

**OVERFØRING AV ANSVARET FOR SYKETRANSPORT OG
REISEUTGIFTER FOR BEHANDLINGSPERSONELL TIL
KOMMUNESEKTOREN**

Rapport av 18.01.2000

INNHold

	Side
1 INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Mandat	4
1.3 Gjennomføring	5
2 SAMMENDRAG	6
2.1 Dagens ordning	6
2.1.1 Syketransport	6
2.1.2 Reiseutgifter for behandlingpersonell	6
2.2 Tidligere forslag om ansvarsoverføring	6
2.2.1 Prøveprosjekter	6
2.2.2 Stortingsbehandling	7
2.3 Vurdering av dagens ordning	7
2.4 Alternative modeller for ansvarsoverføring	8
2.4.1 Syketransport	8
2.4.2 Reiseutgifter for helsepersonell	9
2.5 Virkninger av en endret ansvarsplassering	9
2.6 Økonomiske og administrative konsekvenser	10
2.6.1 Økonomiske konsekvenser	10
2.6.2 Administrative konsekvenser	10
3 DAGENS ORDNING	12
3.1 Syketransport	12
3.1.1 Oversikt over stønadsordningen	12
3.1.2 Utgifter	13
3.2 Reiseutgifter for behandlingpersonell	15
3.2.1 Oversikt over stønadsordningen	15
3.2.2 Utgifter	16
4 TIDLIGERE FORSLAG OM ANSVARSOVERFØRING	18
4.1 Prøveprosjekter	18
4.2 Forslag for Stortinget	20
5 VURDERING AV DAGENS ORDNING	23
5.1 Syketransport	23
5.1.1 Innledning	23
5.1.2 Sterke sider ved dagens organisering	23
5.1.3 Svakheter ved dagens organisering	24
5.2 Reiseutgifter for behandlingpersonell	25
5.2.1 Sterke sider ved dagens ordning	25
5.2.2 Svakheter ved dagens ordning	26
5.3 Noen eksempler	27
5.4 Andre forhold av betydning – nye trekk i utviklingen	28
5.5 Konklusjon	31
6 ALTERNATIVE MODELLER FOR ANSVARSOVERFØRING	32
6.1 Syketransport	32
6.1.1 Innledning	32

6.1.2	Ansvarsfordeling mellom fylkeskommune og kommune.....	32
6.1.3	Alternative modeller for fylkeskommunalt ansvar	33
6.1.4	Transport utenfor fylkeskommunal og kommunal helsetjeneste	36
6.1.5	Sammenfatning	39
6.2	Reiseutgifter for behandlingspersonell.....	40
6.2.1	Alternative løsninger.....	40
6.2.2	Vurdering.....	41
7	VIRKNINGER AV EN ENDRET ANSVARSPLASSERING.....	43
7.1	Innledning	43
7.2	Syketransport	43
7.2.1	Virkninger for fylkeskommunen.....	43
7.2.2	Virkninger for pasienten	47
7.2.3	Virkninger for trygdeetaten.....	48
7.3	Reiseutgifter for behandlingspersonell	49
7.3.1	Virkninger for kommunesektoren.....	49
7.3.2	Virkninger for pasienten	49
7.3.3	Andre virkninger.....	50
7.4	Sammenfatning	50
8	ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER.....	51
8.1	Økonomiske konsekvenser	51
8.1.1	Overføringsprinsipp	51
8.1.2	Overføringsnivå.....	52
8.2	Administrative konsekvenser.....	53
8.2.1	Ressursbruk i trygdeetaten	53
8.2.2	Konsekvenser av en overføring.....	54

VEDLEGG

Tabeller

1. INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN

I St. prp. nr. 1 (1998-99) foreslo Sosial- og helsedepartementet en bevilgning på 5 mill. kroner for 1999 til dekning av utgifter i forbindelse med en gjennomgang av syke transportområdet, og til å utarbeide et felles opplegg for registrering av statistikk og et felles edb-system for alle kjørekontorer, samt etablering av offentlige kjørekontorer i ett eller to fylker.

Sosialkomiteen uttalte i sin innstilling av 7. desember 1998 (budsjett-innst. S. nr. 11 1998-99 kap. 2750 post 77 Syke transport):

”Komiteen har merket seg at utgiften til syke transport har økt sterkt og har merket seg at Sosial- og helsedepartementet nå vil foreta en gjennomgang av hele syke transportområdet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at bl.a. Transportøkonomisk institutt har vist til et betydelig potensial for reduksjon av reiseutgifter. Flertallet vil anta at det i departementets arbeid også vil inngå en vurdering av virkningen av å knytte det økonomiske ansvaret for transport til det nivå som behandler pasienten. Dette vil i så fall innebære at kommuner og fylkeskommuner får statlige overføringer i samsvar med dagens kostnader til transport.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til at Stortinget siden 1989 tre ganger har avvist forslag fra Regjeringen om å overføre ansvaret for syke transporten til fylkene. Disse medlemmer kan ikke se noen grunn til å ta dette forslaget frem nok en gang.”

Sosial- og helsedepartementet har gitt Rikstrykdeverket i oppdrag å gjennomføre arbeidet med områdegjennomgangen mv. og å vurdere virkningene av å overføre ansvaret for syke transport. Oppgaven har vært organisert som et todelt prosjekt. Rapport for del 1, områdegjennomgangen, ble oversendt til departementet 2. august 1999 (”Gjennomgang av syke transportområdet”, rapport av 30. juli 1999). Denne rapporten omfatter prosjektets del 2, vurdering av en ansvarsoverføring til kommunesektoren.

1.2 MANDAT

Rikstrykdeverket har i brev av 15.02.99 til Sosial- og helsedepartementet foreslått mandat for prosjektet, og skriver bl.a.:

”Ved en eventuell overføring av syke transportområdet til kommunesektoren, vil det være naturlig også å vurdere overføring av reiseutgifter for behandlingsspersonell. Vi har derfor foreslått en utvidelse av mandatet på dette punkt.”

Sosial- og helsedepartementet har i brev av 04.03.99 godkjent følgende mandatet for prosjektets del 2:

”II Alternativ modell - overføring av ansvaret for syke transport og reiseutgifter for behandlingsspersonell

a) *Vurdere å knytte organisasjons-, drifts- og finansieringsansvaret for syke transport og reiseutgifter for behandlingsspersonell til det nivået som har ansvaret for*

helsetjenesten.

- b) *Vurdere regelverksendringer som følge av ny organisering.*
- c) *Utrede økonomiske og administrative konsekvenser av forslag/tiltak."*

Når det gjelder punkt b, regelendringer som følge av ny organisering, har vi oppfattet mandatet slik at regelendringer kan vurderes på et mer generelt grunnlag, og at oppdraget ikke har vært å utrede konkrete forslag til lovendringer og andre regelendringer ved en ny organisering.

1.3 GJENNOMFØRING

Arbeidet har vært organisert som et prosjekt i regi av Stønadsavdeling III i Rikstrygdeverket. Det har vært nedsatt en styringsgruppe og en prosjektgruppe.

Prosjektgruppens bemanning:

- Kjell Arne Nyheim, Sykebehandlingskontoret, Rikstrygdeverket (leder)
- Geir Borch Karlsen, prosjektmedarbeider, Rikstrygdeverket
- Lise Dalhaug Øhring, prosjektmedarbeider, Rikstrygdeverket
- Frode Einar Krokstad, transportkonsulent, fylkestrygdekontoret i Akershus (engasjert på deltid i forbindelse med mandatets del 1).

Styringsgruppe:

- Ass. tryggedirektør Per Knudsen, Rikstrygdeverket (leder)
- Avdelingsdirektør Tone Mørk, S III, Rikstrygdeverket
- Fylkestrygdedirektør Sven Arild Hansen, Aust-Agder
- Forsker Edvin Frøysadal, Transportøkonomisk institutt
- Rådgiver Ingunn Bothem, Statskonsult (på konsultativ basis)
- Underdirektør Knut Bjørn Christophersen, Sosial- og helsedepartementet
- Seniorrådgiver Lars Fjell Hansson, Finansdepartementet
- Rådgiver Odd Vegsund, Kommunal- og regionaldepartementet

Representanten fra Statskonsult ble oppnevnt som deltaker i styringsgruppen på konsultativ basis. Statskonsult er også benyttet som konsulent for prosjektgruppen.

Representantene fra Sosial- og helsedepartementet, Finansdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet ble oppnevnt som deltakere i styringsgruppen i forbindelse med mandatets del 2, overføring av ansvaret for syketransport og reiseutgifter for behandlingsspersonell. Representantene fra departementene har imidlertid vært til stede også under behandlingen av mandatets del 1, områdegjennomgangen.

Arbeidet med del 2 av mandatet er gjennomført i månedene august-desember 1999, og styringsgruppen har hatt 5 møter i denne perioden.

Per Magne Pedersen og Kari Rolstad fra Kommunenes Sentralforbund har deltatt på tre av møtene på konsultativ basis, og har ikke tatt stilling til rapportens innhold og konklusjoner. Underdirektør Kåre Tønnesen fra Sosial- og helsedepartementet har deltatt på to av møtene.

Prosjektets leveranser har vært en foreløpig rapport for mandatets del 1 per 1. juni 1999, en endelig rapport for del 1 datert 30. juli 1999, og denne rapporten for mandatets del 2. Rapportene er avgitt til Sosial- og helsedepartementet.

2. SAMMENDRAG

2.1 DAGENS ORDNING

2.1.1 Syketransport

Syketransport er transport av pasient og eventuell nødvendig ledsager til eller fra medisinsk behandling når transporten ikke må foregå med ambulanse. Aktuelle transportmidler er buss, tog, båt, fly, drosje og privat bil. Formålet med stønadsordningen er å sikre pasientene lik adgang til medisinsk behandling uansett bosted. Det er trygdekontoret som avgjør krav om reisedekning.

Utgifter til syketransport dekkes etter folketrygdloven § 5-16 til 5-18. I 1998 var de totale utgiftene 1.114,6 mill. kroner. I perioden 1990-98 har utgiftene økt med ca. 57%. Målt i faste 1998-kroner har utgiftsveksten vært på 31,6%. Bruk av drosje har de senere år utgjort over halvparten av de totale utbetalingene.

2.1.2 Reiseutgifter for behandlingsspersonell

Reiseutgifter for behandlingsspersonell dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 5-19. Formålet med bestemmelsene er å sikre at pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte fram hos behandleren, får et behandlingstilbud. Trygden dekker reiseutgifter for behandlere som går inn under kapittel 5 i loven, for eksempel lege, fysioterapeut og psykolog. I tillegg dekkes reiseutgifter bl.a. for helsepersonell som er ansatt i hjemmesykepleien eller er knyttet til en helsestasjon. Privatpraktiserende behandlere leverer regning for skyssutgifter sammen med sitt øvrige oppgjør med trygdekontoret. For helsepersonell ansatt i kommunen, skal krav om dekning av reiseutgifter fremsettes gjennom kommunen.

Utgiftene til skyss av helsepersonell utgjorde 309,5 mill. kroner i 1998. Økningen i de totale utgifter fra 1990 til 1998 var på vel 15%. Regnet i faste 1998-kroner gikk utgiftene ned med 3,5% i denne perioden. Hovedtyngden av utgiftene knytter seg til bruk av eget transportmiddel (privat bil).

2.2 TIDLIGERE FORSLAG OM ANSVARSOVERFØRING

2.2.1 Prøveprosjekter

Fra 1990 overtok 7 fylkeskommuner ansvaret for syketransport på frivillig basis som et prøveprosjekt (Oppland, Telemark, Hedmark, Vest-Agder, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Troms). Den ordinære prøveperioden utløp i 1992, og økonomisk var prøveprosjektet samlet sett vellykket. Det var gjennomgående en lavere utgiftsvekst i prøvefylkene enn i landet for øvrig.

Evaluering av prosjektet ble foretatt av Transportøkonomisk institutt som understreket at prosjektet var gjennomført på en praktisk og realistisk måte i alle prøvefylkene med sikte på at forsøket skulle kunne ut i mindre ressurskrevende, bedre og varige opplegg for syketransporten. Det ble konkludert med at prøveprosjektene ga et godt grunnlag for utforming av varige opplegg.

I en fellesuttalelse til Sosialdepartementet uttalte prøvefylkene at en overføring av ansvaret for syketransporten til kommunesektoren var riktig ut fra en vurdering av forvaltningsnivåenes

kompetanse, øvrige ansvarsområder og muligheter til å rasjonalisere virksomheten.

2.2.2 Stortingsbehandling

Forslag om å overføre ansvaret for syketransport og skyss av helsepersonell har flere ganger vært behandlet i Stortinget, og hver gang blitt avvist. Stortingsflertallet har bl.a. vært opptatt av likhet i tilbudet, og at pasientenes rettigheter kunne bli svekket etter en overføring. Flertallet har også argumentert med at den aktuelle situasjon ikke tilsa overføring fordi mange fylkeskommuner hadde store problemer med å løse de oppgaver de allerede hadde. Et mindretall på Stortinget har støttet forslag om en overføring, og særlig vist til at dette vil være viktig for å oppnå bedre økonomistyring og en bedre ressursutnyttelse.

Spørsmålet om en ansvarsoverføring for syketransport og/eller reiseutgifter for behandlere er omtalt i NOU 1982 10: Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v., i Ot.prp. nr. 54 (1983-84), i St.meld. nr. 41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000, Nasjonal helseplan, i St.meld. nr. 15 (1989-90) Om sosialtrygdene 1984-88, i St.meld. nr. 36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane, i Ot.prp. nr. 39 (1991-92), i Revidert nasjonalbudsjett 1993, i St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring. Mål og vikemidler for en bedre helsetjeneste og i Ot.prp. nr. 4 (1996-97).

2.3 VURDERING AV DAGENS ORDNING

Dagens plassering av stønadsområdene i folketrygdsystemet innebærer at pasient og behandler har en lovfestet rett til stønad gitt at vilkårene for utgiftsdekning er oppfylt. Trygdeetaten har som primær oppgave å være stønadsforvalter, og etaten har lang erfaring i å administrere stønadsordningene for syketransport og skyss av behandlere. Ansvarsplasseringen i trygdeetaten gir relativt stor grad av likebehandling og gode klagemuligheter. Trygden vil også kunne administrere samordning av syketransport med drosje på en enhetlig måte for hele landet.

Fordelene ved å overføre ansvaret for stønadsområdene til kommunesektoren ligger særlig i mulighetene for en bedre og mer kostnadseffektiv transporttjeneste. Kommunesektoren har fra før av ansvar for transport- og helsetjenestetilbudet for befolkningen, og kan se disse tjenestene i sammenheng. En overføring vil bety at ansvaret for offentlig betalt transport samles, og at syketransport inngår som en del av et helhetlig helsetjenestetilbud. Med dagens ordning har trygdeetaten små muligheter for å hente ut ytterligere gevinster ved en bedre organisering mv. på dette området når potensialet for besparelser ved å samordne syketransport er uttømt. Kommunesektoren har virkemidlene for å tilrettelegge et best mulig transporttilbud, og kan ta hensyn til transportutgiftene ved organisering mv. av helsetilbudet for befolkningen. Det er et viktig prinsipp at finansieringsansvaret bør følge utgiftsansvaret, og helsesektoren utløser utgifter til syketransport.

Den senere tid har det skjedd en utvikling i retning av større grad av statlig styring på helseområdet samtidig som pasienten har fått større frihet til selv å velge hvor han skal behandles (ny lov om spesialisthelsetjenesten, pasientrettighetsloven og fastlegereformen). Denne utviklingen kan begrense fylkeskommunens styringsmuligheter, og redusere kommunesektorens muligheter for å påvirke og ha kontroll med utgiftene til syketransport hvis stønadsområdet overføres. Retten til fritt sykehusvalg er trolig av størst betydning i denne sammenheng. Innføring av en fastlegeordning og ny lov om spesialisthelsetjenesten er trolig av mindre betydning. Utslagene er imidlertid usikre, og virkningene på litt sikt kan ikke forutsies med noen grad av sikkerhet.

Standpunktet til spørsmålet om overføring vil avhenge av hvilke hensyn man velger å vektlegge. Den rettighets- og forvaltningsmessige side ved stønadsordningene vil muligens være best ivaretatt med dagens stønadsansvar i trygden, men dette vil bl.a. avhenge av hvordan ordningen utformes med et fylkeskommunalt/kommunalt ansvar. Utgiftshensyn og et ønske om å samle ansvar og ha en mest mulig rasjonell transporttjeneste kan tale for en overføring til kommunesektoren.

2.4 ALTERNATIVE MODELLER FOR ANSVARSOVERFØRING

2.4.1 Syketransport

I rapporten anbefales at en eventuell overføring av syketransportområdet skjer til fylkeskommunen i stedet for en delt løsning med både kommunalt og fylkeskommunalt ansvar. Vi mener det vil være fordelaktig å samle ansvaret på ett forvaltningsnivå, og at fylkeskommunen har best forutsetninger for å forvalte syketransporten. Anbefalingen er i tråd med tidligere forslag fra Regjeringen om overføring.

Vi har skissert to ulike modeller for fylkeskommunalt ansvar for syketransporten. Hovedskillet går mellom sterk statlig styring (modell 1), og en ordning med betydelig frihet for fylkeskommunen til å bestemme innholdet og administreringen av syketransporttilbudet (modell 2). Variablene i modellene er innholdet av stønadsreglene på området, pasientens egenbetaling og fylkeskommunens administrering av stønadsordningen (klagebehandling).

Fylkeskommunens muligheter for planlegging m.v. av syketransporttjenesten skulle være tilnærmet de samme innenfor begge modeller. Det vil si at mulighetene for å utføre syketransport på en rasjonell og kostnadseffektiv måte er til stede uavhengig av hvilken modell som velges. Fylkeskommunen vil for eksempel kunne tilrettelegge transporttilbudet og innkallingsrutiner ved behandlingsstedene uansett modell for overføring.

En overføring som gir fylkeskommunen stor grad av frihet innenfor rammen av ordningen, vil bety at fylkeskommunen kan påvirke hvilke reiser som skal dekkes og stønadsnivået ut fra sine prioriteringer for måloppnåelse. En slik løsning vil trolig gi større muligheter for å ta skjønnsmessige hensyn. Alternativet med sterkere statlig styring og et detaljert regelverk som gjelder likt for hele landet, vil i større grad bidra til like rettigheter for hele befolkningen. Dette alternativet vil imidlertid redusere fylkeskommunens muligheter for å styre og tilpasse utgiftene etter behov, og det vil da stilles sterkere krav om tilstrekkelig finansiering ved en eventuell ansvarsoverføring. Manglende finansiering vil ellers kunne bidra til redusert ressursinnsats på andre viktige tjenesteområder som for eksempel sykehustjenester.

For pasienter som reiser hyppig til behandling, kan det være viktig med en skjermingsordning mot høye reiseutgifter. Etter en overføring kan det fortsatt være mulig å knytte syketransport til trygdens ordning med utgiftstak for egenandeler. Dette forutsetter statlig fastsettelse av egenandelsbeløp m.v. En ordning med utgiftstak i fylkeskommunal regi er også tenkelig. Et utgiftstak for egenandeler antas å være viktigere for pasienten enn egenandelsbeløpets størrelse. Hvis det sentralt bestemmes et utgiftstak og et fast egenandelsbeløp, vil ikke kommunesektoren kunne påvirke utgiftsutviklingen gjennom å regulere pasientens egenbetaling. Sosial- og helsedepartementet har foreslått en høyere egenandel for reiser ved bruk av retten til fritt sykehusvalg, og at slike reiser ikke skal omfattes av ordningen med utgiftstak for egenandeler.

Befolkningens rett til stønad til syketransport antas å bli best ivaretatt med en god klageordning. Den synes mest naturlig at det opprettes en klageordning som er alminnelig innenfor

fylkeskommunal virksomhet. Det kan bety at retten til å påklage klageinstansens avgjørelse bortfaller (dvs. dagens klagemulighet til to nivåer, både fylkestrygdekontor og Trygderetten).

Folketrygden dekker utgifter til syketransport m.v. også i forbindelse med transport utenfor kommunal og fylkeskommunal helsetjeneste, for eksempel reiseutgifter til statlige sykehus. Vi har tatt som utgangspunkt at ansvaret for slike reiseutgifter i all hovedsak bør overtas av fylkeskommunen dersom syketransporten overføres. Det bør foreligge en nærmere begrunnelse for eventuelt å unnta enkelte reiseutgifter fra en beslutning om generell overføring av stønadsområdet.

2.4.2 Reiseutgifter for helsepersonell

Vi har vurdert det slik at det er mest naturlig å splitte opp ansvaret for å dekke utgifter til skyss av helsepersonell. Fylkeskommunen bør eventuelt få ansvaret for skyss av helsepersonell innen fylkeskommunal helsetjeneste. Kommunen bør få ansvaret for skyss av helsepersonell innen kommunehelsetjenesten. Vi har lagt avgjørende vekt på at den som har ansvaret for planlegging og organisering innen helsetjenesten, og som således utløser utgiftene, også bør ha ansvaret for utgiftsdekningen.

Når det gjelder reise for helsepersonell utenfor kommunesektorens ansvarsområde, anser vi at fylkeskommunen/kommunen ikke bør pålegges å dekke disse utgiftene. Det ville bryte med prinsippet om at finansieringsansvaret skal følge utgiftsansvaret. Det er heller ikke naturlig at trygden blir sittende igjen med utgiftsansvaret. Reiseutgiftene utgjør små beløp, og det er uvisst om det er av avgjørende betydning at reiseutgiftene refunderes for at de aktuelle behandlere fortsatt skal gi tilbud om hjemmebehandling, og om det får uheldige konsekvenser hvis dette tilbudet bortfaller. I Ot.prp. nr. 39 (1991-92) gikk departementet inn for at behandlerne ikke skulle få dekket sine reiseutgifter med unntak av personell ved familievernkontor. Vi har ikke grunnlag for å trekke en motsatt konklusjon, og antar at departementets forslag bør bli stående. Når det gjelder reiseutgifter for personell ved familievernkontor, synes det rimelig av utgiftene dekkes over familievernkontorets budsjett.

Reiseutgifter for helsepersonell ansatt i hjemmesykepleien kan fremheves som det området hvor det synes mest naturlig med en ansvarsoverføring, og da til primærkommunen. Det er også vektige hensyn som taler for å overføre reiseutgifter for annet helsepersonell til kommunesektoren.

