingsbasert og dør til dør transport, herunder som mating til større rutegående tilbud
- Å vurdere opplegg for å øke sjåførenes kompetanse om de ulike transportbrukernes behov for å forbedre kvalitet og service på tilbudet, herunder nødvendig assistanse ved av/påstigning, hjelp med bagasje, gode seter som kan reguleres, transport helt frem til behandlingsstedet m.v. Det kan også være aktuelt med egne "avdelinger" for pasienter på buss/hurtigbåt / (tog)
- Å fokusere på informasjon/ markedsføring om det ordinære transporttilbudet, både overfor pasienter og leger og andre som rekvirerer offentlig betalt transport om kvaliteten og mulighetene for å bruke lokal kollektivtransport fremfor drosje
- Å arbeide med å organisere behandlingen av dagpasienter internt på sykehus og tilpasse utskrivningstidspunktene, slik at de i større grad tilpasses transportmulighetene i den ordinære kollektivtransporten

Etter arbeidsgruppas vurdering er ikke regelverket om offentlige anskaffelser til hinder for et slikt samarbeid som her skisseres. I de fleste tilfeller vil det her være tale om at pasientene sjøl legger ut for transporten (løser billett) og får utlegget refundert (*enkeltoppgjør*). Helseforetakene har også etablert oppgjørsavtaler med offentlige og private transportører (NSB, flyselskaper osv) som regulerer oppgjørsformen i de tilfeller der reisen betales av helseforetaket etter regning fra transportør (direkte oppgjør). Tilsvarende avtaler kan også inngås med fylkeskommunene/ transportselskaper som har ruteavtaler med fylkeskommunen.

5.1.2 Tiltak som krever endringer i dagens regelverk

Det er også foreslått å fjerne, eventuelt redusere egenandel på pasienttransport ved bruk av ordinær kollektivtransport, slik at det blir mer attraktivt å benytte ordinær kollektivtransport fremfor drosje. Selv om regelverket legger til grunn at det er

pasientens tilstand og/eller om det eksisterer et rutegående transporttilbud som skal være avgjørende for om pasienten har rett til ekstraskyss, er det forhold som tyder på at dette ikke alltid er styrende for valg av transporttilbud.

Egenandel for pasienttransport er i dag 120 kroner pr enkeltreise (240 kroner tur/retur). Ved å fjerne egenandelen ved bruk av kollektivtransport, og samtidig tilby et bedre tilrettelagt rutetilbud, er det grunn til å anta at flere vil velge kollektivtransport. På den annen side vil det kunne hevdes at de som av medisinske eller transportmessige grunner ikke kan reise kollektivt, vil bli "diskriminert" innenfor en slik ordning. Samtidig vet vi at mange pasienter har frikort og er dermed uansett fritatt fra å betale egenandel.

Arbeidsgruppa foreslår overfor Helse- og omsorgsdepartementet at forslaget om å fjerne, eventuelt redusere egenandel på pasienttransport ved bruk av ordinær kollektivtransport, kan utredes nærmere.

5.2 Tiltak for bedre samordning og tilpasning av anbudsgrunnlaget for offentlig betalte transporter utenom det rutegående transporttilbudet m.v.

Det meste av offentlig betalt transport utenom rutegående transport, foregår med drosje og/eller turvogn. Det er derfor grunn til å understreke at det både er i helseforetakenes og fylkeskommunenes interesse å sikre at det opprettholdes et drosjetilbud også i distriktene. "Helseekspressene" som er etablert langs flere strekninger er et eksempel på godt tilrettelagt tilbud og der brukerundersøkelser viser at 90 prosent av de som har benyttet tilbudet, er fornøyde. I tillegg til de dedikerte "helseekspressene" er det også etablert andre helsebusstilbud. I den siste kategorien vil det særlig kunne være aktuelt å samordne bruk av busstilbudet til både pasienttransport og transportoppdrag innenfor fylkeskommunens ansvarsområde, gjerne kombinert med koordinert tilbringertjeneste (med drosje). Bestillingstransport er et aktuelt alternativ i spredtbygde strøk der trafikkgrunnlaget er lite. Dette krever en organisasjon som kan ta imot og gjennomføre transportoppdrag på (forholdsvis) kort varsel og samordne ulike transportoppgaver.

5.2.1 Tiltak som kan gjennomføres innenfor rammen av eksisterende regelverk

Samarbeidet som har vært mellom Sykehuset Innlandet, Oppland fylkeskommune og Hedmark trafikk av offentlig betalt transport utenfor rutekjøring (drosjetransport); dvs. samarbeid om pasienttransport, skoleskyss og TT-transport, er et eksempel på tiltak innenfor denne kategorien. Dette innebærer samarbeid på tvers av geografiske og administrative grenser. Erfaringer fra dette prosjektet har vist at sentrale forutsetninger for bedre samarbeid mellom helse- og samferdselssektoren er bl.a. at det foreligger samarbeidsavtale, etablering av felles "kjørekontor"/bookingenhet, felles trafikkstyringssystem, fastsatte oppgjør rutiner mellom de ulike kjøperne og felles konkurranseutsetting/anbud.

