

# **GJENNOMGANG AV SYKETRANSPORTOMRÅDET**

**Rapport av 30. juli 1999**

## INNHold

Side

1. INNLEDNING .....	1
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Mandat .....	1
1.3 Gjennomføring .....	3
1.4 Mål og resultatkrav .....	4
2. SAMMENDRAG .....	5
2.1 Mål og resultatindikatorer .....	5
2.1.1 Stønadsordningen .....	5
2.1.2 Rikstrygdeverkets styring av etaten .....	5
2.2 Samordningstiltak og ressursbruk .....	6
2.2.1 Samordningstiltak i fylkene .....	6
2.2.2 Ressursbruk/transportkonsulentenes arbeid .....	7
2.3 Rekvirering av syketransport .....	8
2.3.1 Hvem som kan utstede rekvisisjon .....	8
2.3.2 Medisinske vilkår for å utstede rekvisisjon .....	8
2.3.3 Rekvisisjon av kommunikasjonsmessige grunner .....	9
2.4 Regelverket for syketransport .....	9
2.5 Samferdselslovgivningen .....	10
2.6 Annen lovgivning og konkurranseutsetting .....	10
2.7 Effektivisering av kjørekontorer .....	11
2.8 Andre tiltak - samarbeid med fylkeskommunen .....	11
2.9 Økonomiske og administrative konsekvenser .....	12
3. MÅL OG RESULTATINDIKATORER PÅ SYKETRANSPORTOMRÅDET .....	13
3.1 Innledning .....	13
3.2 Dagens regelverk og styringsdokumenter .....	13
3.2.1 Formålsbestemmelser .....	13
3.2.2 Dekningsregler .....	14
3.2.3 Rikstrygdeverkets mål og prioriteringer .....	14
3.3 Stønadsordningen .....	14
3.3.1 Mål for ordningen .....	14
3.3.2 Oppfølgingskriterier .....	14
3.4 Rikstrygdeverkets styring av etaten .....	17
3.4.1 Mål for etatens virksomhet .....	17
3.4.2 Resultatindikatorer .....	19
3.5 Konklusjon .....	21
3.5.1 Stønadsordningen .....	21
3.5.2 Rikstrygdeverkets styring av etaten .....	21
4. SAMORDNINGSTILTAK OG RESSURSBruk .....	23
4.1 Innledning .....	23
4.2 Samordningstiltak i fylkene .....	23
4.2.1 Rikstrygdeverkets mål og prioriteringer .....	23
4.2.2 Tildeling av samordningsmidler til fylkene .....	24
4.2.3 Fylkenes bruk av samordningsmidler .....	25
4.2.4 Vurdering av fylkestyrgdekontorenes bruk av samordningsmidlene .....	26

4.2.5	Resultatopnåelse .....	27
4.3	Ressursbruk/transportkonsulentenes arbeid .....	29
4.3.1	Fylkenes bruk av stillingshjemmelen som transportkonsulent .....	29
4.3.2	Vurdering av fylkenes bruk av transportkonsulent .....	30
4.4	Sammendrag og konklusjoner .....	31
4.4.1	Samordningstiltak i fylkene .....	31
4.4.2	Ressursbruk/transportkonsulentenes arbeid .....	33
5.	REKVIRERING AV SYKETRANSPORT .....	34
5.1	Innledning .....	34
5.2	Regler og retningslinjer for utstedelse av rekvisisjoner .....	34
5.2.1	Hjemmel for å utstede rekvisisjon .....	34
5.2.2	Medisinske vilkår for å utstede rekvisisjon .....	34
5.2.3	Manglende offentlig kommunikasjon som vilkår for å utstede rekvisisjon .....	35
5.2.4	Rekvisisjon skal kun utstedes mellom hjemsted og nærmeste behandlingssted .....	35
5.2.5	Rekvisisjon utstedes under ansvar .....	35
5.3	Praksis og endring av retningslinjer for rekvirering .....	35
5.3.1	Hvem som utsteder rekvisisjon .....	36
5.3.2	Tolkning av det medisinske vilkår for utstedelse av rekvisisjon .....	38
5.3.3	Praksis for rekvisisjon av kommunikasjonsmessige grunner .....	39
5.3.4	Nærmeste sted .....	40
5.4	Forslag til retningslinjer .....	40
5.5	Sammendrag og konklusjoner .....	40
5.5.1	Hvem som kan utstede rekvisisjon .....	40
5.5.2	Medisinske vilkår for å utstede rekvisisjon .....	41
5.5.3	Rekvisisjon av kommunikasjonsmessige grunner .....	42
6.	REGELVERKET FOR SYKETRANSPORT .....	43
6.1	Innledning .....	43
6.2	Lovens bestemmelser .....	43
6.2.1	Dyrere transport på grunn av manglende rutetilbud .....	43
6.3	Forskriften om dekning av reiseutgifter .....	44
6.3.1	Samlet dekning for reise- og oppholdsutgifter (§ 7) .....	44
6.3.2	Begrensning i dekning av oppholdsutgifter (§ 5) .....	45
6.3.3	Overføring mellom helseinstitusjoner (§ 2 nr 1) .....	46
6.3.4	Dekning av tapt arbeidsinntekt ved yrkesskade (§ 8) .....	46
6.3.5	Andre endringer .....	46
6.3.6	Endringer som har vært vurdert .....	47
6.4	Rikstrygdeverkets rundskriv .....	49
6.4.1	Nærmeste sted .....	49
6.4.2	Endringer som har vært vurdert .....	50
6.5	Sammenfatning .....	50
7.	SAMFERDSELSLOVGIVNINGEN .....	52
7.1	Dagens situasjon .....	52
7.2	Evaluering av dagens samferdselslovgivning .....	52
7.2.1	Liten konkurranse med dagens regelverk .....	52
7.2.2	Løyvegrensene som skranke .....	53
7.2.3	Anbefalinger fra Transportøkonomisk institutt (TØI) og Konkurransetilsynet .....	53
7.3	Forslag til endringer av samferdselslovgivningen .....	54

7.3.1 Endring av samferdsforskriften punkt 16 .....	54
7.3.2 Endring av samferdsforskriften punkt 3 .....	54
7.4 Konklusjon .....	55
<b>8. ANNEN LOVGIVNING OG KONKURRANSEUTSETTING .....</b>	<b>56</b>
8.1 Innledning .....	56
8.2 Beskrivelse av nå-situasjonen .....	56
8.3 Konkurransettelse – alternativ 1 .....	57
8.4 Framtiden sett ut ifra det offentliges interesse som transportkjøper – alternativ 2 .....	57
8.5 Tiltakspakke for konkurranseutsetting .....	57
8.5.1 Løyvedistrikt .....	57
8.5.2 Løyvepolitikken .....	57
8.5.3 Fylkeskommunale driftsselskaper .....	58
8.5.4 Konkurransettelse i fylkene .....	58
8.5.5 Tilslutningsplikten ved tildeling av løyver .....	58
8.5.6 Konklusjon .....	58
8.6 Problemer/risiko ved konkurranseutsetting .....	58
8.7 Konkurransetilsynets rapport .....	59
8.7.1 Bakgrunn .....	59
8.7.2 Konkurransetilsynets anbefalinger .....	59
8.7.3 Vurdering av rapporten og Konkurransetilsynets anbefalinger .....	60
8.7.4 Samfunnsøkonomisk gevinst og merkostnader ved samordning av syketransport .....	60
8.8 Nye EØS-regler .....	61
8.9 Anbudstlysning av syketransport .....	61
8.10 Konklusjon .....	62
<b>9. EFFEKTIVISERING AV KJØREKONTORER .....</b>	<b>63</b>
9.1 Edb-verktøy .....	63
9.2 Statistikk .....	63
9.3 Offentlige kjørekontorer .....	64
9.4 Andre tiltak .....	64
9.5 Sammendrag .....	65
<b>10. ANDRE TILTAK - SAMARBEID MED FYLKESKOMMUNEN .....</b>	<b>66</b>
10.1 Innledning .....	66
10.2 Samarbeidspartnere .....	66
10.3 Nåværende samarbeidspartnere .....	66
10.4 Fordeler og ulemper ved samarbeid med fylkeskommunen .....	68
10.4.1 Fordeler .....	68
10.4.2 Ulemper .....	69
10.5 Vurdering .....	70
10.6 Konklusjon .....	70
<b>11. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER .....</b>	<b>72</b>
11.1 Nye samordningstiltak mv. (rapportens punkt 4.2) .....	72
11.2 Stillingene som transportkonsulent (rapportens punkt 4.3) .....	73
11.3 Offentlige kjørekontorer (rapportens punkt 4.2 og 9.3) .....	73
11.4 Praksis for rekvirering (rapportens kapittel 5) .....	74
11.5 Regelverket for syketransport (rapportens kapittel 6) .....	74

11.6 Samferdselslovgivningen (rapportens kapittel 7).....	74
11.7 Konkurranslovgivningen mm (rapportens kapittel 8) .....	74
11.8 Edb-verktøy (rapportens punkt 9.1) .....	74
11.9 Statistikk (rapportens punkt 9.2).....	75
11.10 Rikstrygdeverkets oppfølging .....	76
11.11 Konklusjon .....	76
NOTER .....	77

## VEDLEGG

1. Tabeller
2. Faste kriterier for tildeling av samordningsmidler
3. Retningslinjer for rekvirering av syketransport
4. Kravspesifikasjon – edb-program for samordning av syketransport
5. Statistikkmal for innmelding av resultater ved samordning av syketransport i fylkene

# 1. INNLEDNING

## 1.1 BAKGRUNN

I statsbudsjettet for 1999 er det bevilget 5 mill. kroner 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 (budsjettets kap. 2600 post 01, jf. kap. 2750 post 77). Et flertall i Stortingets sosialkomite har bedt om at det i dette arbeidet inngår en vurdering av virkningen av å knytte det økonomiske ansvaret for transport til det nivå som behandler pasienten (Budsjettinnst S nr 11 (1998-99)).

Sosial- og helsedepartementet har gitt Rikstrygdeverket fullmakt til å gjennomføre arbeidet. Rikstrygdeverket har organisert arbeidet som et prosjekt.

Gjennomgangen av syke transportområdet er et ledd i arbeidet med forbedret styring og resultatoppnåelse av statlige tilskuddsordninger. Siktemålet er å oppnå større grad av formåls- og kostnadseffektivitet i tråd med kravene som stilles i nytt økonomireglement for staten.

Utgiftene til syke transport har på 1990-tallet økt med 51%. I 1998 utgjorde utgiftene til syke transport i overkant av 1 milliard kroner. Siden drosjeutgiftene ble spesifisert på egen konto i 1995, har utgiftene til drosje økt sterkere enn utgiftene til syke transport med andre transportmidler. Den største økningen har skjedd i perioden 1997-1998 da drosjeutgiftene økte med 12%, dvs. 69,2 mill. kroner.

I tabell 1 er utgiftsutviklingen på syke transportområdet sammenholdt med endringer på andre områder i perioden 1990-98. Tallene for sykehus omfatter kun somatiske sykehus. Se også tabell 2, *Oversikt over syke transportutgifter 1989-98* i vedlegg 1 til rapporten.

Tabell 1. Utgiftsutvikling mm på 1990-tallet

	1990	1994	1998	Endring 1990-98
Syke transportutgifter (mill.kr)	716	819	1.081	+ 51,0%
Driftsutgifter, sykehus (mill. kr)	15.948	19.859	28.640	+ 79,6%
Sengeplasser, sykehus (antall)	16.040	14.415	14.454	- 9,9%
Utskrivninger, sykehus (antall)	599.859	623.773	685.723	+ 14,3%
Polikliniske konsult. (antall)	-	2.914.537	3.300.000	-
Sykehusleger (antall årsverk)	4.576	5.057	6.598	+ 44,2%
Befolkning, 80 år og eldre (antall)	159.425	173.480	188.421	+ 18,2%

Kilde: Folketrygdens regnskapstall og Statistisk sentralbyrå (Statistisk årbok og internett)

## 1.2 MANDAT

Rikstrygdeverket har i brev av 15.02.99 til Sosial- og helsedepartementet foreslått følgende mandat for prosjektet:

"I Vurdering av tiltak innenfor dagens ordning

a) Utrede og foreslå mål og resultatindikatorer på syke transportområdet (bl.a. for samordning

av syketransport).

- b) Redegjøre for og vurdere dagens (samordnings)tiltak og ressursbruk, herunder transportkonsulentenes arbeid, sett i forhold til aktuelle mål på området.
- c) Gjennomgå praksis for rekvirering av syketransport, og foreslå retningslinjer for slik rekvirering (medisinske kriterier, hvem som kan rekvirere, rutiner for rekvirering).
- d) Vurdere endringer i regelverket for syketransport med sikte på bedre og mer effektiv bruk av statlige tilskuddsmidler.
- e) Vurdere om samferdselslovgivningen setter skranker for effektiv samordning av syketransport (vedrørende løyvegrensener, drosjemonopol mv.), og om lovgivningen i så fall bør endres.
- f) Vurdere om annen lovgivning (f.eks. konkurranselovgivningen) begrenser mulighetene for en rasjonell og kostnadseffektiv syketransport, og om lovgivningen i så fall bør endres.
- g) Effektivisering av kjørekontorer
  - Utvikle edb-verktøy for samordning av syketransport
  - Utarbeide felles opplegg for registrering av statistikk
  - Opprette offentlig kjørekontor i ett, eventuelt to fylker
  - Vurdere andre utviklings-, effektiviserings- og forbedringstiltak under forutsetning av offentlige kjørekontor.
- h) Vurdere andre utviklings-, effektiviserings- og forbedringstiltak under forutsetning av nåværende ansvarsforhold. Det bør vurderes samarbeidsmuligheter med andre offentlige instanser med ansvar for liknende transporttjenester.
- i) Utrede økonomiske og administrative konsekvenser av forslag/tiltak.

## II Alternativ modell - overføring av ansvaret for syketransport og reiseutgifter for behandlingpersonell

- a) Vurdere å knytte organisasjons-, drifts- og finansieringsansvaret for syketransport og reiseutgifter for behandlingpersonell 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."

Sosial- og helsedepartementet har i brev av 04.03.99 bemerket følgende til mandatets punkt I bokstav g:

"Stortinget har under kap. 2750 syketransport post 77, bevilget 5 mill. kroner til dekning av utgifter i forbindelse med områdegjennomgangen av syketransportområdet, til utarbeidelse av et felles opplegg for registrering av statistikk, et felles edb-system for alle kjørekontorer samt etablering av offentlige kjørekontorer i ett eller to fylker.

Vi registrerer at dette nå er tatt inn i mandatet for områdegjennomgangen.

Vi forutsetter at disse spørsmålene blir behandlet parallelt med områdegjennomgangen og ikke forsinkes. Stortinget har bevilget midlene for 1999 med sikte på at tiltakene blir gjennomført snarest mulig."

Vi oppfatter departementets merknad slik at det skal arbeides med et felles opplegg for registrering av statistikk, et felles edb-system for alle kjørekontorer samt etablering av offentlige kjørekontorer i ett eller to fylker parallelt med områdegjennomgangen.

Departementet har ingen merknader til de øvrige punktene i mandatet.

### **1.3 GJENNOMFØRING**

Som nevnt under punkt 1.1, har Sosial- og helsedepartementet gitt Rikstrygdeverket fullmakt til å gjennomføre arbeidet. Rikstrygdeverket har organisert arbeidet som et prosjekt i regi av Stønadsavdeling III. Det er nedsatt en styringsgruppe og en prosjektgruppe.

Prosjektgruppens bemanning:

- Kjell Arne Nyheim, Sykebehandlingskontoret, RTV (leder)
- Geir Borch Karlsen, prosjektmedarbeider, RTV
- Lise Dalhaug Øhring, prosjektmedarbeider, RTV
- Frode Einar Krokstad, transportkonsulent, fylkestyngdekantoret i Akershus (inntil 50% stilling).

Styringsgruppe:

- Ass. trygdedirektør Per Knudsen, RTV (leder)
- Avdelingsdirektør Tone Mørk, S III, RTV
- Fylkestyngdedirektør Sven Arild Hansen, Aust-Agder
- Forsker Edvin Frøysadal, Transportøkonomisk institutt
- Rådgiver Ingunn Botheim, Statskonsult (deltar på konsultativ basis)
- Underdirektør Knut Bjørn Christophersen, Sosial- og helsedep. (bare mandatets del II)
- Seniorrådgiver Lars Hansson, Finansdepartementet (bare mandatets del II)
- Rådgiver Odd Vegsund, Kommunal- og regionaldepartementet (bare mandatets del II)

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

Representantene fra Sosial- og helsedepartementet, Finansdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet er oppnevnt som deltakere i styringsgruppen i forbindelse med mandatets del II.