2.5 VIRKNINGER AV EN ENDRET ANSVARSPLASSERING

Virkningene av en ansvarsoverføring vil delvis avhenge av hvilken frihet kommunesektoren får til å utforme stønadsordningene innenfor en ny organisering.

På noen områder vil fylkeskommunen kunne gjøre en bedre jobb en trygdeetaten. Fylkeskommunen vil kunne tilrettelegge et transporttilbud og utnytte eventuelle muligheter for samordning med annen offentlig betalt transport. Fylkeskommunen vil kunne tilpasse time for behandling til transporttilbudet, og følge opp praksis for rekvirering av kostbar transport som drosje. Fylkeskommunen vil kunne ta hensyn til transportutgiftene i forbindelse med organisering av helsetjenestetilbudet. Forbedringer på disse områdene vil føre til lavere utgifter til transport, og besparelser for fylkeskommunen.

Fylkeskommunen vil imidlertid ikke ha kontroll med utgifter som for eksempel blir en følge av ordningen med fritt sykehusvalg.

For pasienten vil rettighetene til reisedekning etter en overføring være av sentral betydning. Selv om det er grunn til å forvente en mer ulik praksis mellom fylkene, antas at det vesentlige av dagens reiser vil bli dekket. Det må kunne forutsettes at transport til medisinsk behandling som er av stor helsemessig betydning for pasienten fortsatt vil bli dekket. En ansvarsoverføring kan gi rom for større grad av skjønnsutøvelse, og muligheter for å se reiseutgifter og behandlingsutgifter i sammenheng kan slå positivt ut for pasienten. Det er viktig for ivaretagelse av rettigheter at saksbehandlingen skjer på en betryggende måte.

Det er grunn til å tro at tilretteleggingen av et egnet transporttilbud kan bli forbedret etter en ansvarsoverføring, og det vil være til fordel for pasienten.

For trygdeetaten vil det trolig være av størst betydning om ansvaret for alle reiseutgifter overføres til kommunesektoren, eller om noen transportsaker blir værende igjen i trygden. Etatens fagkompetanse på transportområdet vil i stor grad bli borte hvis det alt vesentlige av transportområdet overføres.

2.6 ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

2.6.1 Økonomiske konsekvenser

Det mest vanlige utgangspunktet for overføringer, er at en i overføringsåret legger til grunn utgiftsnivået og geografisk fordeling av dette i en periode før ansvarsoverføringen blir bestemt. Regnskapstall for syketransport og reiseutgifter for helsepersonell i de enkelte fylker kan dermed brukes som overføringsbeløp. I utgangspunktet vil fylkeskommunen (og kommunen) kunne overta de økonomiske ressursene som trygdeetaten i det enkelte fylke har til disposisjon. Dette vil normalt kunne skje ved økte rammetilskudd i inntektssystemet.

Overføringsnivået kan i utgangspunktet være folketrygdens utgifter på overføringstidspunktet. Det har imidlertid vært en betydelig underliggende utgiftsvekst på syketransportområdet i perioden 1990-98 (jf. beregning i punkt 3.1.2). Den underliggende utgiftsvekst korrigert for prisstigning og egenbetalingsøkninger ut over prisstigningen har i denne perioden vært rundt 5% hvert år. Det antas samtidig at det vil være et visst innsparingspotensiale knyttet til overføringen. Et mulig kompensasjonsopplegg for forventet volumutvikling m.v. i fremtiden kan være at fylkeskommunene hvert år i for eksempel en femårsperiode får eksempelvis fra 50 til 75% av den historiske volumveksten som kompensasjon. Det vil kunne innebære (gitt et anslag på ca. 5%) en ekstra opptrappingskompensasjon på fra 30 til 40 millioner kroner hvert år i perioden.

2.6.2 Administrative konsekvenser

Trygdeetatens arbeid med å administrere syketransportområdet og reiseutgifter for behandlingspersonell knytter seg i hovedsak til behandling av krav om dekning av reiseutgifter. I Ot.prp. nr. 39 (1991-92) ble det lagt fram konkrete anslag for ressursbruken i trygdeetaten på syketransportområdet. Det ble anslått at trygdekontorene til sammen brukte ca. 185 årsverk til arbeidet med refusjon av reiseutgifter. Med dagens bemanning i trygdekontorene tilsvarer dette ca. 225 årsverk. Vi har ikke foretatt en egen undersøkelse av trygdekontorenes arbeid i dag med saksområdene syketransport og reiseutgifter for behandlingspersonell. I tillegg har fylkestygdekontorene 19 stillingshjemler på syketransportområdet, og Rikstrygdeverket antas å bruke minst ett årsverk på transportområdet. Det er dessuten avsatt egne administrative midler til drift av kjørekontorer m.v. (16,6 mill. kroner i 1999), og i noen fylker drives kjørekontorene i trygdens egen regi.

Hvis fylkeskommunen får større frihet til å bestemme innholdet og organiseringen av stønadsordningene, antas at det kan være rom for administrative besparelser. Vi finner imidlertid ikke grunnlag for å tallfeste slike besparelser. Hvis stønadsordningene skal videreføres slik de er, vil de administrative kostnadene trolig bli om lag på dagens nivå.

I denne rapporten har vi ikke utredet konkrete forslag til lovendringer og andre regelendringer, eller mer praktiske spørsmål knyttet til gjennomføring av en ansvarsoverføring. Slike forhold bør avklares på et senere tidspunkt.

3 DAGENS ORDNING

3.1 SYKETRANSPORT

3.1.1 Oversikt over stønadsordningen

Syketransport er transport av pasient og eventuell nødvendig ledsager til eller fra medisinsk behandling når transporten ikke må foregå med ambulanse. Aktuelle transportmidler er buss, tog, båt, fly, drosje og privat bil.

Utgifter til syketransport dekkes etter folketrygdlovens § 5-16 til 5-18. Formålet med stønadsordningen er å sikre pasientene lik adgang til medisinsk behandling uansett bosted.

Sosial- og helsedepartementet har gitt forskrift om trygdens dekning av utgifter til syketransport. Etter departementets forskrift dekkes nødvendige reiseutgifter til godkjent helseinstitusjon, og til undersøkelse og behandling hos privatpraktiserende behandlere og behandlere ansatt i kommunehelsetjenesten. Som behandlere regnes lege, psykolog, fysioterapeut, jordmor, tannlege og logoped/audiopedagog. Reiseutgifter til behandlere dekkes i forbindelse med undersøkelse og behandling som omfattes av kapittel 5 i folketrygdloven. Videre dekkes nødvendige reiseutgifter til helsestasjon og familievernkantor. Folketrygden dekker med andre ord transport både til fylkeskommunale og kommunale helsetjenester, og til helsetjenestetilbud som ligger utenfor kommunens og fylkeskommunens ansvar.

Folketrygden dekker reiseutgifter med billigste forsvarlige transportmiddel til nærmeste sted der nødvendig undersøkelse eller behandling kan foretas. Ved innleggelse i sykehus, dekkes reiseutgifter til offentlig helseinstitusjon utenfor bostedsfylket hvis pasienten er henvist i samsvar med fylkeskommunale retningslinjer for hvor pasienten skal behandles og bostedsfylket betaler behandlingsutgiftene.

I utgangspunktet dekkes reiseutgifter med billigste rutegående transportmiddel. Hvis pasienten på grunn av sin helsetilstand må bruke dyrere transport, for eksempel drosje, dekkes de nødvendige utgifter som dette medfører.

Når reisen varer mer enn 12 timer, gis det kostgodtgjørelse med 140 kroner per døgn. Utgifter til overnatting dekkes mot kvittering med inntil 195 kroner per døgn hvis overnatting har funnet sted i hotell, pensjonat, gjestgiveri og liknende.

Pasienten må betale en egenandel for hver reise. I 2000 er egenandelen 60 kroner per enkeltreise (120 kroner tur-retur). Reiseutgifter omfattes av ordningen med utgiftstak for egenandeler. Pasienten fritas for å betale egenandel når utgiftstaket er nådd, og får da frikort på trygdekontoret. I 2000 er utgiftstaket for egenandeler 1370 kroner. I noen tilfeller betales ikke egenandel ved reise, eksempelvis er barn under 7 år fritatt for å betale egenandel.

I utgangspunktet er det pasienten selv som betaler for nødvendig transport, mot senere refusjon fra trygdekontoret. Med hjemmel i folketrygdloven § 22-2 kan imidlertid trygden inngå avtale med transportøren om direkte oppgjør. Stønden fra trygden blir da utbetalt direkte til drosjeeieren mv. Egenandelen for reisen betaler pasienten til transportøren.

Reise- og oppholdsgodtgjørelse til nødvendig ledsager dekkes etter folketrygdlovens § 5-18. Godtgjørelse gis som hovedregel etter de samme regler og takster som gjelder for pasienter. Er

det av medisinske grunner påkrevd med kvalifisert ledsager, for eksempel lege eller sykepleier, kan skyss-, kost- og overnattingsgodtgjørelse gis etter særskilt regulativ (statens reiseregulativ). Til nødvendig ledsager gis også godtgjørelse i form av erstatning for tapt arbeidsinntekt. Maksimalsatser for arbeidsgodtgjørelse er fastsatt i forskriften om reisedekning. Hvis det er nødvendig med kvalifisert ledsager, gis arbeidsgodtgjørelse etter særskilt regulativ.

Det er trygdekontoret som avgjør krav om dekning av utgifter til syketransport. Trygdekontorets vedtak kan påklages til fylkestyngdekontoret, og fylkestyngdekontorets vedtak i klagesaker kan ankes inn for Trygderetten. Trygderetten kan ikke prøve det faktiske grunnlaget for fylkestyngdekontorets vedtak som klageinstans.

3.1.2 Utgifter

Tabell 1. Folketrygdens utgifter til syketransport fordelt på transportmiddel.
1990-98. Mill. kr.

	1990*	1991*	1992*	1993*	1994**	1995	1996	1997	1998	Endring 1990-98
Drosje	-	-	-	-	466,5	496,3	543,6	574,6	643,8	-
Egen bil	-	-	-	-	99,4	103,7	108,4	116,5	127,5	-
Rutefly	-	-	-	-	-	-	-	39,2	86,4	-
Rutefly, inntekter	-	-	-	-	-	-	-	-0,9	-3,3	-
Rutegående	-	-	-	-	210,5	220,7	237,7	220,2	183,3	-
Ambulansebåt	-	-	-	-	22,6	16,1	17,2	15,3	17,4	-
Annen ikke ruteg. båt	-	-	-	-	-	-	-	1,4	5,3	-
Ledsagergodtgjørelse	-	-	-	-	14,8	15,5	16,7	18,1	21,0	-
Oppholdsutgifter	24,6	26,3	28,9	29,6	29,5	30,0	29,1	29,7	33,2	35,0 %
Totalt	709,1	743,4	804,6	773,8	848,2	882,3	952,7	1014,2	1114,6	57,2 %
Faste 1998-kroner	847,1								1114,6	31,6 %

* Utgifter til skyss av helsepersonell med båt ble ført sammen med syketransport med båt til og med 1993. Ut fra kostnadsfordelingen etter at utgiftene ble splittet opp, er regnskapstallene for 1990-93 skjønsmessig nedjustert med mellom 31 og 54 mill. kroner hvert år (fordelingsnøkkel: 25% syketransport og 75% skyss helsepersonell).

** 4,9 mill. kroner ble regnskapsført etter den kontoinddeling som gjaldt før 1994. Dette beløpet inngår i totalen, men ikke i enkeltbeløpene (totalbeløpet for 1994 er derfor noe høyere enn summen av enkeltbeløpene for dette året).

Folketrygdens utgifter til syketransport var 1.114,6 mill. kroner i 1998. Bruk av drosje utgjorde vel halvparten av de totale utgiftene (643,8 mill. kroner). Rutegående transport var også en betydelig utgiftspost med 266,4 mill. kroner. Utgifter til bruk av egen bil lå på 127,5 mill. kroner i 1998. Syketransport med ambulansebåt og annen båt utgjorde relativt beskjedne beløp, og det samme gjaldt ledsagergodtgjørelse og oppholdsutgifter.

Trygdeetatens kontoinddeling har endret seg over tid. Før 1994 var kontoplanen inndelt etter type helsetjeneste (reise til kommunal helsetjeneste, reise til fylkeskommunal helsetjeneste og reise utenfor kommunal/fylkeskommunal helsetjeneste). I de siste par årene med denne kontoindelingen fordelte utgiftene seg med ca. 65% på reiser innen fylkeskommunal helsetjeneste, ca. 17% var reiser i kommunehelsetjenesten og ca. 18% av utgiftene gjaldt reiser utenfor kommunal/fylkeskommunal helsetjenestene. Reiseutgifter til statlige sykehus var en hovedpost i den siste kategorien, men utgiftsfordelingen er ikke nærmere spesifisert i trygderegnskapet. Fra 1994 har kontoindelingen vært etter type transportmiddel.

I perioden 1990-98 har utgiftene til syketransport økt med ca. 57%. Målt i faste 1998-kroner har

utgiftsveksten vært på 31,6%. Egenbetalingen har økt en del i perioden utover veksten i konsumprisindeksen. Uten denne økningen kan en anslå at utgiftene i 1998 ville vært knapt 150 mill. kroner høyere enn regnskapstallene viser. Korrigert for dette kan en beregne en underliggende utgiftsvekst i perioden på rundt 5% hvert år.

1993 var det eneste året med nedgang i kostnadene på 1990-tallet. Nedgangen skyldes at pasientens egenandel for syke transport ble satt opp med 50% fra 1. januar 1993 (fra 30 til 45 kroner per reise). Det betød at pasienten måtte dekke en større del av reiseutgiftene selv, og i budsjettproposisjonen for 1993 antok Sosialdepartementet at høyere egenandel ville gi en innsparing på 150 mill. kroner på stønadsbudsjettet.

Utgiftsveksten på stønadsområdet har vært spesielt sterk de seneste år. Alle de store postene i stønadsregnskapet for syke transport har økt betydelig i perioden 1994-98. Økningen har vært størst for utgifter til bruk av drosje. Dette til tross for trygdeetatens arbeid for å dempe kostnadsveksten gjennom en planmessig samordning av syke transport med drosje. I 1998 steg drosjeutgiftene med nesten 70 mill. kroner. Totalt steg utbetalingene med 100 mill. kroner dette året (9,9%). Det må imidlertid bemerkes at utgiftsveksten i 1999 har vært avdempet.

Utgifter til bruk av rute fly ble mer enn doblet fra 1997 til 1998, men dette hadde sammenheng med endringer i trygdens kontoføring, og var ikke uttrykk for en like sterk reell utgiftsvekst. Rute fly ble skilt ut som egen konto først i 1997. Tidligere inngikk rute fly sammen med annen rutegående transport, og posten for rutegående transport viste en nedgang på ca. 37 mill kroner i 1998.

Vi kan ikke gi et fullstendig bilde av årsakene til de senere års utgiftsvekst, men noen forklaringsvariabler kan skisseres. Økt bruk av poliklinisk behandling er en viktig forklaringsfaktor. Antall polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus økte med vel 5% fra 1997 til 1998. Det ble utført om lag 3,3 millioner slike konsultasjoner i 1998. Antall sengeplasser ved sykehusene har samtidig gått ned med ca. 10% på 1990-tallet. Et økende antall eldre er en annen faktor som over tid fører til høyere reiseutgifter både fordi det er en sammenheng mellom alder og behov for helsetjenester og mellom alder og behov for dyrere transport som for eksempel drosje. Antall personer som er 80 år og eldre har økt med 18,2% i løpet av årene 1990-98. Takstøkninger for transport kan også forklare noe av kostnadsveksten.

I november 1999 besluttet Arbeids- og administrasjonsdepartementet å gjennomføre en delvis opphevelse av maksimalprisreguleringen for drosjetransport. Det er grunn til å regne med at dereguleringen på kort sikt kan føre til prisoppgang for drosjetransport. Også på lengre sikt er det utviklingstrekk som peker i retning av økte utgifter på syke transportområdet, for eksempel endringer i befolkningens alderssammensetning.

Utgiftsfordelingen mellom fylkene viser betydelige variasjoner. Nordland har de klart høyeste kostnadene med 171,4 mill. kroner i utbetalinger i 1998, mens Vest-Agder og Vestfold ligger lavest med vel 20 mill. kroner i utgifter. Utbetalinger for bruk av drosje varierer fra under 10 mill. kroner i Vest-Agder til mellom 50 og 60 mill. kroner i Nordland og Hordaland. Det er store forskjeller mellom fylkene når det gjelder utgifter til rutegående transport, og det er en tendens at fylker med korte avstander og nærhet til Oslo har lave utgifter. Dette har nok sammenheng med at pasientens egenandel i mange tilfeller dekker reisekostnadene i disse fylkene. Forskjellene mellom fylkene må imidlertid også ha andre årsaker, som ulik innsats når det gjelder arbeidet med samordning av syke transport. Det har videre vært store forskjeller i utgiftsveksten fra fylke til fylke i perioden 1990-98.

Tabeller med utgiftene i det enkelte fylke i 1998 fordelt på transportmidler og totale utgifter i fylkene i perioden 1990-98 følger som vedlegg til rapporten.

3.2 REISEUTGIFTER FOR BEHANDLINGSPERSONELL

3.2.1 Oversikt over stønadsordningen

Med hjemmel i folketrygdloven § 5-19, refunderer trygden reiseutgifter for godkjent behandlingsspersonell som gir helsetjenester som går inn under kapittel 5 i loven. Villkåret er at pasienten ikke kan møte fram på behandlingsstedet på grunn av sin helsetilstand. Lovbestemmelsen utfylles av forskrift gitt av Sosial og helsedepartementet. Folketrygden dekker reiseutgifter for alle behandlere som går inn under kapittel 5 i lov om folketrygd, dvs. for fysioterapeut, jordmor, kiropraktor, lege, logoped, psykolog og tannlege. Formålet med bestemmelsen er å sikre at pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte fram hos lege m.v., får et behandlingstilbud.

I tillegg dekkes reiseutgifter for helsepersonell som er ansatt i hjemmesykepleien eller er knyttet til en helsestasjon. Trygden kan også dekke halvparten av de reiseutgiftene helsepersonell ved et familiekontor har i forbindelse med miljøundersøkelse i tilknytning til undersøkelse, behandling og rådgivning. Trygden kan videre dekke nødvendige reiseutgifter for leger som reiser til og fra faste behandlingssteder (utekontorer) i distriktene.

Reiseutgifter dekkes bare for billigste reisemåte. Dette følger av forskrift om stønad til dekning av utgifter til skyss i forbindelse med reise for å foreta undersøkelse eller behandling.

For skyss av helsepersonell er billigste reisemåte begrenset til takst for bruk av egen bil i statens reiseregulativ. Trygden kan likevel dekke utgifter til drosje eller annet leiet befordringsmiddel når det foreligger særlige forhold. I praksis antas dette bare å være aktuelt for leger. Leger er i en stilling som gjør det nødvendig å kunne rykke ut for øyeblikkelig hjelp til enhver tid. Særlige forhold antas å foreligge når:

- legen ikke føler seg kompetent til å kjøre selv
- det skjer uforutsette ting som gjør det umulig å benytte egen/kommunens bil
- legen er ukjent på stedet (drosje kan benyttes i en kortere overgangsperiode)
- legen av sikkerhetsmessige grunner har behov for å bruke drosje
- legen ikke disponerer bil eller ikke har sertifikat
- det er særlig vanskelige føreforhold
- det er særlig vanskelige parkeringsforhold som regelmessig og vesentlig vil forsinke den utrykkende lege under legevakt.

Normalt dekkes bare reiseutgifter for nærmeste behandler.

Trygden kan også yte et reisetillegg som er godtgjørelse for tapt arbeidsinntekt. Fastlønnet helsepersonell har ikke krav på reisetillegg. For privatpraktiserende leger gis reisetillegg etter takster fastsatt i forskrift om dekning av utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende lege, jf. folketrygdloven § 5-4. For andre behandlere er reisetillegget også fastsatt i forskriftene på de respektive områder. Det gis ikke reisetillegg i forbindelse med faste utekontordager.

For helsepersonell ansatt i kommunen, skal krav om dekning av reiseutgifter fremsettes gjennom kommunen. Privatpraktiserende behandlere skal levere regning for skyssutgifter sammen med sitt øvrige oppgjør med trygdekontoret.

Det er i forskrift bestemt at fylkeskommunen skal planlegge en ambulansébåttjeneste i samarbeid med kommunene og fylkestrygdekontoret, slik at ambulansébåttjenesten også kan dekke behov for syketransport og skyss av helsepersonell med båt. Fylkestrygdekontoret kan avtale en fast pris per kilometer, eller en pris per kilometer basert på bruk av båten.

3.2.2 Utgifter

Tabell 2. Folketrygdens utgifter til skyss av helsepersonell fordelt på transportmiddel. 1990-98. Mill. kroner.

	1990*	1991*	1992*	1993*	1994	1995	1996	1997	1998	Endring 1990-98
Drosje	-	-	-	-	45,6	38,5	36,1	38,0	36,4	-
Egen bil**	-	-	-	-	-	-	-	212,9	217,5	-
Rutegående transport**	-	-	-	-	-	-	-	0,7	1,2	-
Egen bil og rutegående	-	-	-	-	206,3	208,2	210,9	213,6	218,6	-
Ambulansebåt***	-	-	-	-	-	-	-	54,2	50,4	-
Annen ikke ruteg. båt****	-	-	-	-	-	-	-	1,4	4,1	-
Ikke rutegående båt totalt	-	-	-	-	56,2	63,5	58,4	55,6	54,5	-
Totalt	268,4	326,2	388,2	317,1	308,2	310,2	305,4	307,2	309,5	15,3 %
Faste 1998-kroner		320,6							309,5	-3,5 %

* Utgifter til skyss av helsepersonell med båt ble ført sammen med syketransport med båt til og med 1993. Ut fra kostnadsfordelingen etter at utgiftene ble splittet opp, er regnskapstallene for 1990-93 skjønsmessig oppjustert med mellom 31 og 54 mill. kroner hvert år (fordelingsnøkkel: 25% syketransport og 75% skyss helsepersonell).