En av utfordringene det har vært pekt på i forhold til kjøp av drosjetransport, er organisering av felles kjørekontor for bestilling av transport. I forskriften om offentlige anskaffelser § 3-13 åpnes det nå for bruk av innkjøpsentraler (jf omtale under 3.3.1), og dette kan være en aktuell løsning for å tilrettelegge for bedre samarbeid.

Både helseforetakene og fylkeskommunene, som offentlige kjøpere av transport, kan også gjennom anbudsgrunnlagets utforming ha stor innvirkning på den påfølgende konkurransen. Som Konkurransetilsynet har pekt på, antas det at inndeling av anbudet i mindre deler, normalt på kommunenivå, vil kunne stimulere selv mindre sentraler til å legge inn anbud i tilgrensede områder. Dette må ses i lys av interessen av å opprettholde et drosjetilbud også i distriktene. Det bør derfor i forkant av anbudsrunder foretas en vurdering av om utformingen av kriterier anbudsgrunnlaget hindrer virksom konkurranse om transportanbud.

5.2.2 Tiltak som krever endringer i dagens regelverk

Det arbeidet som gjøres med å vurdere nye regler for transport av liggende pasienter, vil kunne åpne for innmontering og bårefeste i drosjer/turvogner. Dette vil bidra til mer kostnadseffektiv transport, samtidig som bruken av ambulanser blir prioritert riktigere. Dette vil dessuten åpne for bredere driftsgrunnlag for lokale transportører (drosjeeiere m.v.).

5.3 *Vurdering av eksisterende behovsprøving ved tildeling av løyve til drosjer*

De som har løyve for å kjøre drosje er pålagt en kjøreplikt som skal sikre et godt tilbud til brukerne, også på tidspunkt når det privatøkonomisk ikke er lønnsomt å tilby drosjekjøring. Til gjengjeld begrenser myndighetene nyetableringer i markedet gjennom behovsprøvingen.

Den generelle kjøreplikten som er knyttet til løyvet sikrer først og fremst tilfeldige kunder tilgang til drosjetjenesten (spotmarkedet). Kontraktsmarkedet (feks. offentlig betalte tjenester) vil være sikret tilgang til tjenesten gjennom avtaleforholdet, uavhengig av reguleringsform.

Selv om behovsprøvingen sikrer tilfeldige kunder tilgang til drosjemarkedet, er det i flere av innspillene påpekt at behovsprøvingen også har en del problematiske sider.

Helseforetakene er pliktig til å følge lov om offentlige anskaffelser ved kjøp av transporttjenester. Det samme gjelder for fylkeskommunene, med unntak av når de kjøper transporttjenester på vegne av allmennheten. Hovedsakelig som følge av dagens ordning med behovsprøving er det imidlertid få eller ingen alternativer til drosjene for å gjennomføre transportoppdrag utenom rute i distriktsområdene. I områder der det ikke forventes konkurranse, har dette ført til at det har blitt levert tilbud som ligger over maksimalprisen som gjelder i privatkundemarkedet. Mao. er det eksempler på at

”storkundene” må betale mer enn andre kunder, og ikke som normalt er, at de får rabatt. Dette indikerer at dagens regulering av drosjemarkedet med behovsprøving påfører både helseforetak og fylkeskommuner høyere transportkostnader enn det de ellers ville ha hatt, og at den slik sett går ut over både fylkeskommunens og helseforetakenes ordinære tjenestetilbud. Dagens ordning med behovsprøving er slikt sett ikke et ”gratis” virkemiddel for å opprettholde drosjetilbudet i distriktene.

Videre synes det å være en gjennomgående enighet om at størstedelen av driftsgrunnlaget for distriktsdrosjene sikres gjennom offentlige betalte transportoppdrag, og ikke gjennom behovsprøvingen. Bl.a. har Nordland fylkeskommune i sitt innspill opplyst at flere løyvehavere har sagt opp sitt løyve, som følge av at de ikke har nådd opp i anbudskonkurranser. Det kan mao. stilles spørsmål om behovsprøvingen fremdeles er et effektivt virkemiddel for å sikre driftsgrunnlaget for distriktsdrosjene, og dermed drosjetilbudet til privatkundene i distriktene.

I et system uten behovsprøving vil generell kjøreplikt ikke lenger følge av løyveordningen. Med utgangspunkt i at helseforetakene i mange tilfeller allerede i dag har sikret seg avtalemessig tilgang til drosjetransport 24 timer i døgnet, bør det imidlertid i samarbeid med fylkeskommunene kunne arbeides videre med å få avtaleløsninger som også kan sikre allmennheten tilgang til drosjetjenestene der det ansees som nødvendig. Spørsmålet om å oppheve behovsprøvingen for drosjeløyver bør vurderes i lys av de løsninger man kan oppnå med slike avtaleløsninger.

Utgitt av: Helse- og omsorgsdepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere
eksemplarer av denne publikasjonen fra:
Departementenes servicesenter

Post og distribusjon

www.publikasjoner.dep.no

E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no

Telefaks: 22 24 27 86

Forsidebilde: Husmo-foto

Oppgi publikasjonskode: I-1133 B

Trykk: Departementenes servicesenter 02/2008

Opplag 500