Arbeidet i styringsgruppen er lagt opp slik at representantene fra departementene har møterett også under behandling av mandatets del I. Alle dokumenter til møter i styringsgruppen sendes til samtlige deltakere i styringsgruppen.

Styringsgruppen har foreløpig hatt tre møter (14. april, 18. mai og 23. juni).

Sosial- og helsedepartementet har bestemt at områdegjennomgangen (mandatets del I) skal gjennomføres innen ca. 1. august 1999. Foreløpig rapport ble avgitt til departementet 1. juni 1999.

Mandatets del II skal gjennomføres i perioden 1. august - 31. desember 1999.

Prosjektets leveranser er en foreløpig rapport for mandatets del I per 1. juni 1999, en endelig rapport for del I per 30. juli 1999, og en rapport for mandatets del II innen utgangen av 1999. Rapportene avgis til Sosial- og helsedepartementet.

## **1.4 MÅL OG RESULTATKRAV**

### Mål

1. Målsettingen med gjennomgangen av syketransportområdet er å oppnå større grad av formåls- og kostnadseffektivitet i tråd med kravene som stilles i nytt økonomireglement for staten (St prp nr 1 (1998-99)). Det er viktig at medlemmets lovfestede rettigheter samtidig ivaretas.
2. Siktemålet med et felles edb-system for kjørekontorene er å effektivisere arbeidet med samordning av drosjeturer og dermed oppnå reduksjoner i transportutgiftene, samt å legge til rette for registrering av felles landsdekkende statistikk.
3. Et felles opplegg for registrering av statistikk vil gi bedre dokumentasjon av oppnådde resultater når det gjelder samordning av syketransport, og et bedre beslutningsgrunnlag for myndighetenes styring av området.
4. Det er en målsetting at fylker som i dag har kjørekontorer som drives av private i stedet skal opprette kjørekontorer i offentlig regi.

### Resultatkra

1. Foreslå indikatorer og tiltak som kan gi større grad av formåls- og kostnadseffektivitet på syketransportområdet samtidig som medlemmets lovfestede rettigheter ivaretas.
2. Utvikle et edb-program for samordning av syketransport som kan tas i bruk av kjørekontorene.
3. Utarbeide og ta i bruk et felles opplegg for registrering av statistikk.
4. Etablere offentlige kjørekontorer i to fylker.

## 2. SAMMENDRAG

### 2.1 MÅL OG RESULTATINDIKATORER

#### 2.1.1 Stønadsordningen

Ut fra regelverk og styringsdokumenter foreslår prosjektet følgende målsetting for stønadsordningen:

- Å gi hel eller delvis dekning av nødvendige utgifter til syketransport på billigste forsvarlige måte.

Følgende oppfølgingskriterier foreslås:

- Brukertilfredshet. Prosjektet mener at det med mellomrom bør gjennomføres undersøkelser av brukernes tilfredshet med trygdens stønad til syketransport.
- Korrekt ytelse. Vi går inn for at det med mellomrom foretas gjennomgang av et tilfeldig utvalg enkeltsaker som en indikator på om utgiftsdekning gis i samsvar med reglene.
- Utgiftsutviklingen. Dette anses som et sentralt oppfølgingskriterium, men samtidig er det viktig å påpeke hvilke faktorer som påvirker utgiftene til syketransport.
- Andel rutegående transport av totale utgifter til syketransport. Målsettingen er at rimelig rutegående transport skal benyttes i størst mulig grad.
- Samordningsgrad for dør-til-dør transport (drosjetransport). Samordningsgraden bør være minst 1,3. Foreløpig har vi ikke pålitelige tall for samordningsgrad fra alle landets fylker, men vi regner med at et felles datagrunnlag vil foreligge etter innføring av et felles edb-system for kjørekontorene.

Utgiftsutviklingen, andel rutegående transport og samordningsgrad foreslås som løpende, årlige oppfølgingskriterier, mens de andre kan benyttes mer sporadisk.

#### 2.1.2 Rikstrygdeverkets styring av etaten

Trygdeetaten har ansvaret for gjennomføring av stønadsordningen for syketransport. Prosjektet foreslår følgende konkrete mål for etatens virksomhet og resultatoppnåelse på syketransportområdet:

- Bidra til å begrense behandleres rekvisisjon av drosje og annen dyrere transport til det som er strengt nødvendig.
- Mest mulig effektiv samordning av syketransport. Dvs. flest mulig pasienter per drosjetur, utnyttelse av betalt retur-transport, at alle lengre turer bestilles gjennom kjørekontor og bruk av tilbringerdrosjer når dette er rasjonelt. Videre at det etableres kjørekontorer i offentlig regi og at det tas i bruk et felles edb-system for kjørekontorene og lik statistikk-rapportering. Samordningstiltakene i det enkelte fylke bør gi innsparinger som er vesentlig større enn de administrative utgiftene til samordning i fylket.

- Å oppnå lavest mulig pris for syketransport.

Som resultatindikatorer foreslås følgende:

- Antall rekvisisjoner for syketransport med drosje. Ulikheter mellom fylkene, eller endringer over tid, kan danne grunnlag for tiltak i ett eller flere fylker. Per i dag finnes det ikke tilgjengelig statistikk for antall rekvisisjoner fra alle fylker. Slike tall bør hentes ut maskinelt med kjørekontorenes edb-program og data fra drosjene som kilde.
- Antall fylker med kjørekontorer i offentlig regi.
- Det bør utvikles resultatindikatorer for kjørekontorenes virksomhet som viser beregnet innsparing, seteutnyttelse og utnyttelse av betalte returer (antall turer og antall passasjerer). Resultatindikatorene bør genereres maskinelt fra et edb-program for kjørekontorene (evt. kombinert med data fra drosjenes taksametre).
- Antall og innhold av prisavtaler med transportører.

De foreslåtte resultatindikatorer benyttes dels av Rikstrygdeverket allerede i dag. Indikatorene for rekvisisjoner og kjørekontorenes virksomhet er mangelfulle på grunn av et dårlig datagrunnlag, og vil neppe kunne brukes til å gi pålitelige tall for hele landet i år 2000.

## **2.2 SAMORDNINGSTILTAK OG RESSURSBRUK**

### **2.2.1 Samordningstiltak i fylkene**

#### Samordningsmidler

Samordningsmidlene har hittil ikke blitt tildelt etter faste kriterier, og det har ikke vært noen klar sammenheng mellom de utgiftene som påløper til syketransport i et fylke, og størrelsen på tildelte samordningsmidler.

Samordningsmidlene synes stort sett å ha blitt benyttet i samsvar med tildelingskriteriene, som er å dekke administrative kostnader i forbindelse med samordning av syketransport. Noen fylker har også benyttet midlene til andre kostnadsbesparende tiltak, som å utstede og bestille billetter til rutegående transport for å oppnå rabatter og gi medlemmene god service.

Forslag fra prosjektet:

- Det utarbeides faste kriterier for fordelingen av samordningsmidler til fylkene. Det bør ligge et fast beløp i bunnen som alle fylkestrygdekontorene får tildelt.
- Samordningsmidlene skal benyttes til å dekke administrative utgifter i forbindelse med samordning av syketransport. Andre kostnadsdempende tiltak som ønskes dekket av samordningsmidlene må eventuelt godkjennes av Rikstrygdeverket (for eksempel reisebyråtenester).

#### Samordningstiltak

I løpet av 1999 vil det være kjørekontorer i alle fylker, og det vil bare være 4 fylkestrygdekontorer som fremdeles kjøper samordningstjenester av drosjenæringen.

Ansatte på drosjesentraler og liknende har ikke samme kjennskap til trygdefaglige regler som ansatte på offentlige kjørekontorer, og medlemmet kan ikke få et helhetlig tilbud på en drosjesentral. Fylkestrygdekontorer som kjøper tjenester fra fylkeskommunen, har erfart at ansatte ved kjørekontorer i regi av fylkeskommunen har god kjennskap til trygdefaglige regler, og gir pasienter, rekvirenter og andre berørte et godt tilbud.<sup>1</sup>

Rikstrygdeverkets resultatindikator for samordning har vært at samordningsgraden skal være minst 1,3 for alle turer i fylket. Det har vært store variasjoner når det gjelder hvordan fylkene har regnet ut samordningsgraden, og fylkenes tall er derfor ikke sammenliknbare. Det er bare 13 fylker som har oppgitt samordningsgrad for hele fylket (for Nordland benyttes tall fra 1997), og av disse oppnådde 7 av fylkene målet om en samordningsgrad på 1,3. Det var 5 fylker som bare oppga samordningsgraden for turer innmeldt til kjørekontoret, og alle disse hadde en samordningsgrad på over 1,3. Tall for samordningsgrad mangler fra 2 fylker. Fra 2. halvår 1999 er det satt krav om tilbakemelding etter en ny statistikkmal, og vi regner med at dette vil gi mer sammenliknbare data, selv om ikke alle fylker foreløpig kan levere alle tall som ønskes.

Det antas at trygden sparer betydelige beløp pga. samordning av syketransport, men sikre tall for innsparing mangler. I en rapport fra 1998 antok Transportøkonomisk institutt (TØI) at trygden i 1997 sparte 110 mill. kroner pga. samordning (TØI særtrykk131/1998). De fylkene som har estimert hvor mye de sparer på å samordne syketransport etter at det er gjort fratrukk for ekstra kjørte km og ekstra ventetidskostnader, har regnet ut at trygden sparer mellom 4 og 7 kroner per tildelt samordningskrone. Grunnlagsmaterialet er for dårlig til å kunne si at innsparingen per tildelt samordningskrone generelt vil ligge mellom 4 og 7 kroner, men det synes klart at innsparingspotensialet er betydelig.

Det er ønskelig å utvide samordningstiltakene i Nordland og Akershus slik at begge fylkene kan samordne syketransport i hele fylket. Ved å øke tildelingen til de to fylkene med 1,4 mill kroner, regner fylkestrygdekontorene med en innsparing på minimum 6 mill kroner totalt (sannsynligvis mer).

Forslag fra prosjektet:

- Det opprettes kjørekontorer i offentlig regi i de resterende fire fylker hvor drosjenæringen utfører samordningsarbeidet.
- Det iverksettes ytterligere samordningstiltak i Nordland og Akershus.

### **2.2.2 Ressursbruk/transportkonsulentenes arbeid**

Fylkestrygdekontorene har fått tildelt en egen stillingshjemmel for å arbeide med samordning av syketransport. I noen grad benytter fylkestrygdekontorene stillingen til andre oppgaver. Dette gjelder først og fremst arbeid med andre kostnadsdempende tiltak på syketransportområdet, for eksempel å følge opp at rekvirentene følger regelverket.

En kartlegging viser at det bare er 9 fylker som benytter en full stillingshjemmel til å arbeide med syketransport, herunder samordning.

Forslag fra prosjektet:

- Stillingshjemmelen som transportkonsulent kan bare benyttes til kostnadsdempende tiltak på

syketransportområdet.

- Siden den tildelte stillingshjemmelen som transportkonsulent og tildeling av samordningsmidler har samme formål, bør det gjøres fratrukk i samordningsmidler for eventuell andel av transportkonsulentstillingen som ikke benyttes.

## **2.3 REKVIRERING AV SYKETRANSPORT**

### **2.3.1 Hvem som kan utstede rekvisisjon**

Slik det er nå, er det bare lege, jordmor, fysioterapeut og psykolog som kan utstede rekvisisjon for dyrere transport/ekstraskyss. En del fylkestyngdekontorer og behandlerforeninger mener vi bør åpne for at alle behandlere med refusjonsrett kan utstede rekvisisjon for ekstraskyss, dvs. også kiropraktor, tannlege og logoped/audiopedagog. Dette vil forenkle oppgjøret og sikre like praktiske ordninger for alle pasientgrupper.

Det har videre kommet tilbakemeldinger fra fylker og større helseinstitusjoner om at det er behov for at også annet helsepersonell enn medisinske behandlere skal kunne utstede rekvisisjoner.

Prosjektets forslag:

- Alle behandlere med refusjonsrett etter folketrygdloven kapittel 5, kan utstede rekvisisjon for syketransport som kan inngå i krav om direkte oppgjør.
- Ved godkjente helseinstitusjoner gis direktøren adgang til å delegere ansvaret for å rekvirere dyrere transport/ekstraskyss til annet helsepersonell enn behandlere nevnt i folketrygdloven kapittel 5, dvs. til sykepleier og helsepersonell som er faglig ansvarlig ved røntgenavdeling og laboratorium.

### **2.3.2 Medisinske vilkår for å utstede rekvisisjon**

Fylkene melder om at mange behandlere viser en liberal og vilkårlig holdning til å utstede rekvisisjoner. Det er per i dag ikke gitt nærmere retningslinjer for hva som forstås med ”helsemessige grunner” for å kunne bruke dyrere transport.

Prosjektet foreslår:

- Behandlere kan utstede rekvisisjon for dyrere transport/ekstraskyss, for eksempel ”dør til dør” transport, dersom
  - det vil medføre urimelig ulempe for pasienten å benytte billigste rutegående transport, og
  - ulempen skyldes forhold ved pasientens helsetilstand.
  -
- Det skal ikke utstedes rekvisisjon dersom ulempen er av en slik karakter at den kan avhjelpes ved for eksempel:
  - at sjåfør eller liknende hjelper pasienten ved på- og avstigning
  - følgehjelp
  - tilbringerdrosje til nærmeste rutegående transport (rekvisisjon utstedes for denne strekningen).

- 
- I vurderingen av om det skal utstedes rekvisisjon for dyrere transport/ekstraskyss skal det foretas en helhetsvurdering av pasientens helsetilstand hvor det bl.a. kan legges vekt på:
  - om pasienten har store inn- og avstigningsvansker
  - om pasienten har store sittevansker
  - om pasienten har betydelig redusert orienteringsevne, utover alminnelig alderdomssvakhet
  - om pasienten av psykiske årsaker ikke kan ta rutegående transport.
- 
- Behandler kan ikke utstede rekvisisjon for dyrere transport/ekstraskyss pga. begrenset rutetilbud, eller mangel på rutegående transport. I slike tilfeller må pasienten ta kontakt med trygdekontor eller kjørekontor.
- Retningslinjer for når behandlere kan rekvirere dyrere transport trykkes opp og distribueres til rekvirentene.

### **2.3.3 Rekvisisjon av kommunikasjonsmessige grunner**

Prosjektet mener trygdekontor/kjørekontor i trygdens regi bør kunne utstede rekvisisjon for dyrere transport/ekstraskyss uavhengig av medisinske grunner dersom vilkårene nedenfor er oppfylt:

- Pasienten skal ikke vente mer enn 3 timer før oppsatt time. Det samme gjelder etter behandling.
- For reiselengde over 20 mil hver vei, foreslås følgende: Hvis reisetid med billigste rutegående transportmiddel en vei er mer enn 4 ganger så lang som reisetiden med dyrere transport, kan trygdekontoret utstede rekvisisjon for ekstraskyss uavhengig av medisinske vilkår.

## **2.4 REGELVERKET FOR SYKETRANSPORT**

Prosjektet forslår følgende endringer i regelverket for syketransport:

- Det er innarbeidet praksis at utgifter til dyrere transport dekkes når det ikke går rutegående transport. Praksisen foreslås lov- og forskriftsfestet.
- I stedet for dekning av transportutgifter, kan utgifter til kost og losji dekkes utover satsene i forskriftens § 3 til 5 når dette samlet sett gir lavere utgifter til reise og opphold for trygden. Eventuelt kan forslaget bare gjelde overnattingsutgifter.
- Forskriftsbestemmelsen om begrensning i dekning av oppholdsutgifter (§ 5) bør utgå. Sekundært foreslås at taket for utgiftsdekning blir det samme enten oppholdet ved behandlingsstedet varer mer eller mindre enn seks døgn.
- Syketransportutgifter som gjelder overføring av pasienter mellom helseinstitusjoner skal ikke dekkes av trygden (endring av forskriftens § 2 nr 1 fjerde ledd) .
- Det gis ikke dekning av tapt arbeidsinntekt ved yrkesskade (forskriftens § 8 utgår).