** Egen bil og rutegående transport ble ført samlet fram til og med 1996.

**** Ambulansebåt og annen ikke rutegående båt ble ført samlet fram til og med 1996.

Utgifter til skyss av helsepersonell utgjorde 309,5 mill. kroner i 1998. Hvilket transportmiddel som har den største utgiften, er forskjellig fra syketransport. Helsepersonell benytter først og fremst egen bil, og utgiftene til bruk av eget transportmiddel utgjorde totalt 217,5 mill. kroner i 1998. Utgifter til bruk av båt, fortrinnsvis ambulansébåt, var på 54,5 mill. kroner, mens utgifter til bruk av drosje utgjorde 36,4 mill. kroner.

Sammenliknet med andre transportmidler, er prisen for bruk av ambulansébåt meget høy. I Sogn og Fjordane lå for eksempel prisen per kjørt kilometer på mellom 80 og ca. 2 800 kroner for båtene i fylket i 1998. Det er en sammenheng mellom kilometerprisen og hvor mye båtene brukes. På grunn av betydelige faste kostnader, blir kilometerprisen spesielt høy for båter som brukes lite. De høye prisene fører til at utgifter til skyss av helsepersonell med ambulansébåt utgjør opp mot 50 % av de samlede skyssutgiftene i flere fylker.

Økningen i de totale utgifter var på 15,3% fra 1990 til 1998. Regnet i faste 1998-kroner gikk utgiftene ned med 3,5% i løpet av denne perioden. Fram til og med 1993 ble det ikke skilt mellom ulike transportmidler i trygdens kontoinndeling. Fra 1994 til 1998 har utgifter til skyss av helsepersonell økt med bare 1,3 mill. kroner. Utgifter til bruk av drosje har gått ned. Dette har sammenheng med en innstramming i retningslinjene for legers bruk av drosje. Utgifter til bruk av båt har holdt seg på omtrent samme nivå. Refusjon av reiseutgifter med egen bil og rutegående transport økte med til sammen 12,3 mill. kroner i årene 1994-98. Det er en positiv trend at det er utgiftene til de billigste transportmidlene som stiger. Dette betyr at transportvolumet øker uten at utgiftene stiger tilsvarende.

Utgiftene i fylkene viser en del variasjoner. Igjen er det Nordland som har de klart høyeste utbetalingene, og de to agderfylkene har det laveste utgiftsnivået. I Oslo er andelen drosjeutgifter svært høy.

Tabeller med utgiftene i det enkelte fylke i 1998 fordelt på transportmidler og totale utgifter i fylkene i perioden 1990-98 følger som vedlegg til rapporten.

4 TIDLIGERE FORSLAG OM ANSVARSOVERFØRING

4.1 PRØVEPROSJEKTER

I januar 1985 ble det startet et prøveprosjekt med syketransport i Oppland fylke. Prosjektet ble avsluttet i juli 1986. Prøveprosjektet viste at en med mer effektiv koordinering av syketransporten i fylkeskommunen kan få både et bedre transporttilbud og bedre styring med utgiftene. Oppland hadde den laveste utgiftsveksten av alle fylker i 1985, og korrigert for prisstigningen gikk utgiftene til syketransport ned i fylket.

Fra 1990 overtok 7 fylkeskommuner ansvaret for syketransport på frivillig basis som et prøveprosjekt (Oppland, Telemark, Hedmark, Vest-Agder, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Troms). Fylkeskommunene fikk overført de faktiske utgiftene til syketransport i 1988 med en prisjustering. Fylkeskommunene stod fritt i å disponere et eventuelt overskudd ved en bedre samordning av syketransporttjenesten, men måtte også forplikte seg til å dekke et eventuelt merforbruk. Den enkeltes rett til stønad til syketransport skulle ikke bli berørt.

Målet med prøveprosjektet var å:

- utvikle organisasjonsmønstre og rutiner som sikret at planlegging, utbygging og drift av syketransport ble gjennomført rasjonelt og trygt,
- avklare visse juridiske og forvaltningsrettslige sider ved en overføring,
- vurdere hvilke sider av syketransporten som mest hensiktsmessig kunne forvaltes av fylkeskommunene og kommunene,
- etablere systemer som sikret at syketransporten i størst mulig grad ble samordnet med andre offentlig betalte eller støttede transporttjenester,
- oppnå et like godt eller bedre transporttilbud med lavere ressursbruk,
- organisere og gjennomføre prøveprosjektet slik at det kunne videreføres på permanent basis.

Opplegget i fylkene var forskjellig med hensyn til hvilke transporter som var omfattet (både kommunal og fylkeskommunal transport av syke og av helsepersonell, eller bare deler av denne transporten).

Den ordinære prøveperioden utløp i 1992, og økonomisk var prøveprosjektet samlet sett vellykket. Det var gjennomgående en lavere utgiftsvekst i prøvefylkene enn i landet for øvrig.

Evalueringen av prosjektet bygde på rapporter fra prøvefylkene. Fylkeskommunene stod selv for registrering, datainnsamling og analyse av erfaringer i eget fylke. Opplegget for rapportering og evaluering var utformet av Transportøkonomisk institutt (TØI) i samråd med Sosialdepartementet, Rikstrygdeverket og prøvefylkene. TØI foretok en gjennomgang av oppnådde resultater i prøvefylkene i forhold til målsettingen for prosjektet.

I sin rapport¹ slo TØI fast at prøveprosjektet hadde gitt betydelig økt kunnskap om problemstillinger knyttet til syketransporten.

Organisasjonsmønstre og rutiner

Løsningene som ble valgt i prøvefylkene varierte fra en skystasjon som tilbød alle relevante tjenester, via regionalt kjørekontor og drosjesentral til kjørekontor ved sykehus og drosjeeier som samordnet transportene i et område uten drosjesentral.

¹ TØI-rapport 74/1991.

Rutinene i helsesektoren er viktige for å kunne gjennomføre tiltak på syketransportområdet. Generelt viste det seg noe vanskelig å få endret disse rutinene, men endringer som ble gjennomført av for eksempel bestillingsrutiner var også arbeidsbesparende for helsesektoren.

Juridiske og forvaltningsrettslige sider

TØI antok at pasientens rettigheter og kommunesektorens styringsmuligheter var de juridiske sider som var viktigst å få belyst i forbindelse med prøveprosjektene. Alle prøvefylkene hadde lagt vekt på opprettholde pasientenes rettigheter. Det ble ikke gitt konkrete eksempler på at pasientenes rettigheter ble svekket.

Hvilke sider av syketransporten som mest hensiktsmessig kunne forvaltes av kommunesektoren

De fleste fylkeskommuner tok et klart standpunkt for samling av økonomisk ansvar og ansvar for planlegging og drift av syketransport, og at ansvaret burde overføres til kommunesektoren. Oppfatningene var delte når det gjaldt valg av forvaltningsnivå. Argumentet for å samle alt hos fylkeskommunen var at dette gir mer oversiktlige forhold. Argumentene for å legge noe av ansvaret til primærkommunene var at ansvaret for syketransporten og helsetjenesten skulle ligge på samme forvaltningsnivå, og at samordningseffekten er større for mindre enheter. Erfaringsgrunnlaget for det sistnevnte var imidlertid meget begrenset (én kommune hvor forholdene lå godt til rette for samordning)

Samordning av transport

Fylkeskommunene hadde særlig konsentrert innsatsen om effektivisering av drosjetransportene, mens det ble gjort relativt lite for å samordne syketransport med andre offentlig betalte transporttjenester. Samordning med annen offentlig betalt transport gjaldt først og fremst rutegående transport. Mange steder var det etablert bussforbindelser via sykehus, helsesentra og liknende.

Like godt eller bedre transporttilbud med lavere ressursbruk

Det ble konkludert med at transporttilbudet ble opprettholdt og at pasientens velferd ble godt ivarettatt i prøvefylkene.

Resultatene i prøvefylkene varierte, men i seks av syv fylker økte utgiftene mindre enn gjennomsnittet for de øvrige fylker i landet. I 1990 økte utgiftene til syketransport i gjennomsnitt med 2,2% i prøvefylkene mot 4,7 % i landet for øvrig. I 1991 var økningen 9,0% i prøvefylkene og 16,7% i resten av landet. Regnskapstall viste en samlet gevinst på 14,1 mill. kroner for prøvefylkene i 1990. Prosjektet synes ikke å ha gitt noen ytterligere gevinst for fylkene i 1991. TØI mente at de økonomiske besparelsene som var registrert i nesten alle prøvefylkene ikke ville ha blitt oppnådd uten prøveprosjektet.

Videreføring

TØI understreket at prosjektet var gjennomført på en praktisk og realistisk måte i alle prøvefylkene med sikte på at forsøket skulle kunne ut i mindre ressurskrevende, bedre og varige opplegg for syketransporten. Det ble konkludert med at prøveprosjektene ga et godt grunnlag for utforming av varige opplegg.

I en fellesuttalelse til Sosialdepartementet uttalte prøvefylkene at en overføring av ansvaret for syketransporten til kommunesektoren var riktig ut fra en vurdering av forvaltningsnivåenes kompetanse, øvrige ansvarsområder og muligheter til å rasjonalisere virksomheten.

I Ot.prp. nr. 39 (1991-92) ble det anført at prøveprosjektene hadde vist at fylkeskommunene, som har det forvaltningsmessige ansvar for planlegging og organisering av tilbud innen

fylkeshelsetjenesten, er best egnet til å ha ansvaret for syketransport.

4.2 FORSLAG FOR STORTINGET

Nyhus-utvalget (NOU 1982 10: Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.) foreslo at fylkeskommunene skulle få ansvaret for syketransport og skyss av helsepersonell ved undersøkelse og behandling i den fylkeskommunale helsetjenesten. Tilsvarende foreslo utvalget at kommunene skulle få ansvaret for transport innen kommunehelsetjenesten. Høringsinstansene var delt i synet på ansvars plasseringen og finansieringen av disse tjenestene. Et flertall av fylkeskommunene og et stort mindretall av kommunene gikk inn for at stønadsordningene skulle beholdes i folketrygden. Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening gikk også inn for dette.

I Ot.prp. nr. 54 (1983-84) uttalte Sosialdepartementet at trygdens økonomiske forpliktelser for syketransport og skyss av helsepersonell burde opprettholdes. Det ble bl.a. vist til at fylkeskommunene og kommunene i den senere tid var pålagt ansvaret for en rekke nye tjenester. Sosialkomitéen understreket i sin innstilling (Innst. O. nr. 28 1984-85) at departementet burde komme tilbake til Stortinget angående den endelige ansvars plassering når de mange reformer som da var pålagt fylkeskommuner og kommuner hadde virket en tid.

I St.meld. nr. 41 (1987-88), Helsepolitikken mot år 2000, Nasjonal helseplan, gikk Regjeringen inn for at ansvaret for syketransport og skyss av helsepersonell skulle overføres til kommunesektoren, men visse sider ved den foreslåtte omlegging måtte først utredes. I Innst. S. nr. 120 (1988-89) pekte flertallet i sosialkomitéen (representantene fra Høyre, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti) på at majoriteten av fylkeskommunene og et stort mindretall av kommunene tidligere hadde gått imot en slik ansvarsoverføring. Flertallet pekte også på at en arbeidsgruppe departementet hadde oppnevnt, anslo at en overføring ville medføre opprettelse av 200-230 nye stillinger i kommunesektoren uten like stor inndragning i trygdekontorene. På denne bakgrunn, og ut fra ønsket om ikke å pålegge kommunesektoren nye kostnadskrevende oppgaver, ville flertallet gå imot en overføring. Flertallet var dessuten betenkt over de ulikheter som kunne oppstå når det gjaldt mulighetene til syketransport ut fra kommunenes ulike økonomiske evne. Komitéens mindretall, representantene fra Arbeiderpartiet, så det betenkelige i at det ikke var noen instans som hadde et lovfestet ansvar for planlegging og drift av syketransport-tjenestene og skyss av helsepersonell. Mindretallet var enig i departementets prinsipielle syn om at det er kommunesektoren som er det mest naturlige forvaltningsnivået til å ivareta et slikt ansvar. Mindretallet ville derfor avvente forslag fra departementet vedrørende overføring.

Ansvarsspørsmålet ble omtalt både i St.meld. nr. 15 (1989-90) Om sosialtrygdene 1984-88, og i St.meld. nr. 36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane. I sistnevnte melding ble det opplyst at Sosialdepartementet hadde inngått avtale med 7 fylkeskommuner om fylkeskommunalt ansvar for syketransporten som et prøveprosjekt.

Bl.a. på bakgrunn av erfaringene i prøveprosjektfylkene, foreslo Sosialdepartementet i Ot.prp. nr. 39 (1991-92) at fylkeskommunen skulle få ansvaret for syketransporten. I proposisjonen ble det videre foreslått at fylkeskommunen skulle overta ansvaret for reiseutgifter for behandlingspersonell innen fylkeskommunal helsetjeneste, mens kommunen skulle få ansvaret for skyss av helsepersonell innen kommunal helsetjeneste.

I Innst. O. nr. 65 (1991-92) gikk et flertall i sosialkomitéen bestående av representantene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti imot en

overføring av ansvaret for syketransport. I proposisjonen var det pekt på at pasientens rettigheter når det gjaldt syketransport ikke var svekket i prøveprosjektfylkene. Flertallet mente dette bl.a. skyldtes at pasientenes rettigheter etter folketrygdloven hadde vært gjeldende også i prosjektperioden. Det var ikke gjort erfaringer med virkningen av en slik ordning i situasjoner der utgifter til transport er en del av de totale fylkeskommunale utgiftene i konkurranse med utgifter til andre formål. Flertallet mente at det for mange pasienter ville kunne bli mye mer tungvint å henvende seg til fylkeskommunen for å få refundert utgifter, framfor å oppsøke det lokale trygdekontor. Flertallet hadde merket seg at klageadgangen etter folketrygdloven ville falle bort, og antok at klager på avslag om dekning av utgifter til syketransport ville måtte bringes inn for domstolene for å få et avslagsvedtak overprøvet. Flertallet viste til departementets anførsel om at transporttilbudet var opprettholdt og at pasientenes velferd var godt ivaretatt i prøvefylkene, men kunne ikke se at denne påstanden var godt nok dokumentert i proposisjonen. Flertallet bemerket at det var sagt lite om eventuelle negative forhold ved en fylkeskommunal syketransportordning, forhold som kunne gå på tilgjengelighet, tidsfaktor og kvalitet. Flertallet viste dessuten til at mange fylkeskommuner hadde store problemer med å løse de oppgaver de allerede hadde, og fant det ikke formålstjenlig å overføre nye store ansvarsoppgaver til fylkeskommunene på dette tidspunkt.

Mindretallet i sosialkomitéen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, støttet departementets forslag i proposisjonen. Mindretallet pekte bl.a. på at en ansvarsoverføring ville gjøre det lettere å få til en samordning og rasjonalisering mellom ulike offentlige transport, og en bedre utnyttelse av disse, noe som igjen ville dempe veksten i de offentlige utgiftene til transport. Mindretallet så det som særlig viktig å oppnå bedre økonomistyring og bedre ressursutnyttelse.

Ot.prp. nr. 39 ble behandlet i Stortinget i juni 1992, men et flertall bestående av representantene fra Arbeiderpartiet og Høyre besluttet da å sende saken tilbake til sosialkomitéen for ytterligere vurdering. Begrunnelsen fra Arbeiderpartiets side var ny informasjon som viste at opplysningene komitéen hadde fått fra Kommunenes Sentralforbund ikke var dekkende for erfaringene som var gjort i en del av prøvefylkene. Da saken kom opp i Stortinget på nytt i november 1992, gikk flertallet imot forslagene om overføring av ansvaret for syketransport og reiseutgifter for behandlingspersonell.

I Revidert nasjonalbudsjett 1993 ble det lagt fram forslag om en mellomløsning der fylkeskommunen skulle få ansvaret for all syketransport og for skyss av helsepersonell i fylkeshelsetjenesten. Det ble ikke foreslått noen ansvarsoverføring til kommunene. Flertallet på Stortinget sluttet seg ikke til Regjeringens forslag da saken ble behandlet våren 1993.

Høsten 1994 la Regjeringen fram St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring. Mål og vikemidler for en bedre helsetjeneste. Igjen ble det fremmet forslag om å overføre ansvaret for syketransport og transport av helsepersonell til kommunesektoren.

Flertallet i sosialkomitéen, alle unntatt medlemmene fra Arbeiderpartiet, gikk imot forslaget (Innst. S. nr. 165 (1994-95)). En slik overføring ville etter flertallets mening åpne for muligheten av for stor grad av ulikheter i tilbudet på et område hvor likhet i mulighet er særdeles viktig. Flertallet bemerket at en konsekvens av Regjeringens forslag ville være at den klageadgangen som finnes etter folketrygdloven, ville bortfalle. Flertallet pekte også på de store geografiske forskjellene i landet, og som ville gi svært forskjellig utslag i kostnadene for den enkelte kommune. Dette ville ikke minst gjelde i kystkommunene som er avhengig av legebåter både i ambulansetjenesten og til skyss av helsepersonell. Flertallet mente at kystkommunene ville komme svært uheldig ut med Regjeringens forslag. Det ble dessuten anført til at det ikke var ønskelig å pålegge kommunesektoren slike nye kostnadskrevende oppgaver.

Mindretallet i sosialkomitéen fremhevet bl.a. ønskeligheten av en ansvarsoverføring for å sikre nødvendig desentralisering av spesialisthelsetjenesten ved at spesialister tjenestegjør ved småsykehusene (nettverksopplegg), og for å unngå unødvendig og dyr transport av pasienter til de større sykehusene m.v. Det ville være fordelaktig at spesialister i større grad ambulerer. Dette ville kunne styrke småsykehusenes stilling og gi pasientene trygghet og nærhet til sykehusetjenestene. En slik utvikling ville være vanskelig å få til dersom en fortsatt skulle kunne rekvirere syketransport og legeskyss for trygdens regning uten fylkeskommunal eller kommunal samordning. Mindretallet trakk også fram den særlige stilling som en rekke kystkommuner er i, og forutsatte at de statlige overføringer til enhver tid tilpasses kommunenes utgifter gjennom årlige budsjettavtaler. Mindretallet forutsatte videre at pasientene sikres de samme rettigheter og klagemuligheter ved et fylkeskommunalt/kommunalt ansvar som etter dagens ordning.

I statsbudsjettet for 1997 (St.prp. nr. 1 (1996-97) kap. 2750) gikk Regjeringen inn for en begrenset ansvarsoverføring. Det ble foreslått at kommunene fra 1. januar 1997 skulle overta ansvaret for dekning av reiseutgifter for helsepersonell i hjemmesykepleien. Forslag om lovendring ble fremmet i Ot.prp. nr. 4 (1996-97). Sosialdepartementet viste til at de fleste kommuner organiserer hjemmehjelpstjenester og hjemmesykepleie i en samlet pleie- og omsorgstjeneste. Etter departementets syn burde finansieringsansvaret for reiseutgiftene også samles hos kommunen. I Innst.O. nr. 16 (1996-97) uttalte flertallet i sosialkomitéen at det blir en større trygghet for at ikke skysskostnadene skal påvirke kommunenes tjenestetilbud til pleietrengende hvis folketrygden fortsatt har ansvar for disse reiseutgiftene. Stortingsflertallet gikk imot en overføring av finansieringsansvaret for skyss av helsepersonell i hjemmesykepleien.

5 VURDERING AV DAGENS ORDNING

5.1 SYKETRANSPORT

5.1.1 Innledning

Folketrygden dekker nødvendige reiseutgifter ved undersøkelse eller behandling hos lege, psykolog, fysioterapeut m.v. Trygdeetatens primære oppgave er å sikre rett ytelse til den som har hatt reiseutgifter. Vanligvis innebærer dette å utbetale stønad på grunnlag av et krav fremsatt av den stønadsberettigede. For syketransport med drosje og annen dør-til-dør transport har trygden et utvidet ansvar. Etaten gjør en aktiv innsats for å begrense utgiftene ved å samordne drosjetransporter o.l. Samordning vil si at flere pasienter reiser med samme bil til eller fra behandling. Det er avsatt egne administrative ressurser til samordningsarbeidet.

Stikkordsmessig kan vi si at trygden har ansvar for å refundere reiseutgifter etter et sett med regler, og å arbeide for høyest mulig samkjøring av pasientreiser med drosje og annen dør-til-dør transport, samt å bidra til bruk av rimelig rutegående transport framfor dyrere transportmidler.

Vurderingene nedenfor tar utgangspunkt i dagens ordning med trygdeetaten som forvaltningsorgan. Motstykket vil være en alternativ ordning med fylkeskommunalt/kommunalt ansvar for syketransporten.

5.1.2 Sterke sider ved dagens organisering

Innledningsvis vil vi peke på at dekning av utgifter til syketransport er vel innarbeidet som stønadsordning i trygdens regi. Dagens organisering innebærer en tydelig ansvars plassering ved at utgiftene dekkes ett sted. Samlingen av utgiftsansvaret gjelder imidlertid bare reiseutgiftene, ikke utgiftene til behandling.

Trygdeetaten som forvaltningsorgan

Trygdeetaten har god kompetanse som stønadsutbetaler, og forvaltningslovens bestemmelser er styrende for saksbehandlingen i etaten. Trygden må forholde seg til regler for god forvaltningsskikk i all sin virksomhet. Rett ytelse er en hovedmålsetting for trygdens virksomhet, og etaten har ingen egeninteresse knyttet til stønadsordningen for syketransport. Det er imidlertid en målsetting for trygden å bidra til dempet kostnadsvekst og best mulig forvaltning av offentlige midler.

Likebehandling og like ordninger

Trygdeetaten er organisert med trygdekontor i alle kommuner, et fylkestrygdekontor i hvert fylke og Rikstrygdeverket som direktorat for hele landet. Etaten arbeider innenfor en felles ramme med en målsetting om likebehandling og et likeverdig service-nivå for publikum. Regelverket på syketransportområdet gjelder likt for hele landet, og Rikstrygdeverket har gitt retningslinjer til trygdekontorene som bidrar til å skape lik behandling av like tilfeller. Uklarheter omkring regelverket kan kanaliseres til Rikstrygdeverket sentralt som avgjør regelfortolkningen, og kan gi nærmere retningslinjer som når ut til hele landet.