- Trygden dekker bare reiseutgifter til nærmeste behandlingssted (forskriftens § 2 nr 1). Kommune og fylkeskommune bør få et økonomisk ansvar for dekning av reiseutgifter til et fjernere behandlingssted i de tilfeller ventetiden for behandling på nærmeste sted er urimelig lang, eller det ikke gis et behandlingstilbud i kommunen/fylket.
- Forskriftsbestemmelsen om forhåndsgodkjenning (§ 1 nr 2) bør utgå. En eventuell opphevelse bør ses i sammenheng med tilsvarende bestemmelse på andre områder av lovens kapittel 5. Det foreslås også en språklig forenkling i forskriftens § 1 nr 1.

## 2.5 SAMFERDSELSLOVGIVNINGEN

Det er på det rene at samferdselslovgivningen setter skranker for en effektiv samordning av syketransport. Løyvegrensene fører til at det bare er pasienter til og fra løyvehavers stasjoningssted som kan samordnes. På transporter som passerer flere løyvedistrikt, kan dette medføre at trygden betaler for flere transporter i samme retning som alle har ledig kapasitet. Dersom løyvegrensene oppheves helt eller delvis, vil dette sikre en mer effektiv bruk av trygdens og samfunnets ressurser. Dette vil både redusere antall transporter fordi flere pasientreiser kan samordnes, og redusere trygdens utgifter.

Prosjektet foreslår primært en total opphevelse av løyvegrensene for syketransport. Dette vil være det beste virkemiddel for å sikre en effektiv samordning fordi mulighetene til å fylle opp både transporter inn til behandlingstilbudene, og de allerede betalte returene, øker.

Dersom de negative konsekvensene ved å oppheve løyvegrensene totalt sett blir for store (nedbygging av løyver som fører til manglende tilgjengelighet og dårlig kjennskap til lokale forhold), foreslår vi at løyvegrensene oppheves for returtransport. De offentlige kjørekontorene vil da kunne få en effektiv utnyttelse av de allerede betalte returene fordi alle pasienter som skal i retning av løyvehavers stasjoningssted kan samordnes.

De fleste kjørekontor vil kunne oppnå en effektiv samordning ved at løyvegrensene innad i fylket oppheves. Den største andelen utgifter til syketransport skyldes transporter innad i et fylke. Innenfor gjeldende regelverk har den enkelte fylkeskommune hjemmel til å bestemme at hele fylket skal være et løyvedistrikt, jf. forskrift om persontransport utenfor rute, punkt 3. Dersom ikke løyvegrensene for syketransport oppheves totalt, foreslår prosjektet at forskriftens punkt 3 endres slik at det enkelte fylket alltid skal utgjøre ett løyvedistrikt for syketransport.

Følgende konkrete endringer i regelverket foreslås:

### 1. Opphevelse av løyvegrenser:

1.1 Forskriften om persontransport utenfor rute punkt 3 får et tillegg: ”For offentlig betalt syketransport utgjør hele landet et løyvedistrikt”.

Subsidiært ønskes endring i samsvar med 1.2 og 1.3 nedenfor:

1.2 Forskriften om persontransport utenfor rute punkt 16 får et tillegg: ”For transporter som er bestilt gjennom et offentlige kjørekontor, kan det tas med passasjerer til mellomliggende eller tilstøtende løyvedistrikt på vei tilbake til eget løyvedistrikt”.

1.3 Forskriften om persontransport utenfor rute punkt 3 får et tillegg: ”For offentlig

betalt syketransport skal fylket utgjøre et løyvedistrikt”.

## **2.6 ANNEN LOVGIVNING OG KONKURRANSEUTSETTING**

Syketransportprosjektet konkluderer med at:

- Innkjøp av persontransport dør-til-dør for trygden bør legges ut på anbud der det finnes, eller kan oppstå virksom konkurranse.
- Samarbeid med fylkeskommunen kan medføre at trygden i en forhandlings situasjon blir en sterkere part, og dermed kan oppnå bedre priser. Slikt samarbeid anbefales.
- Det er viktig å løsrive kjørekontorene fra transportnæringen der det kan tenkes konkurranse mellom flere transportleverandører.
- Det bør jobbes aktivt både på fylkesnivå og i forhold til Samferdselsdepartementet for å åpne for å bringe alternative transportører på banen i konkurranse med drosjene.

Anbefalingene er i tråd med konklusjonene i rapport fra Konkurransetilsynet av 30. april 1999. Enkelte av forslagene berøres ikke i Tilsynets rapport.

## **2.7 EFFEKTIVISERING AV KJØREKONTORER**

### Edb-verktøy

Det er laget utkast til kravspesifikasjon av et edb-verktøy for samordning av syketransport.

Rikstrygdeverket har sendt ut innbydelse til aktuelle leverandører om å komme med tilbud på levering av et edb-program, og etter å ha gjennomført forhandlinger er leverandøren Nera MobilData as og programmet TR-Handy valgt. Edb-programmet planlegges tatt i bruk ved noen kjørekontorer innværende år, og tilbudt de resterende kjørekontorer i år 2000.

### Statistikk

Rikstrygdeverket har sendt ut en felles statistikkmal for samordning av syketransport. Malen skal tas i bruk av fylkestygdekontorene fra 2. halvår 1999.

### Offentlige kjørekontorer

Hordaland og Møre og Romsdal har fått tilsagn om ekstra midler til etablering av kjørekontorer i offentlig regi. Fylkestygdekontorene har forpliktet seg til oppstart av offentlige kjørekontorer senest fra 01.10.99.

### Andre tiltak

Prosjektet foreslår at det tas i bruk et felles 815-nummer som alle kjørekontorer i landet kan kople seg opp mot. På større institusjoner kan det være ønskelig med et samlingspunkt for syketransport, et ”transporthjørne”. Der kan man også ha en ”telefonboble” hvor man får direkte kontakt med kjørekontoret ved å løfte av røret. En del kjørekontorer bør trolig benytte tilbringerdrosjer i større grad enn i dag. Prosjektet mener dessuten at det bør utarbeides felles instruks/retningslinjer for kjørekontorenes virksomhet.

## **2.8 ANDRE TILTAK – SAMARBEID MED FYLKESKOMMUNEN**

Prosjektet har trukket følgende konklusjoner når det gjelder samarbeid mellom fylkeskommunen og trygden:

- Et nært samarbeid på syke transportområdet mellom trygden og fylkeskommunen anbefales. Dette gjelder både i forhold til samferdsels- og helse- og sosialavdelingen i fylkeskommunen.
- Felles kjørekontor for all offentlig transport i fylket anbefales i den grad fylkestrygdekontoret finner at dette vil gi effekter og innsparinger på stønadsbudsjettet, ut over det et kjørekontor i regi av trygden alene kan gi.
- Et felles edb-program for trygden bør stilles til disposisjon for de felles kjørekontorene. Det vil likevel være opp til det enkelte felles kjørekontor om de finner det økonomisk riktig å ta dette i bruk. Ekstra kostnader ved evt. dyrere edb-system kan ikke dekkes av trygden, med mindre det dokumenteres at dette gir innsparinger ut over kostnadene.
- De samme krav til effektivitet og innsparing, samt statistikk må stilles til de felles kjørekontorer som til trygdens.

## **2.9 ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER**

Prosjektet foreslår at følgende beløp legges inn i statsbudsjettet for neste år:

- 1,5 mill. kroner til videre arbeid med trygdens edb-verktøy for samordning av syke transport. Midlene skal finansiere "support" og videreutvikling, samt implementering av edb-verktøyet ved flere kjørekontorer (herunder oppgradering av nødvendig edb-utstyr).
- 0,7 mill. kroner til dekning av noe høyere driftsutgifter ved de offentlige kjørekontorene i Hordaland og Møre og Romsdal i forhold til tidligere tiltak i disse fylkene i regi av drosjenæringen.
- 2,5 mill. kroner til etablering av nye offentlige kjørekontorer i år 2000.
- 1,4 mill. kroner til dekning av nye samordningstiltak i Nordland og Akershus
- 0,4 mill. kroner til dekning av ett årsverk i Rikstrygdeverket for oppfølging av kostnadsdempende tiltak på syke transport-området.

Under forutsetning av at årets bevilgning på 5 mill. kroner videreføres neste år, foreslås en tilleggsbevilgning på 1,5 mill. kroner i budsjettet for år 2000.

Innsparingen ved å iverksette nye samordningstiltak i Nordland og Akershus antas å overstige de økte administrative utgiftene i betydelig grad. Fylkestrygdekontorene anslår at besparelsene til sammen vil utgjøre minst 6 mill. kroner. I år 2000 oppnås full effekt av de offentlige kjørekontorene som etableres i Hordaland og Møre og Romsdal, og dette må antas å gi tilsvarende eller større innsparing (ifølge beregninger fra Transportøkonomisk institutt i 1998 ville en økning i samordningsgraden i Hordaland til 1,3 gi 6,9 mill kroner i økt innsparing). Det er videre grunn til å regne med at etablering av nye offentlige kjørekontorer og utgifter til et edb-verktøy for kjørekontorene vil gi besparelser som overstiger de økte administrative utgiftene. Samlet sett anslås de foreslåtte tiltak å gi en innsparing på minst 15-20 mill. kroner.

Effekten av forslag som gjelder samferdselsloven, konkurranselovgivningen og regelverket for syke transport kan ikke anslås med konkrete beløp, og vil være tiltak på noe lengre sikt.

### **3. MÅL OG RESULTATINDIKATORER PÅ SYKETRANSPORTOMRÅDET**

**Mandatets punkt 1 a: "Utrede og foreslå mål og resultatindikatorer på syke transportområdet (bl.a. for samordning av syke transport)"**.

#### **3.1 INNLEDNING**

Statens økonomireglement kapittel 13 omhandler stønad til privatpersoner. Noen av de elementer i økonomireglementet som gjelder tilskuddsordninger er også aktuelle for stønad til privatpersoner. Disse er:

- formulering av målsetting for hver ordning
- utarbeidelse av oppfølgingskriterier som svarer til Stortingets intensjon med bevilgningen
- utforming av rapportmetoder om resultatene i henhold til fastsatte kriterier
- evaluering av om man oppnår de fastsatte målsettinger.

Vi har forholdt oss til disse elementene i økonomireglementet i vurderingen av mål og resultatindikatorer på syke transportområdet.

Prosjektet har:

1. Vurdert mål og oppfølgingskriterier for *stønadsordningen* som sådann. Det vil særlig si hva Stortinget bør informeres om i forbindelse med proposisjonen om statsbudsjettet, og informasjon til departementet i den forbindelse.
2. Vurdert mål og resultatindikatorer for *Rikstrygdeverkets styring av etaten*, dvs. måloppnåelsen på stønadsområdet når det gjelder forhold etaten kan påvirke.

Rikstrygdeverket har i tillegg et ansvar for *gjennomføring* av stønadsordningen for syke transport.

#### **3.2. DAGENS REGELVERK OG STYRINGSdokumenter**

##### **3.2.1 Formålsbestemmelser**

Etter folketrygdloven § 5-1 er formålet med stønad etter lovens kapittel 5 å gi hel eller delvis kompensasjon for nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom mv.

I St prp nr 1 (1998-99) heter det at hensikten med stønad etter lovens § 5-16 til 5-18 er å gi kompensasjon for nødvendige utgifter til reise til lege eller sykehus o.l. I proposisjonen bemerkes videre at det er et siktemål å oppnå større grad av formåls- og kostnadseffektivitet på syke transportområdet i tråd med kravene som stilles i nytt økonomireglement for staten.

Rikstrygdeverket har i rundskriv anført at formålet med bestemmelsene om dekning av reiseutgifter er å sikre at lange avstander og økonomiske forhold ikke skal hindre den enkelte i å få dekket sitt behov for nødvendig undersøkelse og behandling.

### 3.2.2 Dekningsregler

Folketrygdloven § 5-16 til 5-18 fastslår at trygden yter stønad til dekning av nødvendige utgifter ved reise for å få undersøkelse eller behandling som går inn under lovens kapittel 5.

§ 5-16 bestemmer at reiseutgifter dekkes til nærmeste sted der helsetjenesten kan gis. Ved beregning av stønaden skal takst for billigste reisemåte med rutegående transportmiddel legges til grunn, med mindre helsetilstanden gjør det nødvendig å nytte dyrere transport. Da dekkes de nødvendige utgifter som dette medfører.

Utgifter til kost og overnatting dekkes etter fastsatte satser med hjemmel i lovens § 5-17.

Utgifter til nødvendig ledsager godtgjøres etter lovens § 5-18, og skal dekke nødvendige reise- og oppholdsutgifter og kompensere for ledsagers tap av arbeidsinntekt.

### 3.2.3 Rikstrygdeverkets mål og prioriteringer

I Rikstrygdeverkets styringsdokument "Mål og prioriteringer for 1999" er følgende tiltak satt opp under området syketransport:

- alle fylker som har private kjørekontorer skal arbeide med å etablere kjørekontorer i offentlig regi
- kjørekontorer som er etablert i regi av parter som har økonomisk interesse i syketransport, bør avvikles i løpet av 1999
- samordningen av syketransport skal være på minst 1,3
- det skal forhandles med transportørene om pris for syketransport slik at utgiftene blir lavest mulig
- det skal gjennomføres tiltak overfor behandlere/sykehus slik at rekvireringen av syketransport med drosje blir lavest mulig
- Rikstrygdeverket vil vurdere hvordan refusjon av reiseutgifter kan gjøres på en enklere måte, både med tanke på praktisering av eksisterende regelverk og med tanke på endringer i regelverket.

Rikstrygdeverkets mål og tiltak knytter seg i all hovedsak til arbeidet med effektivisering av samordning av syketransport med drosje.

## 3.3 STØNADSORDNINGEN

### 3.3.1 Mål for ordningen

Ut fra regelverk og styringsdokumenter foreslår vi at følgende settes opp som målsetting for stønad til syketransport:

Å gi hel eller delvis dekning av nødvendige utgifter til syketransport på billigste forsvarlige måte.
---

### 3.3.2 Oppfølgingskriterier

En vurdering av måloppnåelse på dette området kan bare i noen grad baseres på kilder som regnskapstall, statistikk og innrapportering fra fylkestrygdekontorene. Det vil i tillegg være nødvendig å foreta evalueringer med mellomrom.

Prosjektet foreslår følgende oppfølgingskriterier for stønadsordningen:

- brukertilfredshet
- korrekt ytelse
- utgiftsutviklingen
- andel rutegående transport av totale utgifter til syke transport
- samordningsgrad for dør-til-dør transport (drosjetransport)

#### Brukertilfredshet

Folketrygdens dekningsnivå for utgifter til syke transport er et resultat av politiske beslutninger. Dekningsnivået følger av lov og forskrift og vedtak i forbindelse med budsjettbehandlingen i Stortinget. Hvilke helsetjenester trygden dekker reise til er likeledes fastsatt i lov og forskrift.

Spørreundersøkelser blant brukerne kan gi et bilde av om medlemmene er fornøyd med stønadsordningen, om ordningen "treffer" godt. Slike undersøkelser kan også si noe om i hvilken grad tiltak for å begrense utgiftene (eksempelvis samordning) oppfattes som byrdefulle.

Prosjektet anser at det med mellomrom bør gjennomføres undersøkelser av brukernes tilfredshet med stønadsordningen for syke transport.

#### Korrekt ytelse

Gjennomgang av saksbehandlingen i et tilfeldig utvalg enkeltsaker kan være indikator for om utgiftsdekning gis etter reglene. Det er videre en mulighet å systematisere klageinngangen for å få et inntrykk av situasjonen på stønadsområdet

Prosjektet foreslår at det med mellomrom foretas en gjennomgang av et tilfeldig utvalg enkeltsaker som en indikator på om utgifter dekkes i samsvar med reglene.

En slik gjennomgang vil neppe kunne avdekke et eventuelt overforbruk av stønad utover direkte misbruk eller feilaktig innvilgelse fra trygdekontorets side. Det vil være vanskelig å vurdere om reise til behandling er nødvendig eller unødvendig helsemessig sett.