Etatens organisering legger til rette for etablering av felles ordninger, for eksempel for samordning av syketransport. Felles ordninger kan blant annet være en generell instruks for kjørekontorene som samordner syketransport, felles edb-verktøy for kjørekontorene og lik statistikk-rapportering.

Ivaretagelse av rettigheter

Folketrygdloven er rettighetsbasert. Alle som oppfyller de vilkår lovverket setter for stønad, har krav på ytelsen. Trygdekontorets vedtak om dekning av reiseutgifter kan påklages til fylkestrygdekontoret og videre til Trygderetten. De gode klagemulighetene må antas å føre til at den enkelte når fram med rettmessige krav om utgiftsdekning.

5.1.3 Svakheter ved dagens organisering

Som vist i punkt 3.1.2, har dagens organisering av syketransporten gitt en betydelig utgiftsvekst på 1990-tallet. Utgiftsveksten har vært spesielt sterk de seneste år. I 1998 steg utbetalingene med 9,9% eller ca. 100 mill. kroner. I 1999 har imidlertid utgiftsveksten vært mer avdempet.

Trygdeetatens begrensninger

Trygdeetaten har små muligheter for å planlegge, koordinere eller drive syketransporttilbudet. Etaten har også små muligheter for å se til at denne tjenesten fungerer godt i sammenheng med det øvrige helsetjeneste- og transporttilbudet. Trygden kan først og fremst kontrollere at regelverket for utgiftsdekning er fulgt, og ellers dekke fremsatte refusjonskrav. I tillegg kan trygdeetaten utføre samordning av syketransport med drosje på en god måte. Her kan det være mulig å hente ut ytterligere innsparingsgevinster, jf. kapittel 4 i delrapport 1 (prosjektets rapport fra områdegjennomgangen). Når potensialet for besparelser ved samordning er uttømt, har etaten liten mulighet for å hente ut ytterligere gevinster ved en bedre organisering mv. på dette området. Fylkeskommune og kommune har ansvaret for organisering og planlegging av andre tilbud innen helsevesenet og transportsektoren, og det er disse instansene som har virkemidlene for ytterligere effektivisering av syketransporttjenesten. Det har ikke vært mulig å tallfeste innsparingspotensialet i denne sammenheng, men vi viser til erfaringene fra prøverprosjektet i syv fylker som er omtalt i punkt 4.1.

Transport som en del av helsetjenesten

Det er naturlig å se pasienttransport som en del av et helhetlig helsetjenestetilbud.

Fylkeskommuner og kommuner har ansvaret for å sørge for nødvendige helsetjenester til sin befolkning. For å kunne nyttiggjøre seg et tilbud om behandling, må pasienten komme seg til behandlingsstedet, og det offentlige har påtatt seg et ansvar for pasientens utgiftsdekning for å unngå at høye reiseutgifter gjør at pasienten ikke kan ta imot nødvendig behandling. Det er mest naturlig at kommunesektorens ansvar for helsetjenesten også omfatter et ansvar for å sikre pasienten nødvendig transport. Fylkeskommunen har allerede ansvaret for ambulansetransport (med unntak av luftambulansen), og har dessuten ansvaret for samferdselssektoren. Fylkeskommunen har derfor mulighet for å se pasientens transportbehov i sammenheng med transporttilbudet og helsetjenestetilbudet, og kan planlegge og organisere begge tjenester.

Samlet ansvar for offentlig betalt transport

Kommunesektoren har i dag ansvaret for annen offentlig betalt transport (skoletransport og transporttjeneste for funksjonshemmede), og det kan være naturlig å samle finansieringsansvaret for all offentlig betalt transport i kommuneforvaltningen. I flere fylker samarbeider trygden og fylkeskommunen om drift av kjørekontorer som samordner drosjetransport og annen dør-til-dør transport, men det vil være mest rasjonelt at dette arbeidet er samlet i en etat. Arbeidet utføres ikke like effektivt når det er spredd på to etater. Samferdselsavdelingen i fylket vil ha mulighet for å se de ulike transporttjenestene i sammenheng, og planlegge og organisere tjenestene på best måte. Samferdselsetaten i fylkeskommunen har et langt større og bredere transportmiljø enn det trygden har eller vil kunne ha, og samferdselsetaten vil bli ytterligere styrket ved en eventuell overføring av ressurser fra trygdeetaten.

Tilrettelegging av transporttilbudet

For pasienten er det viktig at det finnes et transporttilbud som er tilpasset behovet. Forhold som rutetilbudet på stedet, rutetraséer, standard på vognmateriell, tilgjengelighet av spesialbil, tilpasninger for bevegelseshemmede med mer kan være av stor betydning. Det samme gjelder tidspunkt for time i forhold til tidtabell for rutegående transport.

Som nevnt foran, er det fylkeskommunen som har mulighet for å tilrettelegge et best mulig transporttilbud for syke transport i samarbeid med helseetaten i fylket. Fylkeskommunen kan for eksempel planlegge en egen transporttjeneste for deler av syke transporten, eventuelt i kombinasjon med annen transport som fylkeskommunen har ansvaret for.

Helsesektoren utløser transportutgifter, men har ikke ansvar for utgiftsdekningen

Det er helsevesenet som utløser utgifter til syke transport. Hvordan helsetjenestene organiseres i kommuner og fylker har betydning for reiseomfanget. Bruk av poliklinisk behandling i stedet for innleggelse og sentralisering/desentralisering av behandlingstilbudet vil gi utslag i stønadsposten for syke transport. Helsesektoren har imidlertid ikke finansieringsansvar for de transportkostnader som genereres. Når pasienten gis et behandlingstilbud, er det folketrygden som dekker reiseutgiftene. Det er et anerkjent økonomisk prinsipp at den som utløser en utgift også bør ha finansieringsansvaret.

De fleste helsetjenester er underlagt fylkeskommunen eller kommunen. Innenfor dagens ordning har ikke fylkeskommunen eller kommunen noe incitament for å holde reiseutgiftene nede:

- Kommunesektoren trenger ikke å ta hensyn til reiseutgiftene ved organisering av helsetilbudet.
- Fylkeskommuner og kommuner trenger ikke å legge vekt på valg av billigste reisemåte. Det er enkelt for behandlere å rekvirere for eksempel drosjetransport for pasienten, og trygdeansatte har liten mulighet for å overprøve behandleres rekvisisjonspraksis.
- Fylkeskommuner og kommuner trenger ikke å legge vekt på tilgjengelighet for rutegående transport. Det er mulig å spare penger ved å tilpasse innkallings- og utskrivningstidspunkter til rutetider for buss, tog osv. Dette kan medføre mindre behov for bruk av dyrere transport som drosje, og spare pasienten for bryderi på grunn av ekstra ventetid.
- Trygdeetaten har inngått avtaler om rabattordninger for blant annet togtransport. Dersom fylkeskommuner eller kommuner hadde inngått rabattavtaler som ga innsparing på egne budsjetter, ville trolig interessen for å utnytte rabattordningene vært større.

Hvis fylkeskommune og kommune får finansieringsansvaret for syke transport, vil kommunesektoren ha interesse av å holde utgiftene nede.

5.2 REISEUTGIFTER FOR BEHANDLINGSPERSONELL

5.2.1 Sterke sider ved dagens ordning

Hensynene som taler for at trygden skal ha ansvar for å refundere reiseutgiftene for behandlingsspersonell, er nokså like de hensyn som taler for trygderefusjon av pasientenes reiseutgifter til syke transport. Vi viser derfor til behandlingen under punkt 5.1.2. Enkelte forhold bør imidlertid fremheves.

Folketrygdloven er en rettighetslov som sikrer at alle behandlere som yter behandling etter lovens kapittel 5 og tilhørende forskrifter, får dekket sine reiseutgifter dersom lovens øvrige

vilkår er oppfylt. Det innebærer en likebehandling av helsepersonell som går inn under kapittel 5 i loven. Dette kan komme pasientene til gode. Med et kommunalt/fylkeskommunalt ansvar, kan dekningen av behandleres reiseutgifter variere, og avhenge av prioriteringer i de forskjellige kommuner og fylker.

Det kan være et viktig moment for kommunesektorens organisering av behandlingstilbudet at behandleres reiseutgifter dekkes av trygden og ikke blir en utgiftspost for den enkelte kommune/fylkeskommune. Dette kan være av særlig betydning i distriktene hvor lang reisevei/reisetid i større grad enn i byene kan stenge for pasientens muligheter for å reise til behandling. At trygden for eksempel dekker legers reiseutgifter under legevakt, kan ha betydning for hvordan kommunen velger å organisere legevaktstjenesten i sitt område, jf. punkt 5.3. Et annet eksempel er trygdens dekning av behandleres reise til faste utekontordager (ambulant spesialisttjeneste). Denne ordningen bidrar trolig til et bedre helsetjenestetilbud for befolkningen og reduserte utgifter til syketransport ved at trygden refunderer reiseutgifter til én behandler fremfor å refundere utgifter til mange pasienter. Hvis det skjer en samtidig overføring av ansvaret for syketransport og skyss av helsepersonell til kommunesektoren, mister imidlertid dette momentet mye av sin vekt. Da vil kommunesektoren ha muligheter for å se pasientens reiseutgifter og skyssutgifter for behandlere i sammenheng. Hvis bare deler av skyssutgiftene for helsepersonell overføres, blir momentet delvis svekket.

5.2.2 Svakheter ved dagens ordning

Også her er likhetene med syketransport mange. Et hovedargument mot dagens ordning er at trygdeetaten er ansvarlig for utgifter som etaten ikke har noen muligheter til å påvirke. Når det gjelder syketransport, kan trygdeetaten innenfor gitte rammer ha en viss innflytelse på utgiftene ved å optimalisere samordningen av pasientreiser med drosje. For utgifter til skyss av helsepersonell, har trygden ikke noe ansvar for organisering av transporten. Utgiftene refunderes etter regning såfremt lovens vilkår ellers er oppfylt.

Det er kommunesektoren som har ansvaret for planlegging og organisering av tilbud innen kommunal- og fylkeskommunal helsetjeneste. I tillegg til pasientenes helsetilstand og behov for pleie i hjemmet, er det organiseringen av helsetjenester som utløser transportutgifter. Helseektoren trenger i dag ikke å tenke på hele utgiftsbildet når tilbudet av helsetjenester skal planlegges. Når kommunesektoren for eksempel velger å sentralisere helsetjenester, kan dette føre til økte reiseutgifter for behandlingspersonell.

Dette hensynet gjør seg for eksempel gjeldende ved hjemmesykepleie. De fleste kommunene organiserer hjemmehjelpstjenester, hvor transporten dekkes av den enkelt kommune, og hjemmesykepleie i en samlet pleie- og omsorgstjeneste. Det er en stor del av brukerne som er avhengig av begge tjenestene, så en samordning av tjenestene kan være hensiktsmessig. Det er også slik at det ikke er et helt klart skille mellom de arbeidsoppgavene hjemmehjelpstjenesten skal utføre og de oppgavene som hjemmehjelpstjenesten utfører. En ulik finansiering av skyssutgiftene kan bidra til en unødig oppsplitting av tjenestene, skape uryddige forhold og bidra til en mindre fleksibel bruk av personellressursene.

Helsepersonell er i mange tilfeller ansatt i kommunen eller fylkeskommunen, og reiseutgifter dekkes etter bestemmelsene i statens reiseregulativ. Det vil trolig være enklere og en bedre ordning at arbeidsgiver utbetaler reiserefusjon og følger opp at bestemmelsene i reiseregulativet blir fulgt. I motsetning til hva som er tilfellet for syketransport, er hovedtyngden av utgiftene knyttet til kommunale helsetjenester (hjemmesykepleie, kommunal legevakt m.v.) Bruk av egen bil dominerer som transportmåte, ikke bruk av drosje som i forbindelse med syketransport. I

betydelig grad vil det for kommunesektoren være snakk om å foreta oppgjør for reiseutgifter til egne ansatte og for leger på oppdrag for kommunen (legevakt).

5.3 NOEN EKSEMPLER

Eksempelene tar utgangspunkt i dagens regelverk på området. Vi har ikke sett det som vår oppgave å vurdere om noen av de svakheter som påpekes kan avhjelpes gjennom regelendringer innenfor dagens ordning.

Transport i forbindelse med kommunal legevakt

Transportutgifter i forbindelse med kommunal legevakt kan belyse noen av svakhetene ved dagens organisering.

Transportkostnader kan være en betydelig utgift i forbindelse med kommunal legevakt, og omfatter både pasientens reiseutgifter og skyssutgifter for legen. Det er kommunen som har ansvaret for organisering av nødvendig legevaktstjeneste for innbyggerne, og det er opp til kommunen å bestemme om legevakten skal legges opp slik at pasienten i størst mulig grad må møte opp på legevaktkontoret, eller om legene i større utstrekning reiser ut til pasienten i sykebesøk. En vurdering av transportutgiftene ved ulike alternativer burde inngå i kommunens vurderinger, men det er ikke naturlig at dette skjer med dagens ansvar for dekning av reiseutgiftene.

Kommunen trenger heller ikke å legge vekt på hvilket framkomstmiddel som benyttes. I tilfeller hvor legen benytter legeskyssbåt ved sykebesøk, kan transportutgiftene bli svært høye. Tall fra Sogn og Fjordane viser at utgiftene ved bruk av ambulanserbåt til legeskyss og syketransport varierte fra 80 kroner per kilometer til ca. 2.800 kroner per kilometer i 1998. Siden trygden utbetaler kilometergodtgjørelsen, er det av liten interesse for kommunen om det er nødvendig at legen rykker ut med ambulanserbåt, eller om pasienten kan komme til legekontoret med et annet transportmiddel.

En annen problemstilling er legers bruk av drosje under legevakt. Noen steder benyttes drosje i utstrakt grad, og det kunne være mulig å etablere et alternativt transporttilbud i kommunens regi som var både rimeligere og bedre. Oslo kommune har vist interesse for å få til en slik løsning. Biler som for eksempel benyttes til legevaktkjøring om natten kunne kanskje utnyttes til annen transport på dagtid.

Til slutt nevnes et forhold som geografisk plassering av legevakten i kommunen. Dette kan også ha stor betydning for omfanget av reiseutgiftene.

Dialysebehandling

Fylkeskommunen har ansvaret for å gi nødvendig dialysebehandling til sine innbyggere. Pasientens reiseutgifter dekkes av trygden.

En del alvorlig syke pasienter må i dag reise langt for å komme til dialysebehandling. Noen må reise fast og ofte, og utsettes for lange og slitsomme reiser. Transportutgiftene kan bli svært høye.

Det har flere ganger vært reist spørsmål om å se reiseutgifter og behandlingsutgifter i sammenheng for denne pasientgruppen. Det har blitt hevdet at samfunnet kunne spare penger ved å gi pasientene et behandlingstilbud nærmere bostedet. Pasientene ville samtidig spares for strabasiøse reiser. Etter dagens ordning er det ikke anledning til eller muligheter for å bruke

stønadsbudsjettet for syketransport til å finansiere kjøp og drift av dialyseutstyr selv om dette påviselig ville gi økonomisk innsparing. Hvis fylkeskommunen hadde ansvaret for både pasientbehandling og reiseutgifter, ville dette fortone seg annerledes. Fylkeskommunen kunne da veie økte behandlingsutgifter opp mot reduserte reiseutgifter.

Telemedisin

I Finnmark er Alta med på et telemedisinsk prosjekt sammen med Regionsykehuset i Tromsø. Pasienter fra Alta har on-line kontakt med spesialister ved Regionsykehuset, og i tillegg utprøves ulike trygghetskonsepter (for eksempel pc med sensor som varsler hjelpepersonell hvis pasienten faller i hjemmet). I et presseoppslag² uttaler en kommunelege at prosjektet fører til bedre kvalitet på hjemmesykepleien, og gir lavere utgifter til syketransport fordi færre pasienter trenger å reise til Tromsø for behandling. Det hevdes at det er problematisk å oppnå finansiering av nødvendig utstyr, og trygdens regelverk fremheves som en bremsekloss i utviklingen. Problemstillingen er igjen å kunne se folketrygdens budsjett for syketransport i sammenheng med budsjettområder som fylkeskommune/kommune har ansvaret for. Telemedisin er omtalt i Sosial- og helsedepartementets budsjett og i folketrygdens budsjett (se bl.a. St.prp. nr. 1 (1999-2000) kapittel 730 post 66 og kapittel 2750 post 77). I statsbudsjettet for 2000 er det beregnet en innsparing på 7 mill. kroner i utgiftene til syketransport på grunn av telemedisinske metoder i helseregion Nord.

5.4 ANDRE FORHOLD AV BETYDNING – NYE TREKK I UTVIKLINGEN

Under dette punktet behandles nye forhold som kan eller vil ha betydning for dekning av utgifter til syketransport i tiden som kommer.

Høsten 1998 la Sosial- og helsedepartementet fram forslag til fire nye helselover: Ot.prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m., Ot.prp. nr. 11 (1998-99) Om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven), Ot.prp. nr. 12 (1998-99) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) og Ot.prp. nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven). Det er lovene om spesialisthelsetjenesten og pasientrettigheter som særlig har betydning for dekning av utgifter til syketransport og som vil bli omtalt nærmere her.

Høsten 1999 ble det i Ot.prp. nr. 99 (1998-99) fremmet forslag om lovendringer for å innføre en fastlegeordning i Norge.

Lov om spesialisthelsetjenesten

I Ot.prp. nr. 10 (1998-99), forslag til ny lov om spesialisthelsetjenesten, har departementet fått en klarere styringsrolle i forhold til å vedta regionale helseplaner og fordele legespesialiststillinger og avtalehjemler. Lovforslaget omfatter både den somatiske og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Staten har et overordnet finansieringsansvar for helsetjenestene gjennom rammebevilgninger, aktivitetsavhengig finansiering (innsatsstyrt) og tilskudd til sykehusbygg til fylkeskommunene som sykehuseiere, samt funksjonstilskudd til regionsykehus mv. som foreslås å gå direkte til sykehuset. Som tidligere, skal staten ivareta den overordnede, nasjonale planlegging av helsetjenesten. Sentrale virkemidler er å godkjenne helseinstitusjoner, vedta regionale helseplaner og fordele legespesialiststillinger til helseregionene. Staten har i tillegg forskriftsmyndighet på en rekke spesifiserte områder. Staten har også adgang til å gripe inn i enkeltsaker om oppgavefordeling mellom sykehus m.v. Statens sanksjonsmuligheter består i tilsyn, kontroll og at Statens helsetilsyn kan gi pålegg til virksomheter som drives i strid med loven.

² Computerworld, 05.11.99

Fylkeskommunen har betalingsplikt for pasienter som bor i fylkeskommunen og som får behandling i en annen fylkeskommune eller i en statlig/statsfinansiert helseinstitusjon. Fylkeskommunen kan samarbeide med andre om tilbudet av spesialisthelsetjenester. De fylkene som utgjør en helseregion, skal opprette regionale helseutvalg. De regionale helseutvalgene skal utarbeide regionale helseplaner på vegne av fylkeskommunene der det framgår hvordan fylkeskommunene planlegger å ivareta sitt ansvar for å tilby forsvarlige helsetjenester.

Pasientrettighetsloven

Lov om pasientrettigheter (Ot.prp. nr. 12 (1998-99)) tar sikte på å styrke pasientens stilling i helsevesenet. For å oppnå dette, fremmes forslag om ulike rettigheter:

- rettigheter knyttet til det å få tilgang til helsetjenesten (rett til vurdering, rett til fornyet vurdering og rett til fritt sykehusvalg)
- rettigheter som pasient (rett til medvirkning og informasjon, rett til samtykke til legehjelp, rett til innsyn i journal og særlige rettigheter for barn)
- rett til nødvendig helsehjelp.

Retten til fritt sykehusvalg omfatter en frihet til å velge sykehus, poliklinikker og distriktpspsykiatriske sentra på tvers av fylkesgrensene. Friheten gjelder både for medisinsk vurdering og behandling, men gjelder ikke behandlingsnivå.

Fritt sykehusvalg skal innføres i løpet av 2000. Det er lagt til grunn at ordningen samlet sett ikke skal få økonomiske konsekvenser for folketrygdens utgifter til syketransport. I statsbudsjettet for 2000 er derfor egenandelen for reiseutgifter satt til 200 kroner ved bruk av fritt sykehusvalg (400 kroner for reise tur-retur), og den alminnelige egenandelen ved reise er økt med 5 kroner til 60 kroner. Det er også lagt inn en økning av egenandelen for syketransport fra 60 til 65 kroner i 2001 for å finansiere antatt høyere reiseutgifter. Egenandelen for de som benytter fritt sykehusvalg skal ikke kunne tas med under ordningen med utgiftstak for egenandeler (frikortordningen).

Fastlegeordningen

11. juni 1997 vedtok Stortinget innføring av en fastlegeordning i Norge. I Ot.prp. nr. 99 (1998-99) fremmes forslag om lovendringer for å gjennomføre Stortingets vedtak. Det tas sikte på at fastlegeordningen skal tre i kraft 1. januar 2001.

Etter forslaget er kommunen forpliktet til å tilby innbyggerne mulighet til å være tilknyttet en fast lege eller legepraksis. Kommunen skal innfri denne forpliktelsen ved å inngå fastlegeavtaler med et nødvendig antall allmennleger. Hver innbygger over 16 år vil bli invitert til å velge fastlege, og alle som ikke aktivt velger å stå utenfor ordningen, vil bli fordelt på fastlegenes lister. Den enkelte lege forplikter seg til å prioritere allmennlegetjenester til innbyggere som står på legens liste i samsvar med inngått avtale. Det foreslås at man skal kunne velge fastlege på tvers av kommunegrensene. Trykdeetaten vil få ansvar for etablering og føring av fastlege- og pasientlister.

Konsekvenser av nye helselover og fastlegereformen

De helselovene som vil ha betydning i sammenheng med organisering av syketransporten, er først og fremst lov om spesialisthelsetjenesten og pasientrettighetsloven. I tillegg vil fastlegeordningen få konsekvenser på transportområdet.

Etter den nye loven om spesialisthelsetjenesten, vil staten videreføre og gå sterkere inn i

styringen av samhandlingen mellom sykehusene ved at departementet skal godta nye helseinstitusjoner og endringer i eksisterende institusjoner, vedta regionale helseplaner og fordele legespesialist-stillinger og avtalehjemler til helseregionene. Videre pålegges fylkeskommunene å opprette regionale helseutvalg som skal utarbeide regionale helseplaner der det framgår hvordan fylkeskommunene planlegger å ivareta sitt ansvar for et tjenlig helsetjenestetilbud.

Denne utviklingen vil begrense den enkelte fylkeskommunes handlefrihet, og kan redusere fylkeskommunens muligheter for å påvirke og ha kontroll med utgiftsutviklingen på syketransportområdet. Sykehussektoren er inne i en omstillingsfase, og den overordnede statlige styringen preges av to motstridende trekk; økt vekt på konkurranseelementer samtidig med sterk statlig planstyring. Det er imidlertid usikkerhet omkring de konkrete utslagene av de endringer som er på gang.

Loven om pasientrettigheter styrker pasientens stilling i helsevesenet. Det elementet som har størst betydning i vår sammenheng, er retten til fritt sykehusvalg. Pasienten kan velge om han vil behandles ved et sykehus i hjemfylket, eller reise til behandling i et annet fylke. Departementet har lagt opp til en utgiftsdeling mellom det offentlige og pasienten ved bruk av ordningen, og har foreslått at egenandelen ved reise settes til 200 kroner hver vei. Det vil imidlertid være slik at utgiftsomfanget bestemmes av pasienten, og ikke av det offentlige. Fylkeskommunen vil heller ikke kunne bestemme reiseomfanget hvis ansvaret for syketransport overføres til kommunesektoren. Selv om pasientstrømmen ved bruk av fritt sykehusvalg ikke kan styres av det offentlige, kan reiseomfanget påvirkes gjennom en regulering av pasientens egenandel. Egenbetalingens størrelse må antas å ha betydning for bruken av retten til fritt sykehusvalg. Beregninger departementet har fått utført, tyder på en relativt moderat økning i reiseutgiftene på grunn av innføring av ordningen med fritt sykehusvalg. Det må imidlertid understrekes at retten til fritt sykehusvalg sammen med friere tilknytningsform for sykehus og høy stykkprisandel (ISF), kan medføre en større økning i reiser over lengre avstander.

Forslaget om en fastlegeordning innebærer at pasienten i utgangspunktet står fritt til å velge sin faste lege blant de allmennleger i kommunen som er med på ordningen. Pasienten vil også kunne velge fastlege på tvers av kommunegrensene. Etter dagens regler dekker folketrygden reiseutgifter til nærmeste lege. Reiseutgifter dekkes likevel til nærmeste lege som deltar i den organiserte helsetjenesten i kommunen selv om lege i annen kommune er nærmere. I proposisjonen foreslås det at reglene om reisedekning i det vesentlige videreføres slik at man får dekket reiseutgifter til fastlege i kommunen eller nærmeste fastlege i nabokommune som kommunen samarbeider med. Merkostnader ved å reise til en fastlege som er lokalisert lenger unna, må pasienten betale selv. I proposisjonen presiseres ikke nærmere om reiseutgifter kun dekkes til nærmeste fastlege i kommunen, eller om reiseutgifter dekkes til fastlege i kommunen uavhengig av bosted. I sistnevnte tilfelle vil reformen kunne gi noe økte utgifter til syketransport. Igjen vil pasientens valg i så fall påvirke utgiftsomfanget uavhengig av hvilken instans som har ansvaret for dekning av reiseutgiftene.

Trenden i retning av større grad av statlig styring og større frihet for pasienten til å velge hvor han skal behandles, kan begrense fylkeskommunens styringsmuligheter, og redusere mulighetene for å påvirke og ha kontroll med utgiftsutviklingen på syketransportområdet ved en eventuell overføring av ansvaret for syketransporten til kommunesektoren. Det er grunn til å anta at den nye pasientrettighetsloven er av størst betydning i denne sammenheng. Retten til fritt sykehusvalg kan potensielt gi en klar økning i reiseutgiftene, men utslagene er usikre, og virkningene på litt sikt kan ikke forutsies med noen grad av sikkerhet. Innføring av en fastlegeordning og ny lov om spesialisthelsetjenesten vil trolig være av mindre betydning enn

retten til fritt sykehusvalg.

5.5 KONKLUSJON

Dagens plassering av stønadsområdene i folketrykksystemet innebærer at pasient og behandler har en lovfestet rett til stønad gitt at vilkårene for utgiftsdekning er oppfylt. Trygdeetaten har som primæroppgave å være stønadsforvalter, og etaten har lang erfaring i å administrere stønadsordningene for syketransport og skyss av behandlere. Ansvarsplasseringen i trygdeetaten gir relativt stor grad av likebehandling og gode klagemuligheter. Trygden vil også kunne administrere samordning av syketransport med drosje på en enhetlig måte for hele landet.

Fordelene ved å overføre ansvaret for stønadsområdene til kommunesektoren ligger særlig i mulighetene for en bedre og mer kostnadseffektiv transporttjeneste. Kommunesektoren har fra før av ansvar for transport- og helsetjenestetilbudet for befolkningen, og kan se disse tjenestene i sammenheng. En overføring vil bety at ansvaret for offentlig betalt transport samles, og at syketransport inngår som en del av et helhetlig helsetjenestetilbud. Med dagens ordning har trygdeetaten små muligheter for å hente ut ytterligere gevinster ved en bedre organisering mv. på dette området når potensialet for besparelser ved å samordne syketransport er uttømt. Kommunesektoren har virkemidlene for å tilrettelegge et best mulig transporttilbud, og kan ta hensyn til transportutgiftene ved organisering mv. av helsetilbudet for befolkningen. Det er et viktig prinsipp at finansieringsansvaret bør følge utgiftsansvaret, og helsesektoren utløser utgifter til syketransport.

Den senere tid har det skjedd en utvikling i retning av større grad av statlig styring på helseområdet samtidig som pasienten har fått større frihet til selv å velge hvor han skal behandles. Denne utviklingen kan begrense fylkeskommunens styringsmuligheter, og redusere kommunesektorens muligheter for å påvirke og ha kontroll med utgiftene til syketransport hvis stønadsområdet overføres. Retten til fritt sykehusvalg er trolig av størst betydning i denne sammenheng, mens ny lov om spesialisthelsetjenesten og innføring av en fastlegeordning antakelig vil være mindre viktig enn retten til fritt sykehusvalg.

Standpunktet til spørsmålet om overføring vil avhenge av hvilke hensyn man velger å vektlegge. Den rettighets- og forvaltningsmessige side ved stønadsordningene vil muligens være best ivaretatt med dagens stønadsansvar i trygden, men dette vil bl.a. avhenge av hvordan ordningen utformes med et fylkeskommunalt/kommunalt ansvar. Vi viser her til kapittel 6 i rapporten. Utgiftshensyn og et ønske om å samle ansvar og ha en mest mulig rasjonell transporttjeneste kan tale for en overføring til kommunesektoren.

6 ALTERNATIVE MODELLER FOR ANSVARSOVERFØRING

6.1 SYKETRANSPORT

6.1.1 Innledning

Ved en overføring av ansvar, kan det tenkes ulike modeller for fylkeskommunal/kommunal overtakelse av syketransportområdet. Den mest sentrale problemstillingen er trolig kommunesektorens grad av frihet til selv å bestemme innholdet av syketransporttilbudet for befolkningen. Skal det være sterk grad av statlig regelstyring på dette området, eller skal fylke og kommune stilles relativt fritt med hensyn til nærmere retningslinjer for gjennomføring av syketransporten? Vi tror det kan være fruktbart å stille opp to alternative modeller for fylkeskommunalt/kommunalt ansvar for syketransport, en hvor dagens stønadsregler og pasientrettigheter i størst mulig grad beholdes, og en alternativ modell basert på større frihet for fylkeskommune/kommune til å utforme syketransportordningen.

Først vil vi imidlertid kommentere spørsmålet om ansvarsfordeling mellom fylkeskommune og kommune. Ett alternativ er at fylkeskommunen overtar ansvaret for all syketransport. En annen løsning er at kommunen får ansvaret for transport innen kommunehelsetjenesten, mens fylkeskommunen har ansvaret for syketransport for øvrig.

En del av syketransporten gjelder reise til helsetjenester som ligger utenfor fylkeskommunens og kommunens ansvarsområde, for eksempel transport til statlige sykehus. I punkt 6.1.4 behandles ansvars plasseringen for slike reiseutgifter.

6.1.2 Ansvarsfordeling mellom fylkeskommune og kommune

Nyhus-utvalget (1982) foreslo at fylkeskommunen skulle få ansvaret for syketransport ved undersøkelse og behandling i den fylkeskommunale helsetjenesten, og at kommunene skulle ha ansvaret for transport innen den kommunale helsetjenesten. De ganger saken har vært fremmet for Stortinget, har imidlertid Regjeringen gått inn for å samle ansvaret for syketransport hos fylkeskommunen. I Ot.prp. nr. 39 (1991-92) het det at prøveprosjektet i syv fylker hadde vist at fylkeskommunene, som har det forvaltningsmessige ansvar for planlegging og organisering av tilbud innen fylkeshelsetjenesten, er best egnet til å ha ansvaret for syketransport. Det ble pekt på at fylkeskommunen var tillagt ansvaret for en rekke liknende tjenester som ambulansetransport med bil og båt, skolebarnttransport og transporttjeneste for funksjonshemmede. Fylkeskommunen har også ansvar for tilrettelegging av kollektivtransporten. Regjeringen anførte at fylkeskommunen har det offentlige ansvaret for de fleste lokale og regionale transport, og vil ha mulighet for å samordne ulike offentlige transport. Kommunene har ikke den samme kompetanse når det gjelder organisering av transport som fylkeskommunen, og Regjeringen pekte på problemer for publikum hvis det er forskjellige forvaltningsnivåer som har ansvaret for syketransport, avhengig av om det er reise til en kommunal helsetjeneste eller til en spesialisthelsetjeneste. Det ble forutsatt et nært samarbeide mellom fylkeskommune og kommune på dette området.

En overføring av ansvaret for all syketransport til fylkeskommunen vil bryte med prinsippet om at den instansen som har utgiftsansvaret også bør ha finansieringsansvaret. Dette prinsippet tilsier en delt løsning hvor fylkeskommunen får ansvaret for syketransport til og fra fylkeskommunale helsetjenester, mens kommunen gis ansvaret for syketransport innen

kommunehelsetjenesten. Et delt ansvar vil imidlertid bety en mer fragmentert ordning. Hvis alle kommuner og fylkeskommuner får ansvaret for syketransport, vil man få flere ulike løsninger og større forskjeller i tilbudet. Mange kommuner er små, og kan mangle kompetanse, ressurser og virkemidler for å ivareta syketransportansvaret på en god måte. Det må bygges opp administrativ kompetanse på området, og i små kommuner kan syketransporten bli tung å administrere. Små kommuner kan også være mer sårbare for svingninger i utgiftsnivået. Regnskapstall fra begynnelsen av 90-tallet viste at nær 2/3 av syketransportutgiftene gjaldt reiser til og fra fylkeskommunale helsetjenester. Ytterligere nesten 20% var reiser til og fra statlige helsetjenestetilbud m.v. Bare en mindre del av de totale utgiftene (ca. 17%) var knyttet til transport innen kommunehelsetjenesten.

Vi antar at det vil være fordelaktig å samle ansvaret på ett forvaltningsnivå, og at fylkeskommunen har best forutsetninger for å forvalte syketransportområdet. I fortsettelsen bygger vi på at en ansvarsoverføring vil skje til fylkeskommunen i tråd med Regjeringens tidligere forslag.

6.1.3 Alternative modeller for fylkeskommunalt ansvar

Den mest sentrale problemstillingen ved en ansvarsoverføring til fylkeskommunen, er trolig grad av statlig styring kontra fylkeskommunens frihet til selv å bestemme forvaltningen av stønadsområdet. Hovedskillet går mellom sterk statlig styring og en ordning med betydelig frihet for fylkeskommunen til å bestemme innholdet og administreringen av syketransporttilbudet. Nedenfor har vi satt opp to alternative modeller for ansvarsoverføring ut fra kriteriet grad av statlig styring.

Noen kjennetegn ved et fylkeskommunalt ansvar vil imidlertid være de samme for begge modeller. Sentralt her er at:

- fylkeskommunen får et generelt ansvar for at behovet for nødvendig syketransport blir dekket for befolkningen innen området
- fylkeskommunen skal sørge for planlegging mv. av syketransporten.

Dette innebærer at fylkeskommunens muligheter for å organisere syketransporten på en rasjonell og effektiv måte er til stede uansett valg av modell. Det samme gjelder mulighetene for å se transportutgiftene i sammenheng med andre utgifter på helsetjenesteområdet.

Forskjellene mellom modellene knytter seg til materielle stønadsregler og pasientens rettigheter.

Modell 1- sterk statlig styring

- Dagens materielle stønadsregler gitt i forskrift beholdes (hvilke reiser det gis stønad til, stønadsatser m.v.).
- Stortinget fastsetter pasientens egenbetaling for syketransport (egenandel). Det skal fortsatt være en ordning med utgiftstak for egenandeler tilsvarende det som gjelder i dag.
- Fylkeskommunen bestemmer hvordan ordningen skal administreres, men det fastsettes felles regler for pasientens klageadgang. Vedtak skal kunne påklages til en uavhengig klageinstans, og klageordningen skal være lik i alle fylker.

Modell 2 – stor grad av fylkeskommunalt selvstyre

- Det formuleres generelle mål for stønadsordningen (for eksempel at fylkeskommunen skal

sørge for nødvendig transport når pasienten tilbys medisinsk behandling). Fylkeskommunen får frihet til å bestemme det nærmere innhold av tilbudet.

- Fylkeskommunen fastsetter pasientens egenbetaling for syketransport, evt. opp til en øvre grense per reise eller i årlig utgift.
- Fylkeskommunene bestemmer hvordan ordningen skal administreres, også hva angår pasientens klageadgang.

Vurdering av modellene

Generell kommentar

Modell 2 gir fylkeskommunen større frihet med hensyn til hvilke ordninger som bør velges for å nå målsettingen om å dekke behovet for nødvendig syketransport. Dessuten gir den fylkeskommunen større spillerom når det gjelder inndekning av utgifter. Modell 2 vil samtidig kunne gi større forskjeller mellom fylkene på syketransportområdet, og mer ulike ordninger for pasientene, bl.a. når det gjelder egenbetaling. Pasientens rettighetsvern vil trolig være best sikret med modell 1.

Stønadsregler

Med dagens ordning er hovedbestemmelsene for hvilke reiser som dekkes av trygden relativt klare. Hvis forskriftsbestemmelsene videreføres ved en ansvarsoverføring, kan det bety en mykere overgang til et fylkeskommunalt ansvar for syketransporten. Det kan også være en fordel for fylkeskommunen at reglene for reisedekning er trukket opp slik at fylkeskommunen slipper å avklare dette selv. På den annen side kan fylkeskommunen ønske relativt vide rammer for stønadsordningen, rammer som gir frihet til å utforme innholdet og påvirke tilbudet til befolkningen ut fra prioriteringer i fylkeskommunen. Fylkeskommunen kan være nærmere til å vurdere hvilke reiser som bør dekkes og stønadsnivå enn det som følger av sentralt fastsatte regler. Et detaljert landsdekkende regelverk kan lett oppfattes som rigid, og gi mindre rom for skjønn. Regler på syketransportområdet har ved enkelte anledninger blitt kritisert for å være stivbente og for lite fleksible.

Videreføring av konkrete og detaljerte stønadsregler som gjelder likt for hele landet vil bidra til like rettigheter på tvers av fylkesgrensene forutsatt av forvaltningen av stønadsområdet skjer på en betryggende måte. Selv med konkrete og detaljerte regler, vil det imidlertid alltid oppstå en del tvilstilfeller om retten til stønad. I forbindelse med en eventuell overføring kan det vurderes om presiseringer og fortolkninger som Rikstrygdeverket har gjort bør formidles til fylkene, og i hvilken form dette i så fall skal skje.

Et viktig spørsmål å stille er om en videreføring av dagens stønadsregler vil begrense fylkeskommunens handlefrihet på en uheldig måte. Sentralt fastsatte stønadsregler og -satter begrenser fylkeskommunens muligheter for å påvirke utgiftsnivået og å prioritere mellom ulike tiltak. Dagens regelverk på syketransportområdet sier imidlertid ikke noe om nivået på transporttjenesten, for eksempel om kvaliteten på vognmateriell eller ventetid for transport i forbindelse med samordning. Her vil fylkeskommunen ha full handlefrihet innenfor gjeldende regler. I noen tilfeller kan fylkeskommunen ha en annen oppfatning av hvilke reiser som skal dekkes enn det som har vært praksis i trygden. Dette vil trolig gjelde få reiser i forhold til totalt antall syketransporter, og være av relativt marginal betydning i en total utgiftssammenheng.

Ved behandling av tidligere forslag om ansvarsoverføring, har stortingsflertallet vært opptatt av at pasienten skal få samme rettigheter som i dag med et fylkeskommunalt ansvar for syketransporten. Dette kan best oppnås ved en videreføring av eksisterende stønadsregler på

området (modell 1).

Egenbetaling

I Ot.prp. nr. 39 (1991-92) gikk Sosialdepartementet inn for at syketransport etter en overføring fremdeles skulle komme inn under ordningen med utgiftstak for egenandeler. Fylkeskommunale myndigheter skulle ha anledning til å føre reiseutgifter på pasientens kvitteringskort, og pasienter med frikort skulle få dekket sine reiseutgifter fullt ut av fylkeskommunen. En slik ordning forutsetter statlige bestemmelser om egenandelsbeløp m.v.

En fast og lik egenandel for syketransport og et utgiftstak for egenandeler gir ikke kommunesektoren muligheter for å påvirke utgiftsutviklingen gjennom å regulere pasientens egenbetaling. Dette må veies opp mot ønskeligheten av å ha samme egenbetaling og samme vern mot høye syketransportutgifter for hele befolkningen.

Utgifter til syketransport dreier seg ofte om små beløp. Likevel er mange mennesker opptatt av å få disse utgiftene dekket. I tilfeller hvor pasienten må reise langt eller hyppig til behandling, eller trenger dyr transport, kan utgiftene bli høye. I 2000 er egenandelen for transport 60 kroner hver vei. Andre egenandeler pasienten må betale, eksempelvis for behandling, kan være høyere. For legemidler utgjør egenandelen en prosentsats av reseptbeløpet, begrenset oppad til 340 kroner per resept. I mange tilfeller legger pasienten selv ut for reiseutgiftene mot senere refusjon fra trygdekontoret. Egenandelsbeløpet for transport er trolig av mindre betydning for pasienten enn dagens ordning med utgiftstak for slike egenandeler.

Egenandelen for reiseutgifter er satt til 200 kroner ved bruk av fritt sykehusvalg (400 kroner for reise tur-retur). Dette vil tre i kraft når ordningen med fritt sykehusvalg innføres i løpet av år 2000. Det er også lagt inn en økning av egenandelen for syketransport fra 60 til 65 kroner i 2001 for å finansiere antatt høyere reiseutgifter. Egenandelen for de som benytter fritt sykehusvalg skal ikke kunne tas med under ordningen med utgiftstak for egenandeler (frikortordningen).

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 1999, ba sosialkomitéen om en gjennomgang av de samlede utgifter til egenandeler for brukere som på grunn av sin helsesituasjon har stort behov for varer og tjenester som er belagt med egenandeler. Dette gjelder særlig for funksjonshemmede og kronisk syke. Komitéen ønsket en slik kartlegging før det eventuelt ble foreslått nye økninger/utvidelser i ordningen med egenbetaling i helse- og omsorgssektoren. I forbindelse med dette ble det bedt om en vurdering av en ordning for å skjerme brukere av helsetjenester som har høye utgifter på egenbetalinger som ikke dekkes av frikortordningen (tak 2-ordning).

Med bakgrunn i et vedtak i Stortinget har Regjeringen satt i verk et arbeid for å se nærmere på egenandelsproblematikken. Siktemålet er å komme fram til en bedre skjerming av grupper som har de største utgiftene til egenbetaling. I den forbindelse har Statistisk sentralbyrå på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet startet forberedelsene til en kartlegging av brukernes samlede egenbetaling gjennom en intervju-undersøkelse. Undersøkelsen vil bli foretatt blant et utvalg av storforbrukere av ulike helsetjenester. Den samme kartlegging foretas i tillegg for et utvalg av resten av befolkningen. Undersøkelsen baseres på at den enkelte bes om å registrere de samlede utgifter til ulike helsetjenester som de er blitt påført i en viss periode. Dette er utgifter ut over dem som inngår i frikortordningen. Intervju-undersøkelsen vil bli gjennomført i begynnelsen av år 2000. Resultater av kartleggingen vil bli lagt fram for Stortinget i St. prp. Nr. 1 for 2001 (statsbudsjett for 2001).

Ved en eventuell ansvarsoverføring til kommunesektoren kan det være viktig med en

velfungerende skjermingsordning for storforbrukere av helsetjenester (pasienter som reiser ofte til behandling). Forslaget i Ot.prp. nr. 39 (1991-92) om en kopling mellom syketransport og trygdens ordning med utgiftstak for egenandeler, kan være en mulig løsning i så henseende. Et annet alternativ kan være et utgiftstak i fylkeskommunal regi, med eller uten en fastsatt egenandel per reise. Det arbeid som er på gang for å utrede en eventuell ordning med et utgiftstak 2 for egenandeler kan også få betydning i denne sammenheng.

Administrering

I utgangspunktet vil fylkeskommunen ha frihet til å bestemme hvordan stønadsordningen for syketransport skal administreres. Fylkeskommunen kan for eksempel bestemme hvilken instans som skal behandle enkeltsaker som gjelder dekning av reiseutgifter. Spørsmålet er likevel om det bør legges føringer på fylkeskommunens administrering av saksområdet. Fastsettelse av regler som sikrer uhildet klagebehandling står da mest sentralt. Ved tidligere behandling av forslag om ansvarsoverføring, har Stortinget vært bekymret for svekkede klagemuligheter for pasienten med et fylkeskommunalt ansvar for syketransporten. Etter folketrygdloven har den enkelte gode klagemuligheter på vedtak om dekning av reiseutgifter. Trygdekontorets vedtak kan klages inn for fylkestrygdekontoret, og fylkestrygdekontorets vedtak i klagesaken kan påklages videre til Trygderetten. Dette betyr samtidig at det brukes betydelige administrative ressurser på å behandle saker som kan dreie seg om små beløp.