Det kan være enklere å skaffe indikasjoner på mulig underforbruk av reisestønad. Gjennom spørreundersøkelser kan det innhentes informasjon om brukernes kjennskap til og utnyttelse av ulike stønadsformer. Spørreundersøkelser vil kunne avdekke i hvilken grad brukere som har rett til dekning av syke transportutgifter, faktisk får slike utgifter dekket. Syke transport kan eventuelt inngå i generelle brukerundersøkelser om trygd.

#### Utgiftsutviklingen

Trygdeetatens regnskapstall for utgifter til syke transport viser kostnadssutviklingen over tid fordelt på ulike transportmidler.

Endringer i utgiftene per reise kunne være et interessant oppfølgingskriterium, men per i dag er det ikke mulig å hente ut opplysninger om dette fra trygdens edb-system. På noe sikt vil dette

imidlertid kunne bli et aktuelt oppfølgingskriterium.

Når utgiftene til syketransport stiger, kan dette skyldes forhold som ligger utenfor trygdeetatens kontroll. Utgiftsøkning kan bl.a. skyldes takstøkninger, endret organisering av helsetjenestjenesten, endret rekvisisjonspraksis blant behandlere osv. Det er viktig at ulike årsaker til utgiftsvekst framkommer i rapportering til departement og Storting.

Prosjektet mener at utgiftsutviklingen er et sentralt oppfølgingskriterium. Samtidig er det viktig å påpeke hvilke faktorer som påvirker utgiftene til syketransport.

#### Andel rutegående transport av totale utgifter til syketransport

I forskriften om dekning av reisutgifter heter det at billigste reisemåte med rutegående transportmiddel legges til grunn for beregning av trygdens stønad, med mindre pasientens helsetilstand gjør det nødvendig med dyrere transport. I dette ligger det en målsetting om å begrense trygdens utgifter – folketrygden dekker bare transport med rimeligste forsvarlige transportmiddel.

Det er ikke opp til brukeren å bestemme hvilket transportmiddel trygden skal dekke. Utgangspunktet er at reiseutgifter dekkes etter takst for billigste reisemåte med rutegående transport. Etter gjeldende retningslinjer må behov for dyrere transport attesteres av medisinsk behandler. Behandlere kan rekvirere f.eks. drosjetransport for pasienten. Trygdekontor kan attestere bruk av drosje hvis årsaken er at det ikke går rutegående transport på strekningen.

Pasientens helsetilstand og behandleres rekvisisjons- og attestasjonspraksis er bestemmende for bruken av drosje mv. Det vil være en målsetting å begrense bruken av drosje og annen dyrere transport til det som er strengt nødvendig.

Utviklingen over tid når det gjelder utgifter til rimelig rutegående transport i forhold til utgifter til dyrere transport kan være et kriterium for måloppnåelse. Folketrygdens regnskapstall for syketransport er inndelt i konti for drosje, eget transportmiddel, rutefly, annen rutegående transport og båt (ambulanserbåt og annen båt).

Utgiftsandelen for rutegående transport unntatt rutefly i forhold til totale utgifter til syketransport foreslås som oppfølgingskriterium for målsettingen om bruk av billigste reisemåte.

#### Samordningsgrad for dør-til-dør-transport (drosjetransport)

Det bevilges hvert år midler til å dekke administrative kostnader ved samordning av syketransport. Midlene finansierer drift av kjørekontorer mv. som samordner syketransport med drosje mv.

Bruken av administrative midler på dette området har til formål å dempe eller stanse veksten i folketrygdens utgifter til syketransport. En planmessig samordning forutsettes å gi innsparinger minst tilsvarende de administrative utgifter (St prp nr 1 (1993-94), (1996-97) m.fl., kap. 2750 post 77).

Noe forenklet er formålet med kjørekontorenes virksomhet å sørge for at pasienter som reiser samme strekning til behandling og trenger drosje, reiser sammen i drosjen, samt å utnytte drosjens ledige returkapasitet. En indikator for resultatene av arbeidet med å oppnå størst mulig grad av samkjøring vil være gjennomsnittlig antall passasjerer per drosjetur (samordningsgrad).

Som passasjer regnes i denne sammenheng person med rekvisisjon for syketransport med drosje.

I Rikstrygdeverkets mål og prioriteringer for 1999 heter det at samordningen av syketransport skal være på minst 1,3. Dette synes per i dag å være en relativt nøktern og realistisk målsetting for samordningsarbeidet i fylkene.

Prosjektet foreslår at samordningsgrad brukes som oppfølgingskriterium for stønadsordningen, og at målet om en samordning på minst 1,3 pasienter per drosjetur beholdes inntil videre. Per i dag har vi ikke pålitelige tall for samordningsgrad fra alle landets fylker, men vi regner med at et felles datagrunnlag vil foreligge etter innføring av et felles edb-system for kjørekontorene.

Samordning av syketransport behandles også i punktene 3.4.1 og 3.4.2.

### **3.4 RIKSTRYGDEVERKETS STYRING AV ETATEN**

#### **3.4.1 Mål for etatens virksomhet**

Målene for etatens virksomhet på syketransportområdet bør knyttes til forhold som etaten selv kan påvirke. Vi har dessuten avgrenset oss til mål som er spesifikke for syketransport, og ikke trukket inn mer generelle målsettinger som *også* gjelder for syketransport. Ut i fra dette har vi satt opp mål for resultatoppnåelse på følgende områder:

- rekvisisjonspraksis
- kjørekontorer for samordning av syketransport
- prisavtaler.

Som nevnt under punkt 3.1 har etaten i tillegg et ansvar for gjennomføring av stønadsordningen.

#### Rekvisisjonspraksis

Pasientens helsetilstand og behandleres rekvisisjons- og attestasjonspraksis er bestemmende for bruken av drosje og annen dyrere transport for trygdens regning.

Behandleres praksis med hensyn til å rekvirere dyrere transport er et forhold som trygdeetaten i noen grad kan påvirke gjennom kontakt med rekvirentene. Noen behandlere legger en streng vurdering til grunn, mens andre er liberale med å skrive ut transportrekvisisjon. Jevnlig oppfølging av rekvirentene kan gi endret og mer ens rekvisisjonspraksis. Trygdens innflytelse er imidlertid begrenset siden det er helsepersonellens medisinske vurdering som til syvende og sist er avgjørende for om dyrere transport dekkes.

Prosjektet mener likevel det bør være en målsetting for trygden å begrense behandleres rekvisisjon av drosje og annen dyrere transport til det som er strengt nødvendig.

#### Kjørekontorer for samordning av syketransport

For 1999 er det avsatt 16,6 mill. kroner til finansiering av kjørekontorer mv. som samordner syketransport med drosje. I tillegg har fylkestyrgdekontorene til sammen 19 stillingshjemler som er øremerket for arbeid med samordning av syketransport i fylkene.

Trygdeetatens resultatansvar går her lenger enn å sikre brukeren rett ytelse i vanlig forstand (riktig utgiftsdekning). Trygden gjør en aktiv innsats for å begrense utgiftene til syketransport gjennom samkjøring av pasientreiser med drosje. Det stilles krav om at de samordningstiltak

etaten iverksetter skal resultere i besparelser som er større enn bevilgningen av administrative midler. Målsettingen bør trolig være at samordningstiltakene i hvert enkelt fylke gir innsparinger som er vesentlig større enn de administrative utgiftene til samordning i fylket. Det blir da viktig å kunne dokumentere effekten av arbeidet med å samordne transporten.

For å oppnå innsparinger, må drosjetransport bestilles gjennom kjørekontor, og kjørekontoret må sørge for at flere pasienter reiser med samme bil når dette er mulig. Kjørekontorenes arbeid med å samordne en tur er det samme enten reisen er lang eller kort, men innsparingen er størst for lange turer. Målsettingen for samordningsarbeidet bør være at flest mulig pasienter deler drosje ved reise til og fra behandling, og at alle lengre turer må bestilles gjennom kjørekontor.

Når drosjen setter av passasjerer på bestemmelsesstedet, har trygden som regel betalt for drosjens retur til utgangspunktet for reisen. Utnyttelse av drosjens ledige returkapasitet vil derfor gi betydelig innsparing. Det bør være en viktig oppgave for kjørekontoret å utnytte drosjenes ledige returkapasitet.

Bruk av tilbringerdrosjer kan være en hensiktsmessig ordning noen steder. Dette kan være aktuelt for å frakte passasjerer til et trafikk-knutepunkt/rutegående transport eller til annen drosje. Tilbringerdrosjer bør bare benyttes når dette er en rasjonell ordning. Organisering av tilbringerdrosjer bør være en oppgave for kjørekontoret der slike ordninger er aktuelle .

I Rikstrygdeverkets mål og prioriteringer for 1999 heter det at fylker som har private kjørekontorer skal arbeide med å etablere kjørekontorer i offentlig regi, dvs. i trygdens egen regi eller i samarbeid med for eksempel fylkeskommunen. Kjørekontor i trygdens egen regi gir mulighet for bedre styring av kjørekontorets virksomhet, og kan gi en integrering i etaten som hever den stønadsfaglige kompetansen på kjørekontoret. Samtidig unngås at aktører som har økonomisk interesse i syketransport, driver kjørekontorer. Forholdene legges også bedre til rette for et mer enhetlig opplegg for alle kjørekontorenes virksomhet (f.eks. bruk av et felles edb-system, felles instruks mm.). Samarbeid mellom trygdeetaten og fylkeskommunen om drift av kjørekontor kan gi mulighet for mer rasjonell drift (kjørekontoret blir en større enhet), og kanskje bedre samordningsmuligheter (samordning av all offentlig betalt transport). Det er ikke dokumentert at offentlige kjørekontorer oppnår bedre samordningsresultater enn private (eller omvendt), men momentene over tilsier likevel at det bør være en målsetting å ha kjørekontorer som drives i offentlig regi.

Det er viktig å ha et edb-verktøy som muliggjør en effektiv samordning av transporten. Et edb-program bør minimum håndtere registrering av bestillinger, sortering av bestillingene, samordning og turbestilling. Edb-programmet bør også generere nødvendig statistikk. Data om resultatene av samordningsarbeidet bør ha et felles grunnlag for å sikre at fylkestyngdekantorenes rapportering er lik, at dataene er pålitelige og at fylkenes tall er sammenliknbare. Bruk av et felles edb-program for samordning vil kunne gi et ens grunnlag for rapportering, beregninger og statistikk.

Prosjektet mener etaten må arbeide for å oppnå en mest mulig effektiv samordning av syketransport. Målsettingen bør være flest mulig pasienter per drosjetur, utnyttelse av betalt retur-transport, at alle lengre turer bestilles gjennom kjørekontor og bruk av tilbringerdrosjer når dette er rasjonelt. Videre bør det etableres kjørekontorer i offentlig regi og tas i bruk et felles edb-system for kjørekantorene og lik statistikkrapportering.

## Prisavtaler

---

Sykefrakt utgjør en betydelig andel av f.eks. drosjenes transportoppdrag, og det er naturlig å sette opp mål knyttet til prisen på de transporttjenester trygden betaler for. Den generelle målsetting kan være å betale lavest mulig pris for nødvendig sykefrakt.

Prisreduksjoner kan oppnås gjennom anbud og prisavtaler med transportøren. Dette er antakelig den mest nærliggende muligheten for å oppnå prisfordeler.

Utnyttelse av de rabattordninger som eksisterer for rutegående transport vil også kunne gi besparelser.

Prosjektet foreslår at trygdeetatens målsetting bør være å oppnå lavest mulig pris for sykefrakt.

### **3.4.2 Resultatindikatorer**

#### Rekvisisjonspraksis

Det vil være mulig å fremskaffe tall for antall passasjerer med drosjerekvisisjon som får dekket utgifter til sykefrakt. Et slikt tall i seg selv sier ikke noe om det er brukere med et reelt behov for drosjefrakt som har fått godtgjort sine utgifter, men markerte endringer i antall rekvisisjoner over tid kan være en indikasjon på mulige endringer i rekvisisjonspraksis i strengere eller mer liberal retning. Tall brutt ned på fylkesnivå vil trolig gi bedre indikasjoner enn totaltall for hele landet. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at antall rekvisisjoner også kan påvirkes av forhold som for eksempel endringer i behandlingstilbudet og endringer i pasientenes helsetilstand.

Utvalgsundersøkelser hvor man ser på enkelte behandleres eller behandlingssteders rekvisisjonspraksis kan tenkes som en metode for å si noe mer bestemt om hvorvidt drosje brukes når dette er nødvendig. Behovet for drosjefrakt er imidlertid en utpreget skjønnsmessig vurdering. Det kan være vanskelig å vurdere om rekvisisjonspraksisen er streng eller liberal ut fra f.eks. en gjennomgang av skrevne rekvisisjoner. Det vil også være problematisk å samle rekvisisjonene som den enkelte behandler har skrevet.

En spørreundersøkelse blant rekvirenter (evt. også blant transportører og brukere) er en annen metode for å skaffe informasjon, men også da kan det være vanskelig å gi en entydig tolkning av resultatene.

Stor variasjon mellom behandlere når det gjelder antall rekvisisjoner som skrives ut kan være en indikasjon på ulik rekvisisjonspraksis, og evt. danne grunnlag for nærmere oppfølging av enkelte behandlere.

Prosjektet foreslår antall rekvisisjoner for sykefrakt med drosje som en resultatindikator. Ulikheter mellom fylkene, eller endringer over tid, kan danne grunnlag for tiltak i ett eller flere fylker. Per i dag finnes det ikke tilgjengelig statistikk for antall rekvisisjoner fra alle fylker. Slike tall bør hentes ut maskinelt med kjørekontorenes edb-program og data fra drosjene som kilde. Vi mener at det ikke er grunnlag for å sette opp mer konkrete målsettinger i form av tall for antall rekvisisjoner.

#### Kjørekontorer for samordning av sykefrakt

Det er ønskelig å kunne beregne konkret innsparing som følge av kjørekontorenes virksomhet for å dokumentere effekt av samordningsarbeidet. Slike beregninger kan gjøres manuelt, men

dette er lite aktuelt. Manuelle utregninger er ressurskrevende og påliteligheten ofte usikker. Utregninger kan imidlertid tenkes gjort ved hjelp av opplysninger i et edb-program for samordning av transporter, eventuelt i kombinasjon med turdata fra drosjenes taksametre.

Data fra drosjenes taksametre angir de faktiske utgifter for hver enkelt drosjetur. Dataene kan overføres til trygdens edb-program, og sammenholdes med opplysningene i dette programmet. Utregninger ut fra opplysninger i samordningsprogrammet kan tenkes slik: Bestilling av transport registreres i samordningsprogrammet med fra-adresse og til-adresse. Ved hjelp av et kartverk/avstandsregister beregnes kjørelengde for hver person hvis transporter ikke hadde vært samordnet. Antall km per person multipliseres med en km-takst som er lagt inn i edb-programmet. Anslag for ventetidskostnader legges til (f.eks. basert på gjennomsnittsbetøp for ventetid i fylket). Beløpene legges sammen for flere som har reist med samme bil slik at det blir en sum per drosjetur. Faktiske utgifter for drosjeturen trekkes fra dette beløpet, og differansen blir den anslåtte innsparing for trygden.

Hvis faktiske drosjeutgifter ikke er tilgjengelige i samordningsprogrammet, kan programmet beregne en turkostnad: Kjørelengde for hver drosjetur (med en eller flere passasjerer i bilen) beregnes ved hjelp av et kartverk/avstandsregister, og antall km multipliseres med en innlagt km-takst. Antatte ventetidskostnader legges til (f.eks. gjennomsnittsbetøpet for ventetid per drosjetur i fylket), og summen blir en beregnet turkostnad. Ved utnyttelse av drosjens ledige returkapasitet (allerede betalte returer), blir turkostnaden antall km drosjen kjører ekstra under returreisen pluss antatte ventetidskostnader.

Mulighetene for å samordne transporter er i noen tilfeller begrenset pga forhold som at pasienten må disponere drosjen alene, må ha med ledsager eller må ligge bakover i forsetet. Det kan være ønskelig at et edb-program gir mulighet for hente ut opplysninger om forhold som begrenser samordningsmulighetene. Dette kan være antall tilfeller hvor pasienten må reise alene, antall nødvendige ledsagere mm. Tall for seteutnyttelse kan også være relevant i denne sammenheng. Hvis pasienten må reise alene, regnes dette som full bil; er ledsager nødvendig, er to plasser belagt osv. Tall for seteutnyttelse vil si noe om hvor høy samordning som oppnås i forhold til maksimalt oppnåelig samordning.

Utnyttelse av drosjenes ledige returkapasitet (betalte returer) kan gi vesentlig innsparing. Ved å registrere slike returer som en egen kategori i samordningsprogrammet, vil det være mulig å si noe om antall tilfeller hvor ledig returkapasitet er utnyttet, og antall passasjerer som er fraktet. Det vil også være mulig å gi anslag for innsparing pga utnyttelse av betalte returer (se over).

Prosjektet foreslår at det utvikles resultatindikatorer for kjørekontorenes virksomhet som viser beregnet innsparing, seteutnyttelse og utnyttelse av betalte returer (antall turer og antall passasjerer). I tillegg foreslås samordningsgrad som indikator, se punkt 3.3.2. Dagens datagrunnlag er ikke tilstrekkelig i denne sammenheng. Resultatindikatorene bør genereres maskinelt fra et edb-program for kjørekontorene (evt. kombinert med data fra drosjenes taksametre). Et edb-program vil enkelt kunne legges til rette for utregning av samordningsgrad, seteutnyttelse og utnyttelse av betalte returer. Beregning av innsparingseffekt kan være mer komplisert. På noe sikt kan det eventuelt settes konkrete mål for seteutnyttelse og utnyttelse av betalte returer. Målet for samordningsgrad er allerede konkretisert til 1,3 (punkt 3.3.2).

Ovennevnte resultatindikatorer anses også å være aktuelle for rapportering til departement og Storting.

### Prisavtaler

Prisavtaler kan inngås både sentralt og lokalt. Antall og innhold av prisavtaler med transportører kan være en aktuell resultatindikatorer på dette området. Med innhold menes hvilke prisfordeler avtalen gir. Antall inngåtte avtaler bør relateres til tall for totalt antall transportører for å gi en målestokk for hva som er oppnådd (f.eks. antall prisavtaler med drosejeiere i forhold til totalt antall drosjeieiere i et fylke).

For å kunne utnytte prisavtaler må transportøren vite at reisen dekkes av trygden. Ordninger med direkte oppgjør ligger godt til rette for bruk og oppfølging av prisavtaler. Ved direkte oppgjør må den reisende legge fram dokumentasjon som viser at reiseutgiftene dekkes av trygden. I de tilfeller brukeren setter fram krav overfor trygdekontoret etter at reisen har funnet sted, kan det være problematisk å utnytte prisavtaler.

Systematisk utnyttelse av rabattordninger for rutegående transport kan også gi besparelser. Dette forutsetter etablering av rutiner i trygdeetaten for ivaretagelse av en slik oppgave (f.eks. at flybilletter skal bestilles gjennom en enhet i trygden som påser at rabattmuligheter benyttes). Prosjektet anbefaler imidlertid ikke en egen resultatindikator for utnyttelse av rabattordninger.

Forslag til resultatindikator: Antall og innhold av prisavtaler med transportører.

## **3.5. KONKLUSJON**

### **3.5.1 Stønadsordningen**

Ut fra regelverk og styringsdokumenter foreslår prosjektet følgende målsetting for stønadsordningen:

- Å gi hel eller delvis dekning av nødvendige utgifter til syketransport på billigste forsvarlige måte.

Følgende oppfølgingskriterier foreslås:

- Brukertilfredshet. Prosjektet mener at det med mellomrom bør gjennomføres undersøkelser av brukernes tilfredshet med trygdens stønad til syketransport.
- Korrekt ytelse. Vi går inn for at det med mellomrom foretas gjennomgang av et tilfeldig utvalg enkeltsaker som en indikator på om utgiftsdekning gis i samsvar med reglene.
- Utgiftsutviklingen. Dette anses som et sentralt oppfølgingskriterium, men samtidig er det viktig å påpeke hvilke faktorer som påvirker utgiftene til syketransport.
- Andel rutegående transport av totale utgifter til syketransport. Målsettingen er at rimelig rutegående transport skal benyttes i størst mulig grad.
- Samordningsgrad for dør-til-dør transport (drosjetransport). Samordningsgraden bør være minst 1,3. Foreløpig har vi ikke pålitelige tall for samordningsgrad fra alle landets fylker, men vi regner med at et felles datagrunnlag vil foreligge etter innføring av et felles edb-system for kjørekontorene.

Utgiftsutviklingen, andel rutegående transport og samordningsgrad bør være løpende, årlige

oppfølgingskriterier, mens de andre kan benyttes mer sporadisk.

### 3.5.2 Rikstrygdeverkets styring av etaten

Trygdeetaten har ansvaret for gjennomføring av stønadsordningen for syketransport. Prosjektet foreslår følgende konkrete mål for etatens virksomhet og resultatoppnåelse på syketransportområdet:

- Bidra til å begrense behandleres rekvisisjon av drosje og annen dyrere transport til det som er strengt nødvendig.
- Mest mulig effektiv samordning av syketransport. Dvs. flest mulig pasienter per drosjetur, utnyttelse av betalt retur-transport, at alle lengre turer bestilles gjennom kjørekontor og bruk av tilbringerdrosjer når dette er rasjonelt. Videre at det etableres kjørekontorer i offentlig regi og at det tas i bruk et felles edb-system for kjørekontorene og lik statistikk-rapportering. Samordningstiltakene i det enkelte fylke bør gi innsparinger som er vesentlig større enn de administrative utgiftene til samordning i fylket.
- Å oppnå lavest mulig pris for syketransport.

Som resultatindikatorer foreslås følgende:

- Antall rekvisisjoner for syketransport med drosje. Ulikheter mellom fylkene, eller endringer over tid, kan danne grunnlag for tiltak i ett eller flere fylker. Per i dag finnes det ikke tilgjengelig statistikk for antall rekvisisjoner fra alle fylker. Slike tall bør hentes ut maskinelt med kjørekontorenes edb-program og data fra drosjene som kilde.
- Antall fylker med kjørekontorer i offentlig regi.
- Det bør utvikles resultatindikatorer for kjørekontorenes virksomhet som viser beregnet innsparing, seteutnyttelse og utnyttelse av betalte returer (antall turer og antall passasjerer). Resultatindikatorene bør genereres maskinelt fra et edb-program for kjørekontorene (evt. kombinert med data fra drosjenes taksametre).
- Antall og innhold av prisavtaler med transportører.

De foreslåtte resultatindikatorer benyttes dels av Rikstrygdeverket allerede i dag. Indikatorene for rekvisisjoner og kjørekontorenes virksomhet er mangelfulle på grunn av et dårlig datagrunnlag, og vil neppe kunne brukes til å gi pålitelige tall for hele landet i år 2000.

## 4. SAMORDNINGSTILTAK OG RESSURSBRUK

**Mandatets punkt 1 b: ”Redegjøre for og vurdere dagens (samordnings)tiltak og ressursbruk, herunder transportkonsulentenes arbeid sett i forhold til aktuelle mål på området”.**

### 4.1 INNLEDNING

Transportøkonomisk institutt, TØI, gjennomførte i 1997–98 en undersøkelse om sykefrakt på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet. TØI konkluderte med at tiltak for økt samordning av sykefrakt med drosje, vil kunne gi betydelig reduksjon i trygdens utgifter til sykefrakt. Som hovedregel dekker trygden billigste rutegående transport, men der det på grunn av medlemmets helsetilstand er nødvendig, kan medlemmet få rekvisisjon på dyrere transport som for eksempel drosje. Medlemmet har ikke krav på å kjøre alene i drosjen dersom ikke rekvisisjonen godtgjør at dette er nødvendig av medisinske grunner. Når trygden skal dekke transporten, kan derfor flere medlemmer måtte kjøre i samme drosje, heretter kalt samordning av sykefrakt.

Fylkestyreskontorene har fått tilført ressurser for å øke samordningen i fylkene. Fra 1986 ble trygdeetaten styrket med i alt 19 tidsbegrensede stillingshjemler på dette området (”transportkonsulent”-stillinger). Fra og med 1993 ble disse omgjort til faste stillinger. Stillingene er øremerket for samordning av sykefrakten i fylket.<sup>2</sup> Alle fylker, med unntak av Vestfold, har stillingshjemmel for transportkonsulent. Nordland har to stillingshjemler.

Hvert år får fylkene tildelt samordningsmidler. Beløpet er i sin helhet øremerket til administrative kostnader ved samordning av sykefrakt, dvs drift av kjørekontor mv.

Transportkonsulent-stillingene og samordningsmidlene bør ses i sammenheng siden de har samme formål – å redusere trygdens utgifter til sykefrakt, primært ved å øke samordningen av sykefrakt.

### 4.2 SAMORDNINGSTILTAK I FYLKENE

#### 4.2.1 Rikstrygdeverkets mål og prioriteringer

##### Drift av kjørekontorer

I mål og prioriteringer for 1998 heter det under punkt 6.3: ”Kjørekontorene bør drives i regi av trygdeetaten eller andre som ikke har økonomiske interesser i transporten. Avtaler om drift av kjørekontor i regi av drosjenæringen eller liknende bør avvikles”.

Det ble fulgt opp i mål og prioriteringer for 1999 hvor det under punkt 10, Sykefrakt, heter: ”I 1999 skal alle fylker som har private kjørekontor arbeide med å etablere kjørekontor i offentlig regi. Kjørekontor i privat regi og offentlige kjørekontor kan eksistere side om side i en overgangsperiode. Private kjørekontor bør følgelig ikke opphøre før et offentlig kjørekontor er på plass. Kjørekontor som er etablert i regi av parter som har økonomisk interesse i sykefrakt, bør avvikles i løpet av 1999”. Dette betyr at samordningsmidler kan benyttes til å kjøpe tjenester fra private kjørekontorer inntil offentlig kjørekontorer er etablert.

Det heter i TØI-rapporten om sykefrakt under punkt 5 ”Konklusjoner og anbefalinger” blant annet: ”For å oppnå ryddige ansvars- og interesseforhold, bør kjørekontorene drives i offentlig

regi (fylkestrygdekontor og/eller fylkeskommune) og kjøpe transporttjenester av profesjonelle transportører..... Personellet ved kjørekontorene må ha trygdefaglig og transportfaglig kompetanse”.

#### Samordningsgrad

I mål og prioriteringer for 1998 heter det videre under punkt 6.3 at ”samordningen av syketransport skal i 1998 være på minst 1,3”. Dette målet gjelder også for 1999. Som resultatsindikator legges til grunn ”antall passasjerer med rekvisisjon i forhold til antall reiser”. En reise har Rikstrygdeverket definert som strekningen fra hentested til bestemmelsesstedet. Dersom drosjen returnerer med den samme eller en ny pasient, har dette blitt regnet som en ny tur.

#### **4.2.2 Tildeling av samordningsmidler til fylkene**

Fylkestrygdekontorene får hvert år tildelt midler som skal dekke administrative utgifter som påløper pga samordning av syketransport i fylkene. Midlene har blitt fordelt mellom fylkestrygdekontorene på bakgrunn av fylkenes søknader om behov for samordningsmidler. Rikstrygdeverket har deretter foretatt en skjønsmessig vurdering hvor det er lagt vekt på at eksisterende samordningstiltak skal kunne opprettholdes dersom disse fungerer tilfredsstillende, og at fylkene skal få dekket kostnader i forbindelse med oppstart av offentlige kjørekontorer.

I 1998 og 1999 disponerte Rikstrygdeverket 16,6 millioner til dette formålet. Som det fremkommer av tabell 3 (vedlegg 1 til rapporten), er det ikke klar sammenheng mellom de utgiftene som påløper for syketransport, spesielt til drosje, i et fylke, og størrelsen av tildelte samordningsmidler. Kolonne 4 viser forholdet mellom tildelte samordningsmidler og utgifter til syketransport med drosje, dvs hvor mange syketransportkroner med drosje det er i fylket per tildelt samordningskrone. Beløpet varierer fra 1 samordningskrone per 9 kroner til i drosjeutgifter i Vest-Agder, til 1 samordningskrone per 65 kroner til syketransport med drosje i Hordaland.

Det er flere grunner til at forholdet mellom tildelte samordningsmidler og utgifter til syketransport med drosje varierer. Fylkene har forskjellige tiltak for å administrere samordning av syketransport, og disse tiltakene har ulik kostnadsramme og ulikt innsparingspotensiale. Utgiftene som påløper på et kjørekontor i trygdens regi, må i sin helhet dekkes av trygden. Der trygden kjøper samordningstjenester av private, for eksempel av transportnæringen, eller samarbeider med fylkeskommunen, vil samordning av syketransport som regel være en arbeidsoppgave som kommer i tillegg til andre oppgaver. Dette kan gi såkalte stordriftsfordeler, men vi har ingen tall som viser at det er tilfellet i de fylkene som har valgt en slik løsning.

Det er ikke nødvendigvis en sammenheng mellom utgiftene til syketransport i fylket og hvor mye arbeid samordningen krever. Langstrakte fylker vil ofte ha en høy gjennomsnittlig pris per tur som skal samordnes, uten at samordningen krever større planlegging enn i de fylkene hvor gjennomsnittlig pris per tur som skal samordnes er lavere.

Når kjørekontorene i de ulike fylkene har et effektivt samarbeid, vil dette påvirke utgiftene til syketransport i fylkene. For eksempel melder alle kjørekontor fra fylkene rundt Oslo inn sine Oslo-turer til kjørekontoret i Oslo. Kjørekontoret i Oslo benytter disse bilene til å sende pasienter ut av Oslo. Når Oslo samordner to pasienter inn i en allerede betalt returbil til Aust-Agder, slik at de slipper å betale en Oslo-bil, vil Oslo ikke bli belastet for syketransportutgifter. Derimot vil Aust-Agder kunne få ekstra utgifter pga økte ventetidskostnader, og eventuell lengre

reiselengde.

#### Tildeling av administrative samordningsmidler etter faste kriterier

Fylkestrygdekontorene savner faste kriterier for tildeling av administrative samordningsmidler, og de mener det er uholdbart å få beskjed om tildelt beløp ut på nyåret slik de fikk i 1999. Prosessen med å iverksette nye samordningstiltak bør starte tidlig, dvs. allerede i forbindelse med fremleggelsen av statsbudsjettet.

Prosjektet har vurdert flere alternative modeller for tildeling av administrative samordningsmidler etter faste kriterier, se vedlegg 2 til rapporten "Faste kriterier for tildeling av samordningsmidler". Felles for alle modellene er at vi mener det bør ligge et fast beløp i bunnen som tildeles alle fylkestrygdekontorer, fordi det alltid vil koste en del penger å drive samordningstiltak. Hvis det er noen fylkestrygdekontorer som ikke benytter den tildelte stillingshjemmelen som transportkonsulent fullt ut, bør det gjøres et forholdsmessig fratrekk for dette i det faste beløpet (se nærmere under punkt 4.3.2). Vi har ikke funnet fram til noen ideell fordelingsmodell; alle de skisserte alternativer har svakheter. Vi kommer derfor ikke med en klar anbefaling om valg av tildelingskriterier, men mener faste tildelingskriterier bør utarbeides.

#### **4.2.3 Fylkenes bruk av samordningsmidler**

Fylkene har valgt ulike løsninger for å samordne syketransporten. Det finnes, eller vil bli etablert, kjørekontorer i offentlig eller privat regi i alle fylkene i 1999. I løpet av 1999 vil 14 fylker ha kjørekontor i regi av trygden eller fylkeskommunen.<sup>3</sup> Av disse vil det være 7 fylker som kun driver kjørekontor i regi av trygden, og ett fylke som har kjørekontor både i privat- og i trygdens regi. Tabell 4 (vedlegg 1 til rapporten) gir en oversikt over kjørekontorstrukturen i fylkene (antall kjørekontor, plassering og hvem som er driftsansvarlig).<sup>4</sup>

I de fylkene som driver kjørekontor i regi av trygden, brukes samordningsmidlene til drift av kjørekontorene. Midlene dekker lønns- og driftsutgifter. Med unntak av ett fylke, som i tillegg driver med formidling av billettbestilling til andre kommunikasjonsmiddel, driver kjørekontorene bare med samordning av syketransport, og midlene går derfor i sin helhet til administrative kostnader i denne forbindelse.<sup>5</sup>

De fylkene som kjøper tjenester av fylkeskommunen, betaler en gitt sum per år for de samordningstjenester fylkeskommunen utfører for trygden. Beløpet er fremkommet etter en vurdering av antall turer i trygdens regi kontra fylkeskommunale turer. Ett fylke betaler forskjellig pris per måned avhengig av antall samordnede syketransporter. Fylkeskommunene har organisert samordningen av syketransport på forskjellige måter. I noen fylker er det sykehusene som står for samordning av syketransport, og i andre fylker driver fylkeskommunen kjørekontorer hvor de samordner både syketransport og fylkeskommunal transport som skolekjøring og TT-kjøring. Samordningsmidlene går til dekning av lønns- og driftskostnader. Med unntak av i ett fylke, er det bare samordning av syketransport fylkeskommunen utfører for trygden.<sup>6</sup> Inn under dette kommer også oppfølging og kontroll av at transportørene følger gitte retningslinjer for samordning.