Den mest nærliggende løsning med hensyn til pasientens klageadgang, er at det opprettes en klageordning som er alminnelig innenfor fylkeskommunal virksomhet. Det kan bety at retten til å påklage klageinstansens avgjørelse bortfaller (dagens mulighet til å påklage fylkestrygdekontorets vedtak til Trygderetten).

6.1.4 Transport utenfor fylkeskommunal og kommunal helsetjeneste

Folketrygden dekker utgifter til syketransport også i forbindelse med helsetjenestetilbud m.v. som ligger utenfor fylkeskommunens og kommunens ansvarsområde. Vi har foretatt en gjennomgang av slike tilfeller, og vurdert plassering av utgiftsansvaret etter en eventuell overføring. Utgangspunktet har vært at hele syketransportområdet overføres, og at unntak fra dette krever en nærmere begrunnelse. En tilsvarende gjennomgang finnes i kapittel 8 i Ot.prp. nr. 39 (1991-92). Forslagene nedenfor om ansvars plassering bygger i hovedsak på odelstingsproposisjonen, og er ikke grundig bearbeidet. Forslagene er ment som et grunnlag for videre behandling av spørsmålet om hvilke reiseutgifter som eventuelt skal overføres.

Behandling hos kiropraktor

Trygden yter refusjon for utgifter til behandling hos godkjent kiropraktor etter forskrift fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-9. Det ytes stønad til et begrenset antall behandlinger per år. Når behandlingen godtgjøres av trygden, dekkes også reiseutgiftene.

Det kan være naturlig at fylkeskommunen får ansvaret for reiseutgifter i forbindelse med kiropraktorbehandling som finansieres av trygden.

Behandling hos logoped/audiopedagog

Trygden dekker utgifter til behandling for språk- og taledefekter hos privatpraktiserende logoped og audiopedagog etter forskrift fastsatt i medhold av folketrygdloven § 5-10. For å få godtgjort utgiftene, må behandlingen være rekvirert av lege som et ledd i behandling eller etterbehandling av sykdom, skade eller funksjonshemming. Trygden dekker også nødvendige utgifter til reise i forbindelse med behandlingen.

Det synes rimelig at fylkeskommunen får ansvaret for reiseutgifter i tilknytning til logoped- og audiopedagoghjelp som finansieres av trygden.

Behandling hos tannlege

Den voksne befolkning må i det alt vesentlige dekke utgifter til tannbehandling selv. Folketrygden godtgjør imidlertid utgifter til behandling hos privatpraktiserende tannlege for sykdom. Bestemmelser om dette er gitt i forskrift til folketrygdloven § 5-6. Nødvendige reiseutgifter i forbindelse med behandlingen dekkes av trygden.

Det vil være naturlig at fylkeskommunen får ansvaret for reiseutgifter i tilknytning til tannbehandling som refunderes av folketrygden.

Behandling hos ortoptist

Ortoptister utfører undersøkelse og behandling av øyelidelser i samarbeid med øyelege. Behandling hos ortoptist utenfor helseinstitusjon blir i praksis godtgjort av folketrygden. Trygden dekker også nødvendige reiseutgifter i forbindelse med behandlingen.

Det synes naturlig at fylkeskommunen får ansvaret for reiseutgifter i forbindelse med behandling hos privatpraktiserende ortoptist.

Reise til statlige og spesielle helseinstitusjoner

Statlige helseinstitusjoner er blant andre Rikshospitalet, Det norske Radiumhospitalet og Statens senter for epilepsi. Fylkeskommunen betaler gjestepasientpris ved innleggelse. Det er videre noen mindre ikke-regionaliserte helseinstitusjoner som er godkjent etter bestemmelsene i sykehusloven, som får 100% dekning av godkjente driftsutgifter av trygden, se folketrygdloven § 5-20. Dette gjelder bl.a. Beitostølen og Valnesfjord helsesportsenter, Frambu helsesenter og Institutt for blødere.

Folketrygden dekker reiseutgiftene ved opphold i alle disse institusjonene. Etter vår vurdering bør fylkeskommunen overta utgiftsansvaret for sine innbyggere. Det synes rimelig at det økonomiske ansvaret for all transport til og fra sykehus og andre helseinstitusjoner legges til samme forvaltningsorgan. Dette vil være den enkleste løsningen, og mest oversiktlig for pasienten.

Reise til familievernkontor

Familievernkontorene er sosialmedisinske institusjoner som blir drevet av enten fylkeskommuner, kommuner, bispedømmeråd eller menighetsråd. Folketrygden dekker i en del tilfeller reiseutgifter til familievernkontor. Ved mekling etter barneloven og ekteskapsloven dekkes reiseutgifter eventuelt av fylkesmannen.

Det foreslås at trygdens ansvar for dekning av reise til familievernkontor overføres til fylkeskommunen. Trygdens utgiftsansvar kan på dette området oppfattes som et særtilfelle også innenfor dagens ordning.

Reise for utprøving av tekniske hjelpemidler m.v.

Ved utprøving og tilpassing av enkelte hjelpemidler/tiltak kan det være nødvendig at den som skal ha hjelpemiddelet/tiltaket reiser til en hjelpemiddelsentral, kurssted og liknende. Slike reiseutgifter dekkes i dag av folketrygden.

Det kan synes mest naturlig at fylkeskommunen overtar ansvaret for dekning av reiseutgifter også i disse tilfellene.

Reise i forbindelse med bidragsformål

Folketrygdloven har i § 5-22 en skjønsmessig bestemmelse om ytelse av bidrag. Etter reglene kan det ytes bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. Med hjemmel i denne paragrafen dekkes bl.a. utgifter til opphold i opptreningsinstitusjon og sykebehandling i utlandet. Når det gjelder sykebehandling i utlandet, dekker fylkeskommunen i etterkant en del av behandlingsutgiftene (gjestepasientprisen for behandling i Norge). Dersom det påløper reise- og oppholdsutgifter i forbindelse med et formål det ytes bidrag til, kan det samtidig ytes bidrag til dekning av reiseutgiftene.

Det er trolig mest hensiktsmessig at folketrygden beholder ansvaret for dekning av reiseutgifter som knytter seg til den skjønsmessige bidragsordningen. Fylkeskommunen kan ikke forventes å ha oversikt over alle aktuelle bidragsformål, og som regel vil reiseutgiftene kunne dekkes sammen med bidragsformålet. Det bør likevel være et unntak for reise til opptreningsinstitusjon. Det er naturlig å likestille reise til opptreningsinstitusjon med reise til sykehus. Reise til opptreningsinstitusjon bør omfattes av ordninger for samordning av syketransport, og være et fylkeskommunalt ansvar.

Hjemtransport etter yrkesskade

Folketrygden dekker nødvendige utgifter til hjemsendelse på grunn av yrkesskade. Dette er en utvidet rettighet i forhold til de ordinære regler for dekning av reiseutgifter.

I Ot.prp. nr. 39 (1991-92) foreslo Sosialdepartementet i punkt 8.5.7 at trygden inntil videre skulle beholde ansvaret for dekning av utgifter til hjemtransport. Det ble anført at hjemsendelse på grunn av yrkesskade ikke er syketransport i tradisjonell forstand. Vi er i tvil om reelle hensyn taler for at trygden fortsatt skal ha ansvaret for disse utgiftene. Når transportområdet som sådant overføres, bør unntak fra det generelle prinsippet om overføring gis en nærmere begrunnelse.

Syketransport med fly

Når det gjelder utgifter til syketransport med rutefly, herunder frakt av pasient på bære, bør dette i utgangspunktet være et fylkeskommunalt ansvar på lik linje med annen syketransport. Det er imidlertid innført en prøveordning med syketransportfly i Sør-Norge, og det bør foretas en særskilt vurdering av denne ordningen i forhold til et fylkeskommunalt utgiftsansvar.

Svalbard

Folketrygden refunderer ikke utgifter til medisinsk behandling m.v. på Svalbard. Folketrygden dekker heller ikke utgifter til ambulansetransport eller syketransport innenfor øygruppen. Folketrygden dekker imidlertid transportutgifter for pasienter som skal legges inn på sykehus på fastlandet eller som skal til spesialist på fastlandet. Kost- og losjiutgifter dekkes også i slike tilfeller. Reiseutgifter fra flyplass på fastlandet til lege, sykehus m.v. dekkes tilsvarende.

I Ot.prp. nr. 39 (1991-92) gikk Sosialdepartementet inn for at ansvarsforholdet for ovennevnte reiseutgifter skulle forbli slik det var. Det kan være grunn til å foreta en fornyet vurdering av dette spørsmålet før man trekker en endelig konklusjon om ansvars plassering.

Deviasjonsutgifter

Utgifter ved å bringe syk sjømann/fisker i land, må ikke dekkes av trygden i den utstrekning rederen plikter å dekke utgiftene etter lov eller avtale. Da medlemmet ikke selv har plikt til å dekke utgiftene ved ilandbringelse, kan de ikke regnes som nødvendige i folketrygdlovens forstand. Av rimelighetshensyn har en imidlertid antatt at folketrygden likevel bør dekke nødvendige utgifter til bunkers, havneutgifter m.v. når fartøy må avbryte reise eller fangst fordi

alvorlig syk eller skadet person må bringes til behandling.

Folketrygden bør neppe ha ansvar for slike utgifter etter en overføring av syketransporten til kommunesektoren. Det kan også reises spørsmål om fylkeskommunen plikter å dekke disse utgiftene etter en overføring.

Behandlingsreiser til utlandet

Ordningen med statlige behandlingsreiser til utlandet administreres av Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus, og omfatter bl.a. pasienter med revmatiske lidelser, psoriasis og astma. Reiseutgifter mellom Norge og utlandet og behandlingsutgifter i utlandet dekkes over Sosial- og helsedepartementets budsjett (statsbudsjettets kapittel 739 post 70). Reiseutgifter innen Norge dekkes av folketrygden.

Det vil trolig være hensiktsmessig at de innenlandske reiseutgiftene utgiftsføres på samme post som utgiftene til behandlingsreisene for øvrig, dvs. kapittel 739 post 70 i statsbudsjettet. Dekning av fly- og togtransport innenlands skjer allerede i dag i form av et samlet oppgjør til NSB reisebyrå.

Syketransport i utlandet, EØS-avtalen og utenlandske statsborgere i Norge

Et medlem i folketrygden som blir syk under midlertidig opphold i utlandet (ferie og liknende) får refundert transportutgifter i forbindelse med behandling som trygden yter stønad til. Noen grupper har rett til utvidet stønad til helsetjenester under opphold i utlandet. Innenfor EØS-området gjelder reglene i EØS-avtalen.

Folketrygdloven bestemmer at det kan inngås avtaler med annet land om gjensidighet når det gjelder trygdeytelser. Slike avtaler kan blant annet medføre at personer som er trygdet i et annet land, får rett til dekning av utgifter til medisinsk behandling m.v. etter norsk lovgivning under opphold i Norge. Dette vil også omfatte rett til dekning av utgifter til syketransport.

Det synes rimelig at reiseutgifter i ovennevnte tilfeller fortsatt skal dekkes av trygden. Dette vil trolig være mest rasjonelt siden trygden som regel vil kunne dekke reise- og behandlingsutgifter samlet som ett oppgjør.

6.1.5 Sammenfatning

Vi anbefaler at en eventuell overføring av syketransportområdet skjer til fylkeskommunen i stedet for en delt løsning med både kommunalt og fylkeskommunalt ansvar. Vi mener det vil være fordelaktig å samle ansvaret på ett forvaltningsnivå, og at fylkeskommunen har best forutsetninger for å forvalte syketransporten. Anbefalingen er i tråd med tidligere forslag fra Regjeringen om overføring.

Vi har skissert to ulike modeller for fylkeskommunalt ansvar for syketransporten. Hovedskillet går mellom sterk statlig styring (modell 1), og en ordning med betydelig frihet for fylkeskommunen til å bestemme innholdet og administreringen av syketransporttilbudet (modell 2). Variablene i modellene er innholdet av stønadsreglene på området, pasientens egenbetaling og fylkeskommunens administrering av stønadsordningen (klagebehandling).

Fylkeskommunens muligheter for planlegging m.v. av syketransporttjenesten skulle være tilnærmet de samme innenfor begge modeller. Det vil si at mulighetene for å utføre syketransport på en rasjonell og kostnadseffektiv måte er til stede uavhengig av hvilken modell som velges. Fylkeskommunen vil for eksempel kunne tilrettelegge transporttilbudet og

innkallingsrutiner ved behandlingsstedene uansett modell for overføring.

En overføring som gir fylkeskommunen stor grad av frihet innenfor rammen av ordningen, vil bety at fylkeskommunen kan påvirke hvilke reiser som skal dekkes og stønadsnivået ut fra sine prioriteringer for måloppnåelse. En slik løsning vil trolig gi større muligheter for å ta skjønnsmessige hensyn. Alternativet med sterkere statlig styring og et detaljert regelverk som gjelder likt for hele landet, vil i større grad bidra til like rettigheter for hele befolkningen.

For pasienter som reiser hyppig til behandling, kan det være viktig med en skjermingsordning mot høye reiseutgifter. Etter en overføring kan det fortsatt være mulig å knytte syke transport til trygdens ordning med utgiftstak for egenandeler. Dette forutsetter statlig fastsettelse av egenandelsbeløp m.v. En ordning med utgiftstak i fylkeskommunal regi er også tenkelig. Et utgiftstak for egenandeler antas å være viktigere for pasienten enn egenandelsbeløpets størrelse. Hvis det sentralt bestemmes et utgiftstak og et fast egenandelsbeløp, vil ikke kommunesektoren kunne påvirke utgiftsutviklingen gjennom en regulering av pasientens egenbetaling. Sosial- og helsedepartementet har foreslått en høyere egenandel for reiser ved bruk av retten til fritt sykehusvalg, og at slike reiser ikke skal omfattes av ordningen med utgiftstak for egenandeler.

Befolkningens rett til stønad til syke transport antas å bli best ivaretatt med en god klageordning. Den synes mest naturlig at det opprettes en klageordning som er alminnelig innenfor fylkeskommunal virksomhet. Det vil bety at retten til å påklage klageinstansens avgjørelse bortfaller (dvs. dagens klagemulighet til to nivåer, både fylkestyrygdekontor og Trygderetten).

Folketrygden dekker utgifter til syke transport m.v. også i forbindelse med transport utenfor kommunal og fylkeskommunal helsetjeneste, for eksempel reiseutgifter til statlige sykehus. Vi har tatt som utgangspunkt at ansvaret for slike reiseutgifter i all hovedsak bør overtas av fylkeskommunen dersom syke transporten overføres. Det bør være en reell begrunnelse for å unnta enkelte reiseutgifter fra en beslutning om generell overføring av stønadsområdet.

6.2 REISEUTGIFTER FOR BEHANDLINGSPERSONELL

6.2.1 Alternative løsninger

Det finnes flere alternative løsninger for overføring av skyssutgifter for helsepersonell til kommunesektoren. Ett alternativ er at alle utgifter til skyss av helsepersonell overføres, men det kan også argumenteres for løsninger med en delvis overføring ut fra en tankegang om at det vil være noen reiseutgifter som det er mer naturlig at kommunesektoren får ansvar for enn andre. Det er også flere muligheter med hensyn til hvem innen kommunesektoren som skal ha ansvaret for hvilke utgifter, fylkeskommunene eller kommunene. Nedenfor omtales noen alternativer.

Alternativ 1

Ett alternativ er å overføre ansvaret for skyss av helsepersonell til kommunesektoren i samsvar med forslag fra Nyhus-utvalget i 1982 og Ot.prp. nr. 39 (1991-92). Dette innebærer at fylkeskommunen blir ansvarlig for utgifter til skyss av helsepersonell i fylkeskommunal helsetjeneste og kommunen får ansvar for reiseutgifter for helsepersonell i kommunal helsetjeneste.

Forslaget innebar at behandlingsspersonell som ikke er tilknyttet en kommunal eller fylkeskommunal helsetjeneste, ikke vil få dekket sine reiseutgifter. Dette gjelder bl.a. logoped, audiopedagoger, kiropraktorer, ortoptister, privatpraktiserende tannleger og helsepersonell tilknyttet familievernkontor. For sistnevnte gruppe ble det imidlertid gjort et unntak.

Fylkeskommunen skulle få ansvar for utgifter til skyss av helsepersonell tilknyttet familievernkontor.

Departementets begrunnelse for ikke å dekke reiseutgifter for privatpraktiserende helsepersonell uten avtale med kommune eller fylkeskommune om å yte helsehjelp, var at kommunesektoren da ville få finansieringsansvar for tjenester de ikke kan styre. Dette ville ikke være i samsvar med begrunnelsen for forslaget om overføring - at den instans som kan styre tjenesten også bør ha det fulle finansieringsansvaret. Det er også relativt sjelden at de aktuelle behandlere foretar reiser ut til pasientene for å foreta undersøkelse eller behandling.

For sykdom i utlandet foreslo departementet at folketrygden fortsatt skulle ha finansieringsansvaret for behandleres reiseutgifter.

Alternativ 2

Som ovenfor, men trygden beholder finansieringsansvaret for skyssutgifter i forbindelse med helsetjenester som verken fylkeskommunen eller kommunen har ansvaret for.

Alternativ 3

Fylkeskommunen får finansieringsansvaret for alle skyssutgifter innen kommunesektoren.

Alternativ 4

I Ot.prp. nr. 4 (1996-97) foreslo Sosial- og helsedepartementet at det kun var ansvar for skyss av helsepersonell i hjemmesykepleien som skulle overføres. Ansvaret skulle overføres til kommunene. Begrunnelsen fra departementet var bl.a. at fram til 1984 dekket trygden 75% av lønnsutgiftene til hjemmesykepleien, mens det nå var fylkeskommunene som hadde ansvar for avlønning på lik linje med øvrige tilbud i de hjemmebaserte tjenestene. De fleste kommunene har en felles organisering for hjemmehjelpstjenester og hjemmesykepleie. Det at finansieringsansvaret for skyssutgiftene er ulikt, kan medføre en mindre fleksibel bruk av personellressursene.

6.2.2 Vurdering

Vi har vurdert det slik at det er mest naturlig å splitte opp ansvaret for å dekke utgifter til skyss av helsepersonell. Fylkeskommunen bør få ansvaret for skyss av helsepersonell innen fylkeskommunal helsetjeneste. Kommunen bør få ansvaret for skyss av helsepersonell innen kommunehelsetjenesten. Vi har lagt avgjørende vekt på at den som har ansvaret for planlegging og organisering innen helsetjenesten, og som således utløser utgiftene, også bør ha ansvaret for utgiftsdekningen. Momentene som taler for å samle ansvaret for syketransport hos fylkeskommunen, gjør seg ikke gjeldende i samme grad for skyss av helsepersonell. Hovedtyngden av reiseutgiftene for helsepersonell er knyttet til kommunale helsetjenester (hjemmesykepleie og kommunal legevakt).

Når det gjelder reise for helsepersonell utenfor kommunesektorens ansvarsområde, anser vi at fylkeskommunen/kommunen ikke bør pålegges å dekke disse utgiftene. Det ville bryte med prinsippet om at finansieringsansvaret skal følge utgiftsansvaret. Det er heller ikke naturlig at trygden blir sittende igjen med utgiftsansvaret. Reiseutgiftene utgjør små beløp, og det er uvisst om det er av avgjørende betydning at reiseutgiftene refunderes for at de aktuelle behandlere fortsatt skal gi tilbud om hjemmebehandling, og om det får uheldige konsekvenser hvis dette tilbudet bortfaller. I Ot.prp. nr. 39 (1991-92) gikk departementet inn for at behandlerne ikke skulle få dekket sine reiseutgifter med unntak av personell ved familievernkontor. Vi har ikke grunnlag for å trekke en motsatt konklusjon, og antar at departementets forslag bør bli stående.

Når det gjelder reiseutgifter for personell ved familievernkontor, synes det rimelig av utgiftene dekkes over familievernkontorets budsjett. Familievernkontorene bør i så fall tilføres ekstra midler tilsvarende det beløp som i dag dekkes over folketrygdens budsjett. I Ot.prp. nr 39 foreslo departementet at fylkeskommunen skulle få ansvaret for disse utgiftene.

Reiseutgifter i forbindelse med sykdom i utlandet hvor leger reiser på sykebesøk, kan anses som et særtilfelle på dette området. Vi antar at slike utgifter fremdeles bør dekkes av trygden. Som regel vil krav om dekning av skysstutgifter i disse tilfellene behandles sammen med krav om dekning av behandlingsutgiftene. Vi viser for øvrig til punkt 6.1.4 hvor vi har gitt samme anbefaling for dekning av syketransportutgifter i utlandet.

Reiseutgifter for helsepersonell ansatt i hjemmesykepleien kan fremheves som det området hvor det synes mest naturlig med en ansvarsoverføring. Helsepersonellet er ansatt i kommunen, og tjenesten og utgiftene er oversiktlige for kommunen. Hjemmesykepleien organiseres sammen med hjemmehjelpstjenestene i de fleste kommunene, og en overføring vil sannsynligvis sikre bedre utnyttelse av personalressursene. En overføring bør skje til primærkommunene.

Det er også vektige hensyn som taler for å overføre reiseutgifter for annet helsepersonell. En del av dette helsepersonellet er i likhet med ansatte i hjemmesykepleien fast ansatt i kommunen. Det kan synes naturlig at en eventuell ansvarsoverføring til kommunesektoren omfatter alle reiseutgifter for helsepersonell med unntak av slike utgifter i utlandet.

7. VIRKNINGER AV EN ENDRET ANSVARSPLASSERING

7.1 INNLEDNING

Vår behandling av virkningene av en ansvarsoverføring tar utgangspunkt i vurderingene i kapittel 6. Hvordan virkningene vil bli, er dels avhengig av hvordan ansvaret overføres, herunder hvilket regelverk som vil gjelde. Det er bl.a. av denne grunn ikke mulig å gi en fullstendig oversikt over hvilke virkninger en overføring vil få.

Vi har vurdert virkninger av en overføring for fylkeskommunen, pasienten og trygdeetaten. Andre mulige virkninger av en ny ansvarsplassering antas å være av mer underordnet betydning. Virkninger totalt sett, i et mer samfunnsmessig perspektiv, er vanskelige å angi presist, og behandles ikke som et eget punkt.