Der fylkestrygdekontorene kjøper tjenester av private, fortrinnsvis transportnæringen, kommer samordning av syketransport i tillegg til andre oppgaver som for eksempel mottak av ordinære transportbestillinger på drosjesentralen. Fylkene betaler en gitt sum per måned eller år.

Det er påvist at ikke alle fylkestrygdekontorene har benyttet samordningsmidlene i samsvar med tildelingskriteriene. Da trygderevisjonen i 1997 gjennomførte en undersøkelse vedrørende

rutiner på sykestransportområdet i 6 fylker, fant de bl.a. at ”overskytende beløp av samordningsmidlene, dvs. en del av beløpet, er benyttet til delfinansiering av innkjøp av edb-utstyr”.<sup>7</sup>

Vektleggingen av behovet for å ivareta arbeidet med samordning av sykestransport har vært forskjellig blant fylkestrygdekontorene. Noen av fylkene har selv lagt ned ekstra ressurser for å få et kjørekontor til å fungere tilfredsstillende. Andre fylker har overført penger til private samordningsenheter uten at disse har blitt fulgt tilstrekkelig opp.

#### **4.2.4 Vurdering av fylkestrygdekontorenes bruk av samordningsmidlene**

Rikstrygdeverket har ikke hatt en omfattende og detaljert oppfølging av fylkestrygdekontorenes bruk av samordningsmidlene. Det er derfor ikke mulig å gi en nøyaktig vurdering av om bruken har vært helt i samvar med formålet for tildelingen. For ettertiden bør det settes krav om bedre tilbakemelding fra fylkestrygdekontorene.

##### Etablering av offentlige kjørekontorer

I forhold til Rikstrygdeverkets mål og prioriteringer for 1998 og 1999, hvor fylkestrygdekontorene ble bedt om å utvikle samarbeid med private samordningssentraler/kjørekontorer og starte opp kjørekontorer i regi av trygden /det offentlige, er resultatene relativt gode. I 1998 åpnet to fylker kjørekontorer i regi av trygden (Oslo og Buskerud). Ett fylkestrygdekontor inngikk avtale om kjøp av tjenester fra et kjørekontor som drives av fylkeskommunen (Akershus). To fylker gjorde forarbeidet for oppstart av kjørekontor i trygdens regi, og åpnet i mars og april 1999 (Rogaland og Østfold). Ytterligere to fylkestrygdekontor planla oppstart av kjørekontor i trygdens regi, og disse har fått tildelt ekstra midler fra ”sykestransport-prosjektet”. De vil starte opp senest 1.10.99. (Møre og Romsdal og Hordaland). Ett fylkestrygdekontor vil fra juni 1999 kjøpe samordningstjenester fra et fylkeskommunalt kollektivselskap (Vestfold). Ved utgangen av 1999 vil det være to fylkestrygdekontor som i tillegg til offentlige kjørekontor kjøper samordningstjenester av private (Rogaland og Nordland). Det vil trolig bare være fire fylker som betaler transportnæringen for å samordne sykestransporten i fylket (Oppland, Hedmark, Troms og Finnmark), og to av disse har lagt konkrete planer for oppstart av offentlige kjørekontorer i regi av fylkeskommunen (Hedmark og Oppland).

##### Finansiering av kjørekontor/samordningsenhet

Der fylkestrygdekontorene driver ett eller flere kjørekontor i regi av trygden, kan bruk av samordningsmidlene tilbakeføres til driftsutgiftene ved slike kontorer. Det er minst ett kjørekontor i regi av trygden som, i tillegg til å samordne sykestransport med drosje, også formidler billetter til andre kommunikasjonsmidler.<sup>8</sup> Fylkestrygdekontoret anser at dette er en god måte å yte service til medlemmene på, og det sikrer utnyttelse av de rabattordninger som finnes. Dersom det innenfor tildelte samordningsmidler er rom for slike arbeidsoppgaver, bør de vedvare. En annen fordel ved å la all transportbestilling gå via kjørekontoret, er at kjørekontoret kan vurdere om det vil bli billigere for trygden å benytte felles drosje, for eksempel maxi-taxi, fremfor rutegående transport.

I de fylkene hvor fylkestrygdekontoret kjøper samordningstjenester av fylkeskommunen, betaler fylkestrygdekontoret en gitt sum for disse tjenestene. Når sykehusene samordner sykestransporten kan dette føre til at sykehusene i større grad enn ellers innkaller pasientene regionvis, og nærheten til rekvirenten gjør det lettere å gi og følge opp med informasjon. Når fylkeskommunen både samordner fylkeskommunal transport og sykestransport, utnytter minst ett

fylke kapasiteten i drosjene ved å samordne syke transport og TT-kjøring sammen.<sup>9</sup> Utover dette skjer det i liten utstrekning felles samordning av fylkeskommunal- og trygde transport. Det er viktig at fylkestrygdekontoret følger opp driften av fylkeskommunale kjørekontorer slik at utgiftsfordelingen mellom fylkeskommunen og fylkestrygdekontoret er mest mulig korrekt. De fylkestrygdekontorene som kjøper tjenester fra fylkeskommunen, er fornøyd med dette. Erfaringen er at ansatte ved kjørekontorer i regi av fylkeskommunen har god kjennskap til trygdefaglige regler, og gir pasienter, rekvirenter og andre berørte et godt tilbud.

Trygden vil kjøpe samordningstjenester av transportnæringen i seks fylker i 1999, hvorav to avtaler er sagt opp og vil avsluttes inneværende år.<sup>10</sup> Det er ikke dokumentert at samordningsenheter i regi av transportørene driver mindre effektiv samordning av syke transport enn der trygden eller fylkeskommunen styrer samordningen. Det som har vært et problem er at det er vanskelig å vurdere omfanget og kvaliteten av det arbeidet som blir gjort for å øke samordningen av syke transport. Et annet problem er at personalet ved slike samordningsenheter ikke har tilstrekkelig kjennskap til trygdefaglige regler. Pasienten kan derfor ikke få et helhetlig tilbud på syke transportområdet ved å henvende seg til slike samordningsenheter.

Prosjektet mener målsettingen om å ha kjørekontorer i offentlig regi bør beholdes, og at det eventuelt bør tildeles ekstra midler slik at alle fylker får offentlige kjørekontorer.

#### Samarbeid mellom kjørekontorene

Samarbeid mellom kjørekontorene i de forskjellige fylkene, spesielt regionvis, er viktig både for å dra nytte av hverandres erfaringer, og for å sikre best mulig utnyttelse av transporten, spesielt av allerede betalt retur-transport. Behovet for samarbeid vil øke ytterligere dersom løyvegrensene oppheves helt eller delvis for syke transport. På østlandet rapporteres samarbeidet mellom de offentlige kjørekontorene å fungere godt. Det har derimot vist seg at det har vært vanskelig å etablere et godt samarbeid mellom de offentlige kjørekontorene og kjørekontorer som drives i regi av transportørene. Det er viktig at fylkestrygdekontoret pålegger samordningsenheter i regi av private (drosjenæringen), å samarbeide med de andre kjørekontorene med sikte på effektiv bruk av samordningsmidlene.

### **4.2.5 Resultatoppnåelse**

#### Samordningsgrad

Målsettingen i 1998 var at alle fylkene skulle oppnå en samordningsgrad totalt i fylket på 1,3. Denne skulle utregnes på bakgrunn av Rikstrygdeverkets definisjon av hva som er en reise. Bbare rekvisisjonspasienter skulle regnes med i tallet (dvs. at ledsager holdes utenfor). Fylkene har ulike definisjoner både av en tur og hvilke pasienter som regnes inn i samordningsgraden. Transportøkonomisk institutt ba i 1997 fylkestrygdekontorene gi sine definisjoner av tur og passasjer, og det ble gitt opptil 6 forskjellige definisjoner. Størst utslag gir tur-definisjonen. Flere fylker regner her tur/retur som en tur. Alle passasjerer som er med på turen og returen, blir med i tallet for samordningsgrad. Flere av fylkene regnet ledsagere med i tallet, og dette gir en høyere samordningsgrad enn det som er tilfellet med Rikstrygdeverkets definisjon. Ved innmelding er det noen fylker som kun melder inn samordningsgraden for turer som går via kjørekontoret, mens andre melder inn samordningsgrad for totalt antall turer i fylket. Tallene som har vært innmeldt fra fylkene er derfor ikke sammenlignbare.

Prosjektet har utarbeidet en ny statistikkmal for tilbakemeldinger, som er godkjent av Rikstrygdeverket. Her er turdefinisjonen endret. En tur regnes nå fra hentested til bestemmelsessted. Dersom en transportør returnerer med en eller flere pasienter, vil dette føres

som en retur. Med dette menes en retur som allerede er betalt av trygden, og som i realiteten vil være gratis for trygden. Det vil i fremtiden kreves at fylkestrygdekontorene melder inn data etter den nye statistikkmalen slik at vi får sammenlignbare data. På det nåværende tidspunkt er det bare noen av fylkestrygdekontorene som har edb-program som gir data som oppfyller kravene i den nye malen.

Tabell 4, kolonne 5 (vedlegg 1 til rapporten) viser siste innmeldte samordningsgrad. Den er ikke justert for fylkenes ulike definisjoner av tur og passasjer. Der det står KK i parentes er samordningsgraden utregnet kun for turer innmeldt til kjørekontoret. Det var 3 fylkestrygdekontorer som ikke innmeldte samordningsgraden for 1998 (Vestfold, Buskerud og Nordland).

Av de 12 fylkene som oppga samordningsgraden for alle turer i fylket, var det 6 av dem som oppnådde målet om en samordningsgrad på 1,3. Sør-Trøndelag, som har 3 kjørekontorer i fylkeskommunal regi, hadde høyest samordningsgrad med 1,78. Hordaland, som hadde kjørekontor i regi av transportnæringen, hadde den laveste innmeldte samordningsgraden på 1,04.

Det var 8 av fylkene som meldte inn samordningsgrad på bakgrunn av turer innmeldt til kjørekontorene, hvorav 5 av dem bare oppga dette tallet. Samordningsgraden på turer som går via kjørekontoret blir alltid høyere enn for samordningsgraden totalt i fylket. Som eksempel kan brukes Sør-Trøndelag som for turer via kjørekontoret har en samordningsgrad på 2,23, mens samordningsgraden totalt i fylket er på 1,78.

#### Reduksjon/stans i utgiftsveksten

Målsettingen om å redusere eller å stanse veksten i utgiftene til syketransport med drosje, er ikke oppnådd. Til tross for at antall kjørekontorer/samordningsenheter øker, er det store økninger i utgiftene. Se tabell 2 (vedlegg 1 til rapporten). Vi har ikke grunnlag for å fastslå årsakene til utgiftsveksten, men en del skyldes forhold som er utenfor etatens kontroll. Noen fylker opplyser at bruken av poliklinisk behandling/dagkirurgi har hatt en stor økning. Pasientene som utskrives har i større grad enn tidligere behov for ekstraskyss. Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund melder om at det har vært en betydelig økning når det gjelder behandling av pasienter med bevegelsesproblemer, herunder i rullestol, som må benytte ekstraskyss. Dette kan skyldes målsettingen i den kommunale helsetjenesten om at funksjonshemmede i så stor utstrekning som mulig skal bo hjemme eller i trygdebolig.

Det foreligger ikke klare data som dokumenterer hvor mye penger som spares ved å samordne syketransport med drosje. Transportøkonomisk institutt utførte i sin rapport et estimat for hvordan syketransportutgiftene på landsbasis hadde blitt dersom alle fylkene hadde oppnådd en samordningsgrad på 1,4 (1,3 i Oslo). Da ville trygden få en bruttobesparelse i forhold til ingen samordning på ca. 195 mill. kroner.<sup>11</sup> Noen fylkestrygdekontorer har meldt inn hvor mye penger de har spart ved å gange samordningsgraden med totale syketransportutgifter i fylket, og brukt dette tallet for å vise hvor store utgifter som ville påløpt til syketransport i fylket dersom samordning ikke hadde foregått. Dette regnestykket blir for unøyaktig fordi de utgiftene som påløper pga samordningen ikke er trukket fra.

Det er minst 3 fylker som estimerer hva hver enkelt tur ville kostet dersom pasienten hadde fått transport alene. Ved å gjøre fratrukk for det den samordnede turen koster inkludert ekstra utgifter som påløper pga samordningen, ekstra kjørte kilometer og ekstra ventetidskostnader, får man en estimert besparelse. Det antas at disse tallene viser innsparingen med et avvik på +/- 20

% Oslo melder om en gjennomsnittlig nettobesparelse per tildelt samordningskrone på ca 4 kroner. For 1999 vil dette gi en nettobesparelse etter fratrekk av totale samordningsmidler på ca 3 mill kroner for trygden. Nordland sparte i 1998 ca 6 kroner per tildelt samordningskrone, noe som gir en nettobesparelse for trygden på ca 5 mill. kroner. For Akershus er det tilsvarende tallet drøye 6 kroner per tildelt samordningskrone, noe som reduserer trygdens utgifter på årsbasis med ca 5 mill kroner.

Både Rikstrygdeverket og fylkestrygdekontorene bør arbeide aktivt fremover for å dokumenterte besparelsene ved samordning av syketransport.

Det synes å være klart at trygden kan spare mer penger ved å øke tildelingen av samordningsmidler. Omfanget av besparelsene er derimot mer usikre. Noen fylkestrygdekontorer har ikke ressurser til å drive med samordning i hele fylket. Det vil si at i deler av fylket er samordningsgraden 1. Ved også å samordne turene i disse distriktene bør samordningsgevinsten bli tilsvarende den som fylket oppnår i de delene av fylket hvor man allerede samordner. I Nordland samordnes det verken i Ofoten, Rana eller Vefsn. Nordland fylkestrygdekontor har gjort et estimat som viser at det koster 900 000 kroner per år å samordne turer i disse områdene. Med tilsvarende innsparing som i resten av fylket, vil trygden spare minimum 3 mill kroner ekstra per år ved å utvide samordningstiltakene til å omfatte hele Nordland.

Akershus ønsker å utvide samordningstiltakene til også å omfatte Follo- og Romerikeregionen, og dette vil koste ca 500 000 kroner per år. Hvis nye samordningstiltak gir samme uttelling som eksisterende tiltak i Akershus, vil trygden ventelig spare mer enn 3 mill kroner per år.

Noen fylkestrygdekontorer benytter kjørekontoret til å formidle eller utstede billetter til rutegående transportmiddel for å utnytte de rabattene som foreligger. Ett fylkestrygdekontor melder om en innsparing på slike rabatter på ca 175 000 kroner for 1998.<sup>12</sup> Det bør etter prosjektets oppfatning vurderes nærmere om dette er tjenester som kjørekontoret bør prioritere, eller om utnyttelse av rabattene kan sikres på andre måter.

### **4.3 RESSURSBRUK /TRANSPORTKONSULENTENES ARBEID.**

#### **4.3.1 Fylkenes bruk av stillingshjemmelen som transportkonsulent**

TØI avdekket i sin undersøkelse at det bare var 4 fylker som benyttet en hel stillingshjemmel til samordning av syketransport i 1997. I 1999 er det ni fylker som benytter minimum en 100% stilling til å arbeide med oppgaver i forbindelse med syketransport. I de andre fylkene varierer benyttelsesgraden fra 10-20 % til 50-70 %. Tabell 3 (vedlegg 1 til rapporten), kolonne 7 viser hvor stor stillingsandel som benyttes til syketransport i hvert fylke.<sup>13</sup> Noen fylkestrygdekontorer mener at det ikke er behov for å benytte hele den tildelte stillingshjemmelen fordi det allerede oppnås gode resultater for samordning av syketransport i fylket.