Når det gjelder virkninger av en ansvarsoverføring for kommunesektoren, har vi bl.a. lagt vekt på fylkeskommunens muligheter innenfor en ny organisering. Det er imidlertid vanskelig å anslå i hvilken grad den enkelte fylkeskommune vil utnytte et eventuelt potensiale for forbedringer. Økonomiske og administrative konsekvenser for fylkeskommunen behandles også i kapittel 8.

For pasienten er det bl.a. viktig hva en ny organisering vil bety for tilbudet om nødvendig sykefrakt og hvilke reiser som dekkes. Behandling av krav om refusjon og pasientens egenbetaling er også områder som blir omtalt.

Hvis stønadsordningene for sykefrakt og reiseutgifter for behandlingspersonell tas ut av folketrygden, vil dette ha betydning også for trygdeetaten. Virkninger for trygden kommenteres, men har ingen sentral plass i fremstillingen. Når det gjelder administrative konsekvenser for trygdeetaten, vises til punkt 8.2.

7.2 SYKETRANSPORT

7.2.1 Virkninger for fylkeskommunen

Planlegging m.v. av sykefrakt

Fylkeskommunen vil ha mulighet for å planlegge sykefrakten og tilrettelegge frakttilbudet på en best mulig måte uansett modell for overføring, dvs. uansett hvilke stønadsregler m.v. som vil gjelde etter en overføring. Potensialet for forbedringer vil variere mellom fylkene, og samferdselsetaten i fylkeskommunen vil spille en nøkkelrolle for hvor godt man lykkes med planlegging m.v. av sykefrakten.

Rutegående transport

Fylkeskommunen har ansvar for tilrettelegging av kollektivtransport i fylket, og yter tilskudd til drift av lokale ruteforbindelser som fylkeskommunen vil etablere eller opprettholde. Fylkeskommunen har derved mulighet for å planlegge rutetilbudet i forhold til behov i sykefrakten. Slik planlegging kan for eksempel bety å tilpasse rutetider til aktuelle tidspunkter for time hos behandler, at bussen kjører innom større helseinstitusjoner og helsesentre i fylket og å opprette rute for "sykehusbuss". Andre virkemidler kan være tiltak som letter på- og avstigning for passasjerene. Dette kan være fysiske tiltak på holdeplasser, bestemte krav til vognmateriell, egne servicelinjer med buss osv. I Sogn og Fjordane har det for eksempel vært etablert et tilbud med hjelpemann på buss for å ivareta spesielle behov hos passasjerene. Fylkestrygdekontoret mener denne ordningen har gitt reduserte reiseutgifter i forhold til

alternativt mer bruk av drosje.

Et presseoppslag i høst under tittelen ”Dårlig busstilbud gir skyhøye drosjeregninger” kan her tjene som en illustrasjon³. I avisartikkelen heter det at det bare går en buss i timen til sentralsykehuset som er den største arbeidsplassen i regionen. Pasienter som skal være på sykehuset tidlig om morgenen, rekker ikke timen hvis de skal bruke bussen. Ansatte på sykehuset uttaler at det dårlige rutetilbudet gjør at sykehuset skrives ut drosjerekvisisjon også til pasienter som kan reise kollektivt. En sjeflege sier i artikkelen at det rutegående transporttilbudet til sykehuset er mangelfullt, men at sykehuset likevel ikke har hatt spørsmålet om rutetilbudet oppe til diskusjon. Representanten for busstjenesten uttaler at sentralsykehuset ligger for kronglete til, og at det vil føre til uforholdsmessig lang kjøretid hvis flere busser skal betjene sykehuset.

Samordning av transporter

Trygdeetaten har ansvar for å samordne syketransport med drosje og eventuell annen dør-til-dør transport. Resultatene av samordningstiltakene varierer. I noen fylker vil det være potensiale for å hente ut betydelig større gevinster av samordningsarbeidet. I den grad fylkeskommunen makter å gjøre en bedre jobb enn trygdeetaten og oppnå høyere samkjøring av pasientreiser med drosje, vil fylkeskommunen spare utgifter i form av reduserte syketransportutbetalinger. Transportøkonomisk institutt har foretatt beregninger av innsparingsmulighetene på dette området.⁴

I noen fylker samarbeider trygden med fylkeskommunen om samordning av syketransport, og det er fylkeskommunen som står for driften av kjørekontorene. Det vil være en administrativ forenkling om fylkeskommunen overtar hele ansvaret for samordningsarbeidet.

Etter en overføring kan oppgjørsordningen for drosjetransport bli mer omstendelig for noen transporter. Når pasienten skal fraktes hjem og er bosatt i et annet fylke, vil drosjeeieren trolig måtte sende krav om oppgjør til fylkeskommunen i pasientens bostedsfylke. I dag kan drosjeeieren sende alle krav til sitt oppgjørstrygdekontor. Hvis det skjer en oppmyking av løyvebestemmelsene for drosjetransport, kan dette stille større krav til samarbeid mellom fylkeskommunene om praktisk gjennomføring av samordning for turer som krysser flere fylkesgrenser. Det kan også bli spørsmål om gevinst-/kostnadsfordeling mellom fylkeskommunene hvis pasienter fra ulike fylker er med på samme tur.

Fylkeskommunen har ansvaret for annen offentlig betalt transport, og hvis fylkeskommunen i tillegg får ansvaret for syketransporten, som har et stort volum, bør det være mulig å se ulike transporttjenester i sammenheng, og oppnå noe samordning mellom de forskjellige transporttjenestene. Det kan også ligge til rette for å tenke nytt og utradisjonelt. Som eksempel på dette kan vi nevne en idé om å utnytte ledig returkapasitet i ambulanser til ordinær syketransport.

En annen mulighet er å etablere en egen transporttjeneste for syketransport hvis dette skulle vise seg å være regningssvarende. Hvis det skjer en samtidig overføring av syketransportområdet og reiseutgifter for behandlingspersonell, kan disse tjenestene kanskje ses i sammenheng. Biler som benyttes til legevaktkjøring om kvelden og natten, kan muligens utnyttes til annen transport på dagtid. Ansatte i hjemmesykepleien som reiser på hjemmebesøk, kan kanskje ta med pasienter

³ Romerikes Blad, 15.08.99

⁴ Se rapport fra Transportøkonomisk institutt: ”Sluttrapportering av syketransportprosjektet”, TØI-særtrykk 131/1998, kapittel 4.

til behandling på returen. I dag er det ingen kostnadsmessig gevinst for kommunesektoren ved å tenke alternative løsninger. Det vil det være etter en eventuell overføring. Hvis ansvaret for skyss av helsepersonell blir delt mellom fylkeskommunen og kommunen slik vi har lagt til grunn, fordres et tett samarbeid mellom fylkeskommunen og kommunene for å utnytte noen de mulighetene som er skissert.

Organisering m.v. av helsetjenestetilbudet

Det er grunn til å tro at det finnes et potensiale for å spare transportutgifter ved å se pasientens reiseutgifter og organisering m.v. av det fylkeskommunale og kommunale helsetjenestetilbudet i sammenheng. Mulighetene for en slik kobling er til stede uavhengig av fylkeskommunens grad av frihet til å utforme stønadsordningen for syketransport etter en overføring. Helsesektoren i fylkene står helt sentralt i denne sammenheng.

Når fylkeskommune og kommune planlegger helsetjenestetilbudet for befolkningen, bør konsekvenser når det gjelder reiseutgiftene inngå som et moment i vurderingene. Sentralisering eller desentralisering av behandlingstilbudet, geografisk plassering og bruken av poliklinisk behandling er forhold som har betydning for reiseutgiftene. Vi viser også til eksemplene i punkt 5.3. Hvis fylkeskommunen får ansvar for syketransporten, vil det være naturlig å trekke inn reiseutgiftene i planleggingen av helsetjenestetilbudet. Det er grunn til å tro at det vil finnes en del eksempler på at det er penger å tjene på en endret organisering. En bør imidlertid ikke overdrive betydningen av dette momentet da det i stor grad vil være andre hensyn som er styrende for funksjonsfordeling og organisering i helsektoren.

Ett område det kan arbeides aktivt med i helsesektoren er å tilpasse innkallingstidspunkter til ruteider for buss, tog osv. Selv om rutetilbudet eventuelt er tilpasset behovene i syketransporten på en god måte, gjenstår det en jobb å gjøre for helsepersonellet for å utnytte et tilrettelagt transporttilbud. Hvis det skjer en ansvarsoverføring, kan det ligge muligheter både i å tilrettelegge syketransporten bedre, og å bedre kjennskapen til transporttilbudet hos aktuelt helsepersonell slik at tilgjengelige transportløsninger utnyttes på en god måte. Et annet tiltak som helsesektoren trolig bør satse mer på, er områdevis innkalling, slik at pasienter fra samme distrikt kan reise sammen til behandling. Dette er viktig for pasienter som må benytte drosje, og som da kan dele bil og spare fylkeskommunen for reiseutgifter.

Bruk av drosje er mye dyrere enn bruk av rimelig rutegående transport. Hvis fylkeskommunen får ansvaret for syketransporten, kan det være viktig med en bevisstgjøring av helsepersonellet når det gjelder hva transport koster. Behandlers praksis for rekvirering av drosjetransport er spesielt viktig i denne sammenheng. Dagens rekvisisjonspraksis varierer, og det er grunn til å tro at praksisen er liberal en del steder, og kan strammes inn uten at dette vil ramme pasientene på en uheldig måte. Det kan være fornuftig for fylkeskommunen å gjøre en innsats for å innarbeide en mer bevisst og kritisk holdning hos behandlere til rekvirering av kostbar transport for pasienten. Det kan også tenkes andre grep som å gi noen ansatte ved sykehus et spesielt ansvar for å vurdere sykehuspasienters transportbehov.

I praksis kan det vise seg vanskelig å få helsepersonell til å se på pasienttransport som et viktig område og legge vekt på hensyn i syketransporten. Omlegginger og innarbeiding av nye holdninger vil trolig ta tid, og det vil være en fordel med et tett samarbeid mellom samferdselsetaten og helsesektoren i fylkeskommunen. Fylkeshelsetjenesten (sykehus) vil muligens representere enheter som ikke er lett påvirkelige for hensynet til en kostnadseffektiv syketransport. Endringer vil muligens være enklere å få til i kommunehelsetjenesten, men etter vår modell vil det være fylkeskommunen som oppnår gevinstene i form av reduserte reiseutgifter.

Økonomiske virkninger

De forhold som er behandlet foran under overskriftene planlegging av syke transport og organisering av helsetjenestetilbudet, peker i retning av lavere utgifter med et fylkeskommunalt ansvar for syke transporttjenesten. Et mer samlet ansvar for transport og helsetjenester kan gi en bedre planlegging av transporttilbudet og økt gjennomslag for transporthensyn i forbindelse med organisering m.v. av helsetjenester. Dette gjelder uavhengig av hvilken modell som velges for overføring.

I kapittel 5 har vi pekt på nye trekk i utviklingen som går i retning av større grad av statlig styring på helsesektoren, og større frihet for pasienten til å velge hvor han skal behandles. Den utvikling som er på gang kan begrense fylkeskommunens styringsmuligheter, og redusere mulighetene for å påvirke og ha kontroll med utgiftsutviklingen på syke transportområdet. Retten til fritt sykehusvalg antas å være av størst betydning i denne sammenheng. Ved bruk av fritt sykehusvalg er det pasientens valg som er bestemmende for reiseutgiftene. I statsbudsjettet for 2000 er det imidlertid lagt inn en vesentlig høyere egenandel for pasienten ved bruk av denne ordningen (200 kroner hver reisevei mot ordinært 60 kroner). Retten til fritt sykehusvalg kan potensielt gi en klar økning i reiseutgiftene, men utslagene er usikre, og virkningene på litt sikt kan ikke forutsies med noen grad av sikkerhet.

En metode for å ha kontroll med utgiftsutviklingen på syke transportområdet, er å regulere pasientens egenbetaling. Her vil virkningene av en overføring avhenge av om fylkeskommunen gis noen frihet til å fastsette pasientens egenandel for syke transport innenfor en ny ordning. Hvis fylkeskommunen gis myndighet til å bestemme hva pasienten skal betale for transport, vil dette gi fylkeskommunen en trygghet når det gjelder mulighetene for å dekke inn økte kostnader. Hvis dagens ordning videreføres, vil egenandelen for syke transport bli fastsatt av Stortinget i forbindelse med årlige budsjettvedtak.

Det er grunn til å forvente en generell utvikling i retning av økt reisevolum og økte reisekostnader på syke transportområdet i årene som kommer. Dette har ingen sammenheng med en ansvarsoverføring, men vil være av betydning for fylkeskommunen hvis den skal overta stønadsordningen. Vi har ikke materiale som gjør det mulig å legge fram pålitelige prognoser for utgiftsutviklingen de kommende år.

Det vil være mulig å kompensere for en underliggende kostnadsvekst ved fastsettelsen av de budsjettmidler som skal tilføres fylkeskommunen ved en overføring.

Konsekvensene for fylkeskommunen av en overføring vil være at syke transport må finansieres av de frie inntektene, og vil avhenge av fylkeskommunens økonomiske situasjon og kompensasjonsopplegg, jf. punkt 8.1.

Administrative virkninger

På det administrative området vil de mest åpenbare konsekvenser av en ansvarsoverføring være at fylkeskommunen må bestemme hvor forvaltningen av området skal legges, foreta ansettelser og bygge opp nødvendig kompetanse. Vi antar at fylkeskommunen vil få betydelig grad av frihet når det gjelder organisering av arbeidet med syke transporten.

En overføring vil gi fylkeskommunen økte ressurser på transportområdet. Vi forutsetter at transportkonsulentstillingen ved fylkestyrgdekontorene vil bli tatt ut av trygden og lagt til fylkeskommunen, og vi antar at stillingen vil bli underlagt samferdselsetaten i fylkeskommunen. Dette vil bidra til å samle transportfaglig kompetanse og styrke det transportfaglige miljø i

fylkeskommunen. I noen fylker er personalet ved kjørekontorene ansatt i trygdeetaten, og disse stillingene bør overføres til fylkeskommunen. For øvrig vises til kapittel 8 for en vurdering av nødvendig ressursbruk på sykestransportområdet.

Virkningene for øvrig vil avhenge av graden av føringer fra sentralt hold når det gjelder administreringen av området. Her tenkes særlig på eventuelle sentralt fastsatte bestemmelser om en klageordning for stønad til sykestransport. Generelt gjelder at jo flere føringer som gis av overordnet myndighet, jo mindre frihet vil fylkeskommunen få til selv å bestemme hvordan stønadsområdet skal administreres.

Administrative konsekvenser av en overføring kommenteres nærmere i punkt 8.2.

7.2.2 Virkninger for pasienten

Transporttilbudet

Når det gjelder tilrettelegging av et egnet transporttilbud, er det grunn til å tro at dette kan bli forbedret etter en ansvarsoverføring. Samferdselsetaten i fylkeskommunen bør kunne arbeide aktivt med utforming av et mest mulig hensiktsmessig transporttilbud for sykestransport. Forbedringer på dette området vil være en klar fordel for pasienten.

Det er mer usikkert om en endret ansvarsplassering vil få klare konsekvenser for arbeidet med samordning av drosjetransport. Mulighetene for samordning mellom ulike former for offentlig betalt transport kan være til stede, for eksempel mellom sykestransport og TT-transport, men et eventuelt potensiale på dette området er vanskelig å anslå. I den grad slik samordning blir realisert, kan dette gi flere tilfeller av ekstra ventetid og lengre reisevei på grunn av samordning. Vi har imidlertid ikke grunn til å tro at enkeltturer hvor ulike typer offentlig betalt transport samordnes gir lengre ventetid og reisetid for pasienten enn enkeltturer hvor bare sykestransport samordnes. Et sentralt poeng i forbindelse med samordning er å utnytte drosjens ledige returkapasitet. Drosjaturen tilbake til utgangspunktet for reisen betales vanligvis på framreisen. Ved å få med en passasjer på returen slik at drosjen ikke kjører tom tilbake, spares betydelige beløp uten at dette medfører ekstra bryderi for passasjerene. Hvis ledig returkapasitet kan utnyttes bedre gjennom samordning av ulike former for offentlig betalt transport, vil dette ofte ikke medføre ekstra bryderi for pasienten. Den økonomiske gevinsten per tur kan være betydelig.

Vi har ikke holdepunkter for å anta at en samordning i fylkeskommunal regi vil resultere i lengre ventetid for pasienten eller lengre reisevei enn samordning i trygdens regi. I noen fylker er det allerede i dag fylkeskommunen som etter avtale med trygden driver kjørekontorer og står for den praktiske gjennomføring av samordningsarbeidet. Vi er ikke kjent med at samordningen i disse fylkene medfører mer eller mindre bryderi for pasienten enn samordningen i andre fylker.

Rettigheter

I forbindelse med tidligere forslag om ansvarsoverføring, har det vært fokusert på pasientens rettigheter etter en overføring. En side ved rettighetsspørsmålet er hvilke reiser som dekkes og dekningsnivå, herunder hva pasienten må betale i egenandel. Et annet aspekt er om saksbehandlingen er slik at pasienten får sin rett.

Vil den enkelte få samme rett til dekning av reiseutgifter etter en overføring? Svaret på dette spørsmålet vil bl.a. avhenge av hvilket regelverk som vil gjelde med et fylkeskommunalt ansvar for sykestransporten. Selv med en videreføring av dagens regler, er det grunn til å tro at praksis vil bli noe annerledes enn i dag på grunn av forskjellig tolkning av regelverket. Det er videre grunn til å tro at det vil utvikle seg en mer ulik praksis mellom fylkene fordi det vil mangle en

sentral regelfortolker slik Rikstrygdeverket er i dag. De endringer som dette vil medføre antas likevel å være av mer marginal betydning for pasienten sett i forhold til stønadsordningen som helhet.

Hovedtyngden av syketransporten gjelder reise til undersøkelse og behandling hos lege, i sykehus og liknende. Vi antar at det kan legges til grunn at slike reiser vil bli dekket også med et fylkeskommunalt ansvar for syketransporten, uansett grad av statlig styring. Det vil ikke være tvil om at reisene må anses som syketransport. Det vil si at transport til medisinsk behandling som er av stor helsemessig betydning for pasienten, nok vil bli dekket.

Det kan tenkes innstramminger i forhold til dagens rettigheter hvis fylkeskommunen får stor grad av frihet til å utforme stønaden til syketransport, men som nevnt foran antar vi at endringer likevel vil bli av mer marginal karakter i forhold til stønadsordningen totalt sett. Det kan også tenkes at fylkeskommunen vil foreta endringer i positiv retning for pasienten. For eksempel har større adgang til skjønnsutøvelse ved flere anledninger vært etterlyst innenfor nåværende ordning.

Et annet moment er at fylkeskommunen vil ha større muligheter for å se reiseutgifter og behandlingsutgifter i sammenheng, og dette kan komme pasienten til gode. I punkt 5.3 har vi brukt dialysebehandling som eksempel. Ved å opprette et behandlingstilbud nærmere pasientenes bosted, kan enkelte pasienter spares for lange og strevsomme reiser, og innsparingene i transportutgifter kan overstige utgiftene til behandlingstilbudet.

Med dagens ordning er det fastsatt konkrete satser for utgiftsdekning for eksempel når det gjelder kost- og overnattingsgodtgjørelse og bruk av egen bil. Videre er det gitt bestemmelser om pasientens egenbetaling. Egenandelen for syketransport er fastsatt i forskrift, og reiseutgifter kommer inn under ordningen med utgiftstak for egenandeler. Hvis fylkeskommunen får frihet til å bestemme satser for utgiftsdekning og/eller pasientens egenbetaling, kan det bety mye for hvilke utgifter pasienten får dekket. Hva utslagene vil bli, kommer an på hva som bestemmes i den enkelte fylkeskommune, og vi finner ikke grunnlag for å anslå konsekvensene av et slikt alternativ. Dersom egenandeler og stønadsseter fortsatt skal bestemmes sentralt, antar vi at de eksisterende regler vil bli videreført.

Et annet område av betydning for pasienten er saksbehandlingen etter en ansvarsoverføring. Det er viktig for ivaretagelse av rettigheter at krav om stønad blir behandlet på en god og forsvarlig måte. Pasientens klagemuligheter er et sentralt element i denne sammenheng, og for pasienten vil det være ønskelig at det etableres en betryggende klageordning.

7.2.3 Virkninger for trygdeetaten

Hvis stønadsordningen for syketransport tas ut av folketrygden, vil det ha som konsekvens at trygdeetaten mister arbeidsoppgaver og ressurser. En nærmere vurdering av etatens ressursbruk på dette området er gitt i kapittel 8.

For trygdeetaten vil det være av betydning om ansvaret for alle reiseutgifter overføres til kommunesektoren, eller om noen transportsaker blir værende igjen i trygden. Syketransport er i utgangspunktet reiser som går inn under § 5-16 til 5-18 i folketrygdloven. Dette gjelder pasientreiser til og fra behandlingstilbud i fylkeshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, men også reiser til andre behandlingstilbud, for eksempel statlige sykehus. Syketransport i utlandet dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 5-24, og trygden refunderer også reiseutgifter i forbindelse med bidragsformål som går inn under lovens § 5-22. Det er foretatt en

gjennomgang av de ulike transportområdene i punkt 6.1.4.

Hvis trygden fortsatt skal ha ansvar for dekning av reiseutgifter på noen områder, kan det ha betydning for saksbehandlingen at den faglige kompetansen når det gjelder transportspørsmål vil bli sterkt svekket etter en overføring. I dag er det gitt bestemmelser om konkrete stønadssatser for syketransport i forskrift til folketrygdloven § 5-16 til 5-18. Hvis slike regler utgår etter en overføring, vil etaten ha mindre klare holdepunkter for fastsettelse av utgiftsdekningen i transportsaker som måtte være igjen i trygden.

7.3 REISEUTGIFTER FOR BEHANDLINGSPERSONELL

7.3.1 Virkninger for kommunesektoren

Utgifter til skyss av helsepersonell har vært stabile de siste årene. Fra 1994 til 1998 var økningen kun på 1,3 mill. kroner (fra 308,2 mill. kroner til 309,5 mill. kroner). Vi vil anta at disse utgiftene derfor er nokså forutsigelige såfremt ikke kommunesektoren omorganiserer og for eksempel sentraliserer helsetjenestetilbudet.

Privatpraktiserende behandlere som har oppgjørsavtale med trygden, sender i dag krav om dekning av reiseutgifter til trygdekontoret. Hvis kommunesektoren får ansvaret for disse utgiftene, vil den måtte overta det administrative arbeidet i forbindelse med utbetalingene.

Rent administrativt vil en overføring skape merarbeid for kommunesektoren når det gjelder kontrollarbeid, siden all kontroll heretter må foretas i kommuner og fylkeskommuner. Når det gjelder det administrative arbeidet i forbindelse med utbetaling, vil en overføring skape merarbeid for kommunesektoren på noen områder, men vil kanskje kunne forenkle arbeidet med utbetaling til egne ansatte, dvs. for fast ansatt helsepersonell hvor kommunesektoren i dag må sende krav om dekning av reiseutgifter til trygdekontoret.

7.3.2 Virkninger for pasienten

Ved en overføring antas at kommunesektoren vil få overført midler tilsvarende de utgiftene trygden har på dette området. Utgangspunktet vil således være at pasienten ikke blir skadelidende, siden økonomiske hensyn ikke kan begrunne en nedbygging av tilbudet om hjemmebesøk.

Dersom kommunesektoren ikke i lov blir pålagt å opprettholde hjemmetjenester på dagens nivå, kan det likevel skje at tilbudet nedbygges, for eksempel innen hjemmesykepleie.

Kommunesektoren kan velge å legge en strengere vurdering til grunn enn i dag for når det er nødvendig at helsepersonell reiser ut i hjemmebesøk. Vi antar at overgang til en strengere praksis vil være mindre sannsynlig hvis det skjer en samtidig overføring av ansvaret for reiseutgifter for behandlingsspersonell og syketransport. Reduksjon i reiseutgiftene for helsepersonell har som motstykke økte utgifter til pasienttransport.

Praksis på dette området varierer betydelig også innenfor dagens ordning. I forbindelse med kommunal legevakt er noen kommuner strenge med hensyn til at pasienten må møte opp på legevaktkontoret, mens leger i andre kommuner i større grad reiser ut til pasienten i sykebesøk.

Hvis kommunesektoren ser at det vil være billigere at pasienten selv møter opp hos behandler fremfor at behandler reiser på sykebesøk, kan det medføre at tilbudet om hjemmebesøk reduseres. På den annen side kan omfanget av unødvendige hjemmebesøk også minke.

Etter vår anbefaling vil skyss av helsepersonell som faller utenfor kommunesektoren ikke lenger dekkes. Utgiftene her er relativt lave. Endringen kan likevel få betydning for de pasientene det gjelder ved at tilbudet om hjemmebesøk bortfaller, eller at pasienten må betale behandlerens reiseutgifter.

7.3.3 Andre virkninger

En ansvarsoverføring vil frita trygdeetaten for arbeidet med dekning av reiseutgifter for behandlingpersonell. En slik endring vil også føre til at ansvaret plasseres hos den etat som har best forutsetninger til å foreta kontroll av en del av utgiftene, og som sitter med personalansvaret for en del av helsepersonellet.

For helsepersonell som er ansatt i kommunen, er det etter gjeldende regler kommunen som fremsetter krav overfor trygden. Ved en overføring vil kommunen kunne utbetale skyssutgifter sammen med lønn uten at krav om dekning av reiseutgiftene må sendes videre til trygdekontoret. Dette vil bety en administrativ forenkling.

7.4 SAMMENFATNING

Virkningene av en ansvarsoverføring vil delvis avhenge av hvilken frihet kommunesektoren får til å utforme stønadsordningene innenfor en ny organisering.

På noen områder vil fylkeskommunen kunne gjøre en bedre jobb en trygdeetaten. Fylkeskommunen vil kunne tilrettelegge et transporttilbud og utnytte eventuelle muligheter for samordning med annen offentlig betalt transport. Fylkeskommunen vil kunne tilpasse time for behandling til transporttilbudet, og følge opp praksis for rekvirering av kostbar transport som drosje. Fylkeskommunen vil kunne ta hensyn til transportutgiftene i forbindelse med organisering av helsetjenestetilbudet. Forbedringer på disse områdene vil føre til lavere utgifter til transport, og besparelser for fylkeskommunen.

Fylkeskommunen vil imidlertid ikke ha kontroll med utgifter som for eksempel blir en følge av ordningen med fritt sykehusvalg.

For pasienten vil rettighetene til reisedekning etter en overføring være av sentral betydning. Selv om det er grunn til å forvente en mer ulik praksis mellom fylkene, antas at det vesentlige av dagens reiser vil bli dekket. Det må kunne forutsettes at transport til medisinsk behandling som er av stor helsemessig betydning for pasienten fortsatt vil bli dekket. En ansvarsoverføring kan gi rom for større grad av skjønnsutøvelse, og muligheter for å se reiseutgifter og behandlingsutgifter i sammenheng kan slå positivt ut for pasienten. Det er viktig for ivaretagelse av rettigheter at saksbehandlingen skjer på en betryggende måte.

Det er grunn til å tro at tilretteleggingen av et egnet transporttilbud kan bli forbedret etter en ansvarsoverføring, og det vil være til fordel for pasienten.

For trygdeetaten vil det trolig være av størst betydning om ansvaret for alle reiseutgifter overføres til kommunesektoren, eller om noen transportsaker blir værende igjen i trygden. Etatens fagkompetanse på transportområdet vil i stor grad bli borte hvis det alt vesentlige av transportområdet overføres.

8. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

8.1 ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Ved overføringer av ansvar mellom stat og kommunesektor der kommunesektoren overtar et nytt ansvarsområde, må det utarbeides et kompensasjonsopplegg. Det må da avklares hva slags fordelingsprinsipp som bør legges til grunn, og nivået på den økonomiske kompensasjonen.

8.1.1 Overføringsprinsipp

Det mest vanlige utgangspunktet for overføringer, er at en i overføringsåret legger til grunn utgiftsnivået og geografisk fordeling av dette i en periode før ansvarsoverføringen blir bestemt. Regnskapstall for syketransport og reiseutgifter for helsepersonell i de enkelte fylker kan dermed brukes som overføringsbeløp. I utgangspunktet vil fylkeskommunen (og kommunen) kunne overta de økonomiske ressursene som trygdeetaten i det enkelte fylke har til disposisjon. Dette vil normalt kunne skje ved økte rammetilskudd i inntektssystemet.

Med et slikt prinsipp for overføring av midler, må en unngå at den enkelte fylkeskommune/kommune gis anledning til å påvirke nivået på overføringen etter at overføringen er bestemt. Selv om fylkeskommunen/kommunen bare i begrenset grad vil kunne påvirke utgiftsnivået for syketransport og skyss av helsepersonell, kan det likevel være rimelig å ta utgangspunkt i regnskapstall fra det året da en overføring ble sterkt aktualisert (fra 1999). For å unngå at mer tilfeldige variasjoner i regnskapsutgifter skal få betydning, kan det eventuelt være hensiktsmessig å ta gjennomsnittet av utgiftene de siste tre årene (oppjustert til 1999-prisnivå).

Et problem med et slikt overføringsprinsipp er at det vil gi forholdsvis høy kompensasjon til de fylkeskommuner der trygdeetaten har gjort en svak innsats knyttet til samordning av syketransport, og tilsvarende lav kompensasjon til de fylkeskommuner der trygdeetaten har gjort en god jobb. Potensialet for ytterligere innsparing vil være størst der kompensasjonsnivået er høyest. Slik sett kan prinsippet oppfattes som urettferdig for den enkelte fylkeskommune.

Ved kompensasjon med tilførsel av midler til inntektssystemet, vil en imidlertid i løpet av overgangsordningen i inntektssystemet (etter 5 år) ha fått en fordeling av midlene etter objektive kriterier. Det bør ideelt sett finnes kriterier i inntektssystemet som tar hensyn til at transportbehovet er høyere i visse deler av landet (for eksempel der avstandene til sykehusene er store). Det finnes i dag ikke kriterier for utgiftsbehov knyttet til helsetjenesten på fylkesnivå eller kommunenivå som tar hensyn til bosettingsmønster. Særlig ved en overføring av finansieringsansvaret for syketransport til fylkeskommunene, vil det være ønskelig at Kommunal- og regionaldepartementet vurderer å utarbeide ett eller flere kriterier som kan fange opp forskjeller i utgiftsbehov knyttet til bosettingsmønster for fylkeskommunene. Behovet vil være mindre, men bør vurderes også i forhold til overføring av ansvaret for skyss av helsepersonell til primærkommunene.

Ett forhold bør bemerkes i forbindelse med trygdens regnskapsføring av utgifter til syketransport. Utgiftsføringen følger ikke alltid pasientens bostedsfylke. I de tilfeller utbetaling skjer i form av direkte oppgjør til transportøren (typisk drosjetransport), regnskapsføres reiseutgiftene i den kommunen hvor transportøren har oppgjørsavtale med trygdekontoret. Når en Oslo-drosje for eksempel frakter en pasient fra et statlig sykehus hjem til Telemark, blir reiseutgiftene kostnadsført i Oslo, ikke i bostedsfylket Telemark. Vi har ikke forsøkt å anslå

omfanget av slik regnskapsføring, men antar at dette er et forhold som særlig gjør seg gjeldende i Oslo (dvs. for reiseutgifter som er regnskapsført i Oslo).

Et særlig forhold kan også bemerkes vedrørende overføring av ansvar for reiseutgifter for helsepersonell. Det må ved vurderingene av regnskapstallene for det enkelte trygdekontor undersøkes om kontoret har ansvaret for transportutgifter også for andre kommuner (et mulig eksempel er et trygdekontor som har oppgjøret for legeskyssebåt som har flere kommuner som sitt fartsområde).

8.1.2 Overføringsnivå

Overføringsnivået kan i utgangspunktet være folketrygdens utgifter på overføringstidspunktet. Det har imidlertid vært en betydelig underliggende utgiftsvekst på syke transportområdet i perioden 1990-98 (jf. beregning i punkt 3.1.2). Dette kan være et resultat av flere og lengre reiser, eller skyldes at kostnadene har steget for hver transportkilometer. Ut fra de forhold som det er redegjort for i kapittel 3, er det grunn til å tro at denne utgiftsveksten vil fortsette. En overføring av ansvar til fylkeskommunene ved kompensasjon via inntektssystemet, vil uten korrigeringer medføre store innsparinger for folketrygden/staten. Staten vil slippe å måtte betale for de økte utgiftene som skyldes økt volum m.v. av syke transport. Det vil kunne være rimelig at det gjøres en korrigering slik at fylkeskommunene får en viss kompensasjon for forventet utgiftsvekst i en periode framover.

Den underliggende utgiftsvekst korrigert for prisstigning og egenbetalingsøkninger ut over prisstigningen har i perioden 1990-98 vært rundt 5% hvert år. Det kan vurderes om det er andre faktorer for beregning av realvekst som bør benyttes⁵. Det antas at det vil være et visst innsparingspotensiale knyttet til overføringen. Et mulig kompensasjonsopplegg for forventet utvikling m.v. i perioden kan være at fylkeskommunene hvert år i for eksempel en femårsperiode får eksempelvis fra 50 til 75% av den historiske volumveksten som kompensasjon. Det vil kunne innebære (gitt et anslag på 5%) en ekstra opptrappingskompensasjon på fra 30 til 40 millioner kroner hvert år i perioden. Denne kompensasjonen vil en kunne korrigere for i beregningen av vekst i kommuneopplegget (det vil si at den vil komme i tillegg til det vekstopplegg som Regjeringen hvert år foreslår). Dette bør vurderes konkret i forbindelse med de årlige kommuneøkonomiske oppleggene. Ved en vekst i de frie inntektene vil det kunne ligge en "volum" kompensasjon også i det generelle kommuneopplegget.

En delvis parallell til denne håndteringsmåten var det opplegg for kompensasjon som ble gitt til kommunesektoren ved folketrygdens avvikling av stønad til hjelp i huset fra 1992. I perioden 1992-98 ble kompensasjonen hvert år trappet opp. Samlet kompensasjon skulle utgjøre $\frac{3}{4}$ av folketrygdens innsparing knyttet til regelendringen. Kompensasjonen ble samlet trappet opp til i størrelsesorden vel 200 millioner kroner i perioden (jf. omtale i St.prp. nr. 60 (1997-1998) Om kommuneøkonomien 1999 m.v. der kompensasjonsopptrappingen ble foreslått avviklet for 1999.)

⁵ En mulighet kan være en egen prisomregningsfaktor for transport. Et annet alternativ kan være å bruke den omregningsfaktor som brukes i de årlige kommuneøkonomiske oppleggene. Denne vil være høyere enn konsumprisindeksen slik at den underliggende utgiftsveksten i så fall vil fremstå som lavere.

8.2 ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

8.2.1 Ressursbruk i trygdeetaten

Trygdekontorene

Trygdeetatens arbeid med å administrere syke transportområdet og reiseutgifter for behandlingspersonell knytter seg i hovedsak til behandling av krav om dekning av reiseutgifter, herunder registrering av egenandeler for transport i pasientens kvitteringskort for egenandeler. Oppgjør for syke transport skjer dels gjennom refusjon av enkeltregninger fra publikum, og dels i form av direkte oppgjør til transportøren. Trygdeetaten har inngått avtaler om direkte oppgjør som omfatter de aller fleste drosjeeiere. Avtalene innebærer at drosjeeierne skal sende samlet regning til trygdekontoret innen måneden etter at transportene er utført. Alle enkeltregninger vedlegges samleregningen. Ordningen med samlet utbetaling av oppgjør betyr at refusjonsarbeidet for trygdekontoret forenkles vesentlig. Privatpraktiserende behandlere skal normalt levere regning for reiseutgifter sammen med krav om dekning av behandlingsutgifter, og trygdekontorene har avtaler om direkte oppgjør også med behandlere. For kommunalt ansatt helsepersonell dekkes reiseutgifter samlet til kommunen en gang per måned.

I Ot.prp. nr. 39 (1991-92) ble det lagt fram konkrete anslag for ressursbruken i trygdeetaten på syke transportområdet. Det ble anslått at trygdekontorene til sammen brukte ca. 185 årsverk til arbeidet med refusjon av reiseutgifter. Antallet årsverk utgjorde vel 4% av bemanningen på trygdekontorene. Arbeidsbelastningen i trygdekontorene varierte, og var mindre i store bynære trygdekontorer enn i distriktene hvor pasienten ofte har lang vei til behandling. På grunn av manglende grunnlagsmateriale, ble det ikke lagt fram tall for trygdekontorenes arbeid med refusjon av reiseutgifter for behandlingspersonell. Det kan antas at arbeidet med reiseutgifter for behandlere utgjør en relativt ubetydelig arbeidsbelastning i forhold til ressursbruken på syke transportområdet.

Vi har ikke foretatt en egen undersøkelse av trygdekontorenes arbeid i dag med saksområdene syke transport og reiseutgifter for behandlingspersonell, men med dagens bemanning i trygdekontorene utgjør vel 4% av totalt antall årsverk ca. 225 stillinger.

Fylkestrygdekontorene og Rikstrygdeverket

Fra 1986 ble trygdeetaten styrket med i alt 19 tidsbegrensede stillingshjemler på syke transportområdet, såkalte transportkonsulentstillinger. Disse ble omgjort til faste stillinger i 1993. Stillingene ble øremerket for arbeidet med samordning av syke transport, og har vært underlagt fylkestrygdekontorene. I praksis har ikke alle fylkestrygdekontorer brukt en hel stilling til dette arbeidet, og ressursbruken har variert noe over tid. Fylkestrygdekontorene har fått fullt fagansvar på transportområdet, og er blitt klageinstans for vedtak i trygdekontorene om dekning av reiseutgifter. Vi antar at faktisk ressursbruk i fylkestrygdekontorene på transportområdet skjønsmessig kan settes til ca. 19 årsverk på landsbasis (i gjennomsnitt ett årsverk per fylke).

I 1999 har fylkestrygdekontorene fått tildelt 16,6 mill. kroner i administrative midler til drift av kjørekontorer m.v. som samordner syke transport. I noen fylker er personalet ved kjørekontorene ansatt i trygdeetaten. Transportkonsulentstillingene finansieres ikke av de 16,6 mill. kronene som er avsatt til samordningstiltak.

Arbeidsinnsatsen i Rikstrygdeverket på områdene syke transport og reiseutgifter for behandlingspersonell har vært varierende, men kan anslås å utgjøre minst ett årsverk.

I 1999 har Rikstrygdeverket anskaffet et edb-program for samordning av syke transport.

Programmet skal benyttes av kjørekontorene som samordner transport. Edb-programmet ble installert på de første kjørekontorene høsten 1999, og målsettingen er at alle kjørekontorene skal ta programmet i bruk i 2000. Programmet kan foreløpig ikke tas i bruk med et personregister fordi Datatilsynets har stilt behandling av nye konsesjonssøknader fra Rikstrygdeverket i bero på ubestemt tid. Det har vært avsatt egne administrative midler til innkjøp m.v. av edb-programmet i 1999, og utgiftene inneværende år vil utgjøre om lag 2 mill. kroner. Det vil påløpe utgifter til drift og videreutvikling av programmet de kommende år, men det er vanskelig å anslå årlige kostnader når programmet er tatt i bruk ved kjørekontorene i alle fylker. Løselig antas de årlige utgiftene å utgjøre minst 1 mill. kroner totalt sett.

Administrative utgifter for øvrig (porto, telefon osv.) blir ført samlet for trygdeetaten under kapittel 2600 i statsbudsjettet. Vi har ikke gjort forsøk på å anslå omfanget av slike utgifter for områdene syketransport og reiseutgifter for helsepersonell.

8.2.2 Konsekvenser av en overføring

De administrative konsekvenser av en endret ansvars plassering vil avhenge av hvilken modell for overføring som velges. Hvis dagens regelverk og pasientrettigheter i størst mulig grad skal beholdes etter at kommunesektoren har overtatt ansvaret for ordningene, antas de administrative kostnadene å bli om lag de samme som i dag. Trygdens ressursbruk knytter seg i hovedsak til behandling av krav om refusjon av reiseutgifter, og en tilnærmet blåkopi av dagens ordning vil trolig gi omtrent identiske administrative kostnader. Vi antar at kommunesektorens saksbehandling ikke vil være markert mer effektiv eller mindre effektiv enn saksbehandling i trygdens regi. Gevinster som følge av en eventuell bedre planlegging av transporttjenesten, bedre innkallingsrutiner m.v. vil neppe slå ut i nevneverdige administrative besparelser. Antall reiser og krav om refusjon vil være uendret med mindre fylkeskommunen klarer å samordne transporter på en vesentlig bedre måte enn trygdeetaten. Bedre samordning slår imidlertid primært ut i reduserte stønadsutbetalinger. Det administrative arbeidet blir omtrent det samme siden oppgjør i dag skjer samlet til transportøren (drosjeeieren) for alle transporter i et bestemt tidsrom.

Ved en overføring av ansvaret for syketransport og reiseutgifter for behandlingspersonell til kommunesektoren, vil det ikke være aktuelt å opprettholde dagens klageordning som innebærer klagemulighet til to nivåer, først til fylkestyngdekantoret og deretter til Trygderetten. Vi mener at klageadgangen bør begrenses til en klageinstans. Dette vil bety en administrativ forenkling. Forenklingen vil imidlertid være av relativt marginal betydning med hensyn til administrativ innsparing.

Hvis kommunesektoren får større frihet til å bestemme innholdet og organiseringen av stønadsordningene, antas at det kan være rom for administrative besparelser. Vi finner imidlertid ikke grunnlag for å tallfeste slike besparelser.

Som nevnt, har Rikstrygdeverket i år anskaffet et felles edb-verktøy for kjørekontorene som samordner syketransport. Det kan synes mest rasjonelt at ansvaret for å vedlikeholde, drifte og videreutvikle edb-programmet overlates til en fylkeskommune, og at Rikstrygdeverkets ressursbruk på dette området overføres til vedkommende fylkeskommune. Dette forutsetter at fylkeskommunene ser seg tjent med et felles edb-tilbud for samordning. Det bør trolig etableres et samarbeidsforum mellom fylkeskommunene når det gjelder samordning av transport, og det vil også være behov for kontakt i det praktiske samordningsarbeidet (en del transporter krysser flere fylkesgrenser).

I Ot.prp. nr. 39 (1991-92) tok Sosialdepartementet som utgangspunkt at en overføring av ansvaret for syketransport og skyss av helsepersonell fra folketrygden til kommunesektoren ville innebære en merbelastning på 185 årsverk for kommunesektoren. Dersom syketransport utgjør samme andel av arbeidsmengden ved trygdekontorene nå som dengang (ca. 4,2%), tilsvarer dette om lag 225 årsverk med dagens bemanning på trygdekontorene. I proposisjonen ble det lagt til grunn at kommunesektoren måtte få kompensert dette økonomisk. Det ble forutsatt inndratt like mange stillinger i trygdeetaten som det skulle kompenseres for overfor kommunesektoren. Det het at det i prinsippet burde det skje en kostnadsnøytral overføring av ressurser fra staten til kommunesektoren, men i proposisjonen ble det ansett for nødvendig å tilføre kommunesektoren ekstra midler i en overgangsfase. Dette på grunn av et midlertidig behov for mer midler ved overføringen og etter overføringstidspunktet. I forbindelse med overtakelsen ville det påløpe ekstraordinære kostnader til planlegging, opplæring og informasjon m.v. Kostnadene ville gradvis tas inn igjen i form av rasjonalisering av transporten. I proposisjonen ble det foreslått et midlertidig tilskudd på 5 mill. 1992-kroner per år til dekning av disse kostnadene i en toårsperiode. Det ble for øvrig forutsatt at de 19 stillingshjemlene som transportkonsulent skulle overføres permanent fra trygdeetaten til fylkeskommunene. Stillingene var dengang engasjementer.

I denne rapporten har vi ikke utredet konkrete forslag til lovendringer og andre regelendringer, eller mer praktiske spørsmål knyttet til gjennomføring av en ansvarsoverføring. Slike forhold mener vi bør avklares på et senere tidspunkt.