Det er store variasjoner i hvordan fylkene har valgt å organisere bruken av stillingshjemmelen for transportkonsulent. I 2 fylker er stillingshjemmelen overført til kjørekontoret, og i ett fylke er transportkonsulenten daglig leder på kjørekontoret som ligger på fylkestrygdekontoret. I 3 fylker er arbeidet fordelt på flere personer på fylkestrygdekontoret. I de resterende fylkene har de valgt å la en transportkonsulent sitte på fylkestrygdekontoret eller på et trygdekontor.<sup>14</sup>

Der transportkonsulenten sitter på eller i tilknytning til kjørekontoret, avløser transportkonsulenten de andre på kjørekontoret ved behov. Dette kommer i tillegg til andre transportkonsulent-oppgaver. De fylkestrygdekontorene som har valgt denne løsningen melder om at den fungerer meget bra. Ved å være direkte involvert i samordningen, får transportkonsulenten god oversikt over antall og typen transporter. Det gir også innsikt i hvordan transportørene forholder seg til regler og retningslinjer, og rekvirentenes praksis for utstedelse av rekvisisjoner. Transportkonsulentene i andre fylker deltar også i administreringen av kjørekontoret og veileder og informerer om regelverket. Spesielt ved etablering og oppstart av nye kjørekontor, er transportkonsulentene aktivt med.

Arbeidsoppgavene til transportkonsulenten varierer mellom fylkestrygdekontorene både fordi transportkonsulenten har ulik tid til å arbeide med transport til disposisjon, og fordi fylkene har ulike prioriteringer og behov.

Vanlige arbeidsoppgaver for en transportkonsulent er å inngå og følge opp avtaler med transportører. Rikstrygdeverket har overlatt til det enkelte fylkestrygdekontor å gi retningslinjer vedrørende samordning av syketransport for løyvehavere i eget fylke, men dette er ikke gjort i alle fylkene. Fylkestrygdekontorene har ulik praksis når det gjelder oppfølging og eventuelle konsekvenser av at retningslinjer ikke blir etterfulgt. Det kan også være mye penger å spare for trygden ved å inngå prisavtaler med transportørene. Dette er gjort med hell i noen fylker. Det er bl.a. fremforhandlet rabatt på ventetid i enkelte fylker.<sup>15</sup> I konkurransetilsynets rapport "Organisering av det offentliges innkjøp av drosjetjenester ved kredittkjøring" anbefales det at fylkestrygdekontoret "bør innføre anbuds konkurranse mellom drosjesentraler og bopelsløyvehavere om syketransportoppdrag. Det bør vurderes å innta også andre enn drosjenæringen på tilbydersiden". I praksis kan dette vise seg å bli vanskelig med dagens regelverk, fordi drosjeeierne i hvert løyvedistrikt i stor utstrekning er underlagt en storsentral. I ett fylke har fylkeskommunen lagt kjøring med drosje ut på anbud mellom sentralene, og har oppnådd gode rabatter på all kjøring med drosje.<sup>16</sup> I Akershus har fylkestrygdekontoret fremskaffet en konkurransesituasjon ved at trygden kjøper tjenester av et kjørekontor som har tilgang til egen bilpark.

Flere av fylkestrygdekontorene melder om at de bruker mye tid på å informere og følge opp behandlere og deres praksis for utstedelse av rekvisisjoner. Det er blitt avdekket at rekvirenter ikke har god nok kjennskap til reglene, og at de bryter regelverket selv om de kjenner bestemmelsene. Ved at transportkonsulenten i brev eller møter informerer om gjeldende regelverk, og kostnadene trygden påføres ved at det brytes, kan det trolig være mye å spare. Noen fylkestrygdekontorer arbeider aktivt mot rekvirentene for å få pasienter over på rutegående transport. Det viser seg at det ofte er uvitenhet om det rutetilbudet som foreligger som får behandlere til å utstede rekvisisjon på ekstraskyss. De fylkestrygdekontorene som bruker mye tid på dette arbeidet, mener de sparer trygden for store summer hvert år. Dette er imidlertid besparelser som kan være vanskelige å dokumentere.

Informasjon til brukerne om hvordan de skal gå frem ved bestilling av syketransport, herunder utarbeidelse av brosjyrer, krever mye arbeid av transportkonsulentene.

Andre arbeidsoppgaver som er meldt inn er å informere trygdekontorene om regelverket og rette opp feil som er gjort der. Noen transportkonsulenter utbetaler direkte oppgjør. Møtevirksomhet og forhandling med fylkeskommunene både for å prøve å påvirke oppsett av rutetilbud, avtaler om ambulanse- og legeskysst og annet, prioriteres forskjellig i fylkene.

### **4.3.2 Vurdering av fylkenes bruk av transportkonsulenten**

#### Transportkonsulentens arbeidsoppgaver

Da trygdeetaten fikk tildelt stillingshjemler for transportkonsulenter var disse stillingene øremerket til å arbeide med samordning av syketransport. Tilbakemeldinger fra fylkestrygdekontorene tyder på at det kan være vanskelig å avgrense arbeidet med å forbedre samordningen av syketransporten mot andre tilstøtende arbeidsoppgaver på syketransportområdet. Som eksempel nevnes transportkonsulenters kontakt med helsepersonell som kan ha et dobbelt formål – å begrense antall rekvisisjoner og å gi økt kjennskap regelverket mer generelt. Mange fylkestrygdekontorer har lagt til grunn en videre forståelse av stillingshjemmelen enn rene samordningsoppgaver.

Prosjektet anser at stillingshjemmelen som transportkonsulent må benyttes til oppgaver som kan ha en kostnadsdempende effekt på trygdens utgifter til syketransport. Det bør være opp til det enkelte fylkestrygdekontor å prioritere hvilke arbeidsoppgaver transportkonsulenten skal utføre for i størst mulig grad oppnå målet om å redusere trygdens utgifter til syketransport.

#### Utnyttelse av stillingshjemmelen

I 1999 er det bare 9 fylker som har valgt å benytte en full stillingshjemmel til å arbeide med syketransport, herunder samordning. Alle disse fylkestrygdekontorene har, eller vil i løpet av 1999 ha, ett eller flere offentlige kjørekontorer. Ett av fylkestrygdekontorene kjøper i tillegg samordningstjenester av private (ikke transportnæringen). Samordningen i de 9 fylkene er derfor ivaretatt i samsvar med Rikstrygdeverkets mål og prioriteringer. Flere av fylkestrygdekontorene kan i tillegg vise til gode resultater med bl.a. prisavtaler med transportører, oppfølging og kontroll med at transportører følger gitte retningslinjer for samordning, og informasjon og oppfølging av rekvirenter. Transportkonsulentenes arbeid synes å ha direkte innvirkning på utgiftene til syketransport i disse fylkene.

Også blant en del av de fylkestrygdekontorene som ikke benytter en full stilling til å arbeide med syketransport, synes arbeidet med samordning å være forsvarlig ivaretatt, men innsatsen er varierende med hensyn til oppfølging av transportører, rekvirenter og andre.

Prosjektet mener fylkestrygdekontorene må benytte hele den tildelte stillingshjemmelen til å arbeide med oppgaver som kan være kostnadsdempende for trygdens utgifter til syketransport, herunder til å dekke drift av kjørekontorer.

Siden den tildelte stillingshjemmelen som transportkonsulent og tildeling av samordningsmidler har samme formål, mener prosjektet at det ved tildeling av samordningsmidler må tas hensyn til eventuell ubenyttet andel av stillingshjemmelen som transportkonsulent. Dvs. at det bør gjøres et fratrukk i tildelingen av samordningsmidler tilsvarende den ubenyttede andel av transportkonsulent-stillingen. Dette mener vi vil sikre en mer rettferdig fordeling av samordningsmidlene mellom fylkestrygdekontorene.

## **4.4 SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER**

### **4.4.1 Samordningstiltak i fylkene**

#### Samordningsmidler

Samordningsmidlene har hittil ikke blitt tildelt etter faste kriterier, og det har ikke vært noen klar sammenheng mellom de utgiftene som påløper til syketransport i et fylke, og størrelsen på

tildelte samordningsmidler.

Samordningsmidlene synes stort sett å ha blitt benyttet i samsvar med tildelingskriteriene, som er å dekke administrative kostnader i forbindelse med samordning av syke transport. Noen fylker har også benyttet midlene til andre kostnadsbesparende tiltak, som å utstede og bestille billetter til rutegående transport for å oppnå rabatter og gi medlemmene god service.

Forslag fra prosjektet:

- Det utarbeides faste kriterier for fordelingen av samordningsmidler til fylkene. Det bør ligge et fast beløp i bunnen som alle fylkestrygdekontorene får tildelt.
- Samordningsmidlene skal benyttes til å dekke administrative utgifter i forbindelse med samordning av syke transport. Andre kostnadsdempende tiltak som ønskes dekket av samordningsmidlene må eventuelt godkjennes av Rikstrygdeverket (for eksempel reisebyrå tjenester).

### Samordningstiltak

I løpet av 1999 vil det være kjørekontorer i alle fylker, og det vil bare være 4 fylkestrygdekontorer som fremdeles kjøper samordningstjenester av drosjenæringen.

Ansatte på drosjesentraler og liknende har ikke samme kjennskap til trygdefaglige regler som ansatte på offentlige kjørekontorer, og medlemmet kan ikke få et helhetlig tilbud på en drosjesentral. Fylkestrygdekontorer som kjøper tjenester fra fylkeskommunen, har erfart at ansatte ved kjørekontorer i regi av fylkeskommunen har god kjennskap til trygdefaglige regler, og gir pasienter, rekvirenter og andre berørte et godt tilbud.<sup>17</sup>

Rikstrygdeverkets resultatindikator for samordning har vært at samordningsgraden skal være minst 1,3 for alle turer i fylket. Det har vært store variasjoner når det gjelder hvordan fylkene har regnet ut samordningsgraden, og fylkenes tall er derfor ikke sammenliknbare. Det er bare 13 fylker som har oppgitt samordningsgrad for hele fylket (for Nordland benyttes tall fra 1997), og av disse oppnådde 7 av fylkene målet om en samordningsgrad på 1,3. Det var 5 fylker som bare oppga samordningsgraden for turer innmeldt til kjørekontoret, og alle disse hadde en samordningsgrad på over 1,3. Tall for samordningsgrad mangler fra 2 fylker. Fra 2. halvår 1999 er det satt krav om tilbakemelding etter en ny statistikkmal, og vi regner med at dette vil gi mer sammenliknbare data, selv om ikke alle fylker foreløpig kan levere alle tall som ønskes.

Det antas at trygden sparer betydelige beløp pga. samordning av syke transport, men sikre tall for innsparing mangler. I en rapport fra 1998 antok Transportøkonomisk institutt (TØI) at trygden i 1997 sparte 110 mill. kroner pga. samordning (TØI særtrykk131/1998). De fylkene som har estimert hvor mye de sparer på å samordne syke transport etter at det er gjort fratrukk for ekstra kjørte km og ekstra ventetidskostnader, har regnet ut at trygden sparer mellom 4 og 7 kroner per tildelt samordningskrone. Grunnlagsmaterialet er for dårlig til å kunne si at innsparingen per tildelt samordningskrone generelt vil ligge mellom 4 og 7 kroner, men det synes klart at innsparingspotensialet er betydelig.

Det er ønskelig å utvide samordningstiltakene i Nordland og Akershus slik at begge fylkene kan samordne syke transport i hele fylket. Ved å øke tildelingen til de to fylkene med 1,4 mill kroner, regner fylkestrygdekontorene med en innsparing på minimum 6 mill kroner totalt (sannsynligvis mer).

Forslag fra prosjektet:

- Det opprettes kjørekontorer i offentlig regi i de resterende fire fylker hvor drosjenæringen utfører samordningsarbeidet.
- Det iverksettes ytterligere samordningstiltak i Nordland og Akershus.

#### **4.4.2 Ressursbruk/transportkonsulentenes arbeid**

Fylkestrygdekontorene har fått tildelt en egen stillingshjemmel for å arbeide med samordning av syketransport. I noen grad benytter fylkestrygdekontorene stillingen til andre oppgaver. Dette gjelder først og fremst arbeid med andre kostnadsdempende tiltak på syketransportområdet, for eksempel å følge opp at rekvirentene følger regelverket.

En kartlegging viser at det bare er 9 fylker som benytter en full stillingshjemmel til å arbeide med syketransport, herunder samordning.

Forslag fra prosjektet:

- Stillingshjemmelen som transportkonsulent kan bare benyttes til kostnadsdempende tiltak på syketransportområdet.
- Siden den tildelte stillingshjemmelen som transportkonsulent og tildeling av samordningsmidler har samme formål, bør det gjøres fratrukk i samordningsmidler for eventuell andel av transportkonsulentstillingen som ikke benyttes.

## **5. REKVIRERING AV SYKETRANSPORT**

**Mandatets punkt 1 c: ”Gjennomgå praksis for rekvirering av syketransport, og foreslå retningslinjer for slik rekvirering (medisinske kriterier, hvem som kan rekvirere, rutiner for rekvirering)”.**

### **5.1 INNLEDNING**

En pasient har krav på dekning av utgifter til reise til behandler med refusjonsrett, jf. folketrygdloven kapittel 5. Utgangspunktet for dekning av reiseutgifter er taksten for billigste reisemåte med rutegående transportmiddel. På visse vilkår kan behandlere og trygdekontorer utstede rekvisisjon for bruk av dyrere transport, for eksempel drosje eller fly.

Som hovedregel utstedes RTV-blankett 2.32, syketransport-rekvisisjon, i forkant av transporten. Dersom det tilbys transport med en transportør som trygden har avtale med, kan rekvisisjonen benyttes som betalingsmiddel, og transportøren kan innta kravet i et direkte oppgjør med trygden.

Antall utstedte rekvisisjoner har økt de siste årene. Vi har ikke tall som dokumenterer denne økningen på landsbasis, men i de fylkene som har oversikt over antall rekvisisjoner per år, er økningen markant. For eksempel økte antall pasienter med rekvisisjon i Møre og Romsdal med 15 % fra 1996 til 1998.<sup>18</sup> Det er et mål for trygden å begrense behandleres rekvirering av drosje og annen dyrere transport til det som er strengt nødvendig. Trygden må derfor gjennom informasjon og kontrolltiltak sikre at rekvisisjoner bare blir utstedt i samsvar med gitte retningslinjer.

### **5.2 REGLER OG RETNINGSLINJER FOR UTSTEDELSE AV REKVISISJONER**

#### **5.2.1 Hjemmel for å utstede rekvisisjon**

I mønsteravtalen for oppgjør med transportør, punkt VI, heter det at ”det er bare kjøring basert på rekvisisjon utferdiget på blankett fastsatt av Rikstrygdeverket (RTV-blankett 2.32) som kan inngå i direkte oppgjør.” Rekvisisjonen må være fullstendig utfylt og underskrevet av trygdekontor, lege, fysioterapeut, psykolog eller jordmor. Andre behandlere med refusjonsrett etter folketrygdloven kapittel 5 (logoped/audiopedagog, tannlege og kiropraktor), har ikke anledning til å utstede RTV-blankett 2.32. Begrunnelsen for dette er først og fremst at trygden bare i noen tilfeller skal dekke reiseutgiftene ved behandling hos disse. Medlemmet må gå på trygdekontoret i ettertid å få refundert reiseutgiftene enten på bakgrunn av RTV-blankett 2.34, eller ved annen uttalelse hvor behandler godtgjør at pasienten av medisinske årsaker hadde krav på å benytte ekstraskyss.

Vurderingene av behovet for ekstraskyss skal være de samme enten rekvisisjon blir utstedt på forhånd, eller om medlemmet i ettertid krever refusjon av trygdekontoret. Drøftelsene nedenfor vil derfor gjelde for begge tilfellene.

#### **5.2.2 Medisinske vilkår for å utstede rekvisisjon**

I folketrygdloven § 5-16, 3. ledd heter det at taksten for billigste reisemåte skal legges til grunn, med mindre ”medlemmets helsetilstand gjør det nødvendig å nytte et dyrere transportmiddel”. Det er overlatt til behandler å vurdere når det av medisinske grunner er nødvendig å nytte annet

enn billigste rutegående transportmiddel. Siden det bare skal rekvireres ekstraskyss dersom det er nødvendig, må det foreligge en klar ulempe som skyldes medisinske forhold ved pasienten, for at behandler skal rekvirere dyrere transport.

### **5.2.3 Manglende offentlig kommunikasjon som vilkår for å utstede rekvisisjon**

Det er ingen klar hjemmel for å utstede rekvisisjon der offentlig kommunikasjon mangler. Rikstrygdeverket har imidlertid etter langvarig praksis godkjent dekning av utgifter til drosje av kommunikasjonsmessige grunner. Trygdekontoret kan derfor utstede rekvisisjon for den strekning på reisen som ikke har et rutegående transporttilbud. Det er et vilkår at medlemmet ikke har anledning til å kjøre egen bil på strekningen.

Det kan ikke utstedes rekvisisjon fordi rutetilbudet er begrenset. Dersom det er lenge å vente på rutegående transport, er det behandler som må utstede rekvisisjon dersom det ikke er medisinsk forsvarlig for medlemmet å vente på transporten. Det er ikke rom for å ta andre hensyn som for eksempel at barn venter hjemme.

Det er gjort unntak fra de generelle bestemmelsene ved innkallelse til dagkirurgi; trygdekontoret kan utstede rekvisisjon dersom medlemmet har behov for ekstraskyss fordi det ikke går rutegående transport når medlemmet må forlate hjemstedet om morgenen på operasjonsdagen. Ved sykehusinnleggelser kan klokkeslettet for fremmøte som regel tilpasses offentlig kommunikasjon.

### **5.2.4 Rekvisisjon skal kun utstedes mellom hjemsted og nærmeste behandlingssted**

I folketrygdloven § 5-16, 2. ledd heter det at det kun gis dekning for reise til ”det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis”. Det vil si at det bare er reiseutgifter til nærmeste lege, fysioterapeut mv. med driftstilskudd fra kommune/fylkeskommune, eller som er fastlønnet av kommunen, som dekkes av trygden. Det kan ikke tas hensyn til at annen behandler har et spesielt tilbud.

Merutgifter ved reise for å unngå ventetid på nærmeste behandlingssted, dekkes ikke. Dette gjelder også ekstra utgifter som påløper når pasienten selv velger et annet sykehus enn det nærmeste.

Ved innleggelse i helseinstitusjon regnes som nærmeste behandlingssted den helseinstitusjon som i følge fylkets helseplan skal foreta behandlingen. Det ytes dekning til reiseutgifter ved innleggelse i offentlig helseinstitusjon utenfor eget fylke når pasienten er henvist i samsvar med fylkeskommunale retningslinjer, og hjemstedsfylket betaler for behandlingsutgiftene.

### **5.2.5 Rekvisisjonen utstedes under ansvar**

Behandler skriver ut rekvisisjon under ansvar, jf. folketrygdloven § 25-12, 1. og 2. ledd.

## **5.3 PRAKSIS OG ENDRING AV RETNINGSLINJER FOR REKVIRERING**

Det har ikke vært mulig å få en klar oversikt over praksis for utstedelse av rekvisisjoner. Årsakene til det er bl.a at ikke alle rekvisisjonene kontrolleres, og at man ikke vet hvilke kriterier behandler har lagt til grunn ved utstedelsen.

Vi har i brev bedt fylkestrygdekontorene ta kontakt med noen behandlingssteder for å kartlegge praksis for rekvirering av syketransport hos noen behandlere. De fleste av fylkene har gitt tilbakemeldinger om dette. Tilbakemeldingene ble gitt på bakgrunn av undersøkelser, kontroller og erfaringer i fylkene.

Det er også sendt brev til de medisinske foreningene hvor det er bedt om deres synspunkter på gjeldende praksis og regelverk.

Feilutstedelse av rekvisisjoner har blant noen behandlere vist seg å skyldes dårlig kjennskap til reglene. Finnmark melder for eksempel om stadig nye turnuskandidater og utenlandske leger som ikke har gjort seg kjent med gjeldende regler på området. Det er derfor viktig at det brukes mye ressurser på å informere og følge opp rekvirentene for å påse at retningslinjene for utstedelse av rekvisisjon følges.

### **5.3.1 Hvem som utsteder rekvisisjon**

#### Dagens praksis

Svarene fra fylkestrygdekontorene sprikte i forskjellige retninger. Noen av fylkestrygdekontorene kjente ikke til at andre behandlere enn dem som er nevnt i mønsteravtalen utsteder rekvisisjoner. Andre fylkestrygdekontorer meldte om praksis som avviker fra retningslinjene både fordi det ikke skal utstedes rekvisisjoner til vedkommende behandling, og fordi behandler delegerer sin myndighet til å utstede rekvisisjoner.

En del fylker melder om at andre behandlere enn dem som er nevnt i mønsteravtalen skriver ut RTV-blankett 2.32, for eksempel kiropraktorer. Flere av fylkestrygdekontorene har tatt saken direkte opp med behandlerne. Noen steder har dette medført endring av praksis i samsvar med mønsteravtalen.

Det kan synes kunstig at det skilles mellom de ulike behandlerne med refusjonsrett etter folketrygdloven kapittel 5 når det gjelder retten til å utstede rekvisisjon. Det er ikke medisinsk uforsvarlig når andre behandlere utsteder rekvisisjon dersom vilkårene for utstedelse av rekvisisjon ellers er oppfylt. Det som skjer er at transportørene ofte inntar slike rekvisisjoner i sitt krav om direkte oppgjør. Dersom trygden ikke godtar dette, må eventuelt transportøren kreve tilbakebetaling av pasienten, slik at pasienten heller går på trygdekontoret og krever refusjon for beløpet. Alternativt må transportøren bære tapet. Det kan heller ikke være en ønsket situasjon.

Det kan se ut til at praksis for hvem som utsteder rekvisisjoner har sammenheng med institusjonens størrelse. Hos primærleger og på mindre legesentre er det stort sett legene som attesterer og vurderer behovet for ekstraskyss. Avvik fra retningslinjer gjør seg primært gjeldende på større sentre og institusjoner, som for eksempel store sykehus.

På en del store institusjoner har det utviklet seg en praksis hvor avdelingssykepleier eller ledende sykepleier vurderer behovet for, og attesterer rekvisisjon for ekstraskyss. Begrunnelsen for dette er at det kan være vanskelig å få tak i lege, og at sykepleier har bedre forutsetninger for å utstede rekvisisjon for ekstraskyss fordi de har bedre kjennskap både til pasientenes helsetilstand og retningslinjene for å utstede rekvisisjon. Fylkestrygdekontorene melder om at det er vanskelig å få direkte kontakt med leger og andre behandlere, og at informasjon som skal gis må gå gjennom sykepleiere. På røntgenavdeling og laboratorier er det radiolog og bioingeniør/fysiokjemiker som utsteder rekvisisjon. På disse avdelingene er det sjelden at lege er

tilgjengelig. Det antas at sykepleiere har den faglige medisinske kompetansen som er nødvendig for å kunne vurdere behovet for ekstraskyss.

Noen fylkestrygdekontorer melder også om at legen på forhånd har attestert på blankett 2.32 in blanco, så er det legesekretæren eller andre som sitter i resepsjonen som skriver ut rekvisisjonen. Enkelte steder attesterer legesekretæren rekvisisjonen. Denne praksis er ikke nødvendigvis medisinsk uforsvarlig dersom legen i journalen til pasienten har skrevet at pasienten skal ha ekstraskyss. Problemet er at verken trygden eller transportøren kan kontrollere om dette er gjort. Det er på det rene at dem som sitter i resepsjonen/skranken ikke har den medisinske kompetansen som kreves for å vurdere om pasienten trenger ekstraskyss.

Noen fylkestrygdekontorer melder om at det er et problem med rekvisisjoner på avveie. Det skal ha forekommet at transportører har fått rekvisisjonsblokker, og skriver ut rekvisisjoner på vegne av pasientene. Andre steder er det avdekket at pasienten selv har skrevet sin egen rekvisisjon. Et annet problem er at behandler utsteder såkalte blanco-rekvisisjoner. Verken pasientens navn eller reisestrekning er fullstendig utfylt. Her må det enkelte fylkestrygdekontor prøve å rydde opp i eget fylke. Rekvisisjoner som ikke er korrekt utfylt, skal ikke inngå i krav om direkte oppgjør.

#### Forslag til hvilke behandlere som bør kunne rekvirere syketransport

Prosjektet mener det er uheldig å skille mellom ulike behandlere når det gjelder retten til å utstede rekvisisjon for ekstraskyss som inngår i direkte oppgjør. Dagens praksis medfører en klar forskjellsbehandling mellom ulike pasientgrupper ved at noen selv må legge ut for transporten, mens andre pasienter bare må legge ut for egenandelen eller kan benytte frikort. Det forenkler utbetalingen og reduserer kontrolloppgaven at syketransport kan utbetales ved direkte oppgjør, uten at brukerne må henvende seg til trygdekontoret.

Ved å øke antall behandlere med rekvisisjonsrett, økes faren for at det utstedes rekvisisjon for behandling som trygden ikke yter stønad til. Noen fylkestrygdekontorer mener de har grunnlag for å hevde at antallet rekvisisjoner økte sterkt da fysioterapeutene fikk rekvisisjonsrett, men vi har ingen dokumentasjon på at dette var tilfellet. Ved behandling hos tannlege, dekker trygden bare i noen tilfeller reiseutgiftene. Ved å gi tannleger rett til å utstede rekvisisjon for ekstraskyss, kan resultatet bli at tannleger også utsteder rekvisisjon for reise til annen tannbehandling enn den trygden dekker.

Selv om det er en risiko for at antallet utstedte rekvisisjoner øker, mener prosjektet at hensynet til et enkelt regelverk, like regler og likebehandling av pasientgrupper bør veie tyngst. Ulempene ved å øke antall rekvirenter må avhjelpes med informasjonstiltak, oppfølging og kontroll både fra Rikstrygdeverket, fylkestrygdekontorer og trygdekontorer.

Prosjektet foreslår at medisinske behandlere som gir behandling etter folketrygdloven kapittel 5, kan utstede rekvisisjon for dyrere transport/ekstraskyss som kan inngå i krav om direkte oppgjør fra transportøren.

#### Delegasjon av retten til å utstede rekvisisjon

Det har i praksis vist seg at på større helseinstitusjoner kan det være vanskelig å finne tilgjengelig behandler som kan utstede rekvisisjon for dyrere transport/ekstraskyss. Prosjektet er enig i de signalene som er gitt fra fylkestrygdekontorer om at ansvaret for å utstede rekvisisjon bør kunne delegeres til annet medisinsk personell. Dette kan naturligvis føre til at det utstedes flere rekvisisjoner enn tidligere, med det kan også ha motsatt effekt. Leger vil som regel ha

dårlig tid til å vurdere behovet for dyrere transport, og kan ofte rekvirere slik transport for å unngå diskusjoner med pasientene. Leger er generelt skeptiske til å bruke store deler av sin arbeidstid til å fylle ut skjemaer. Prosjektet håper at trygden ved å åpne for en delegering av ansvaret for å rekvirere dyrere transport, kan stoppe den praksisen som er etablert flere steder ved at legesekretærer og liknende rekvirerer drosje for pasienten. Flere av fylkestrygdekontorene melder om at sykepleierne ofte har bedre kjennskap til vilkårene for å rekvirere ekstraskyss, og god kjennskap til pasientens helsetilstand. Det er ikke kjent at sykepleiere har en mer liberal tolking enn behandlere av det medisinske vilkåret for utstedelse av rekvisisjoner.

På laboratorier og røntgenavdelinger er det et problem at det ikke alltid er lege til stede. Faglig leder på disse stedene bør derfor gis adgang til å utstede rekvisisjoner.

Prosjektet foreslår at ved godkjente helseinstitusjoner gis direktøren fullmakt til å delegere ansvaret for å rekvirere dyrere transport/ekstraskyss til annet helsepersonell enn behandlere nevnt i folketrygdloven kapittel 5, dvs. til sykepleier og helsepersonell som er faglig ansvarlig ved røntgenavdeling og laboratorium.

Sykehusdirektøren må tilskrives, og i brevet må det fremheves hvilke regler som gjelder, og hvilket ansvar sykehuset som arbeidsgiver vil ha ved å delegere ansvaret for å skrive ut rekvisisjoner. Det forutsettes at sykehusets stempel benyttes av alle rekvirentene, og det bør fremheves at adgangen til å rekvirere skal begrenses til færrest mulig personer. Ved gjentatte feil vil ordningen måtte opphøre.

### **5.3.2 Tolkning av det medisinske vilkår for utstedelse av rekvisisjon**

#### Dagens praksis

Behandlere har kun rett til å utstede rekvisisjon for ekstraskyss dersom medlemmets helsetilstand gjør det nødvendig. De fleste fylkestrygdekontorene mener at behandlerne viser en for liberal og vilkårlig holdning til det å utstede syketransport-rekvisisjon. Noen fylkestrygdekontorer melder om konkrete tilfeller hvor retningslinjene er brutt.

På steder med dårlig utbygget rutegående transport, er terskelen for å skrive ut rekvisisjon på ekstraskyss antakelig lavere enn i områder med et godt utbygget rutenett. For å unngå at pasientene må vente i flere timer på rutegående transport, utsteder trolig behandlere heller en rekvisisjon på ekstraskyss.

Det er grunn til å tro at mange behandlere tar andre hensyn enn de medisinske når de vurderer pasientens behov for ekstraskyss. Eksempler på dette kan være pasientens familiesituasjon, barn som venter hjemme, pasientens alder osv. Det finnes også eksempler på behandlere som sier de utsteder rekvisisjon på ekstraskyss dersom pasientene ber om det.

#### Vurdering og forslag til retningslinjer

En viktig oppgave for trygden er å informere behandlerne om at de bare kan utstede rekvisisjon for dyrere transport/ekstraskyss der det ikke er medisinsk forsvarlig for pasienten å benytte billigste rutegående transportmiddel. Trygdeetaten bør informere om det rutegående transporttilbudet som finnes, og om muligheten for å benytte tilbringerdrosje frem til holdeplass for rutegående transport. I tillegg bør kostnadene til syketransport synliggjøres for rekvirentene.

Det er per i dag ikke gitt retningslinjer for hvilke medisinske kriterier som skal legges til grunn for å vurdere om ”medlemmets helsetilstand gjør det nødvendig” å benytte dyrere

transport/ekstraskyss. Det er den enkelte behandler som har de beste forutsetninger for å vurdere pasientens behov for ekstraskyss, men det kan gis retningslinjer som trekker opp en ytre ramme for behandlerens skjønn.

Vi foreslår at behandlere kan utstede rekvisisjon for dyrere transport/ekstraskyss, for eksempel ”dør til dør” transport, dersom

- det vil medføre urimelig ulempe for pasienten å benytte billigste rutegående transport, og
- ulempen skyldes forhold ved pasientens helsetilstand.

Det skal ikke utstedes rekvisisjon dersom ulempen er av en slik karakter at den kan avhjelpes ved for eksempel:

- at sjåfør eller liknende hjelper pasienten ved på- og avstigning
- følgehjelp
- tilbringerdrosje til nærmeste rutegående transport (rekvisisjon utstedes for denne strekningen).

I vurderingen av om det skal utstedes rekvisisjon for dyrere transport/ekstraskyss skal det foretas en helhetsvurdering av pasientens helsetilstand hvor det bl.a. kan legges vekt på:

- om pasienten har store inn- og avstigningsvansker
- om pasienten har store sittevansker
- om pasienten har betydelig redusert orienteringsevne, utover alminnelig alderdomssvakhet
- om pasienten av psykiske årsaker ikke kan ta rutegående transport.

Behandler kan ikke utstede rekvisisjon for dyrere transport/ekstraskyss pga. begrenset rutetilbud, eller mangel på rutegående transport. I slike tilfeller må pasienten ta kontakt med trygdekontor eller kjørekontor.

### **5.3.3 Praksis for rekvisisjon av kommunikasjonsmessige grunner**

Dagens praksis:

Det hender trygden utsteder rekvisisjon på ekstraskyss på tross av at det er mulig å ta et billigere rutegående transportmiddel. I Finnmark utsteder trygden rekvisisjon på fly selv om det er mulig å ta for eksempel buss. Grunnen til dette er at reisetiden ellers vil bli urimelig lang, opptil 76 timer.

Som vist under punkt 5.3.2, utsteder behandlere rekvisisjon pga. dårlig rutegående transporttilbud. Det savnes en øvre grense for hvor lenge en pasient maksimalt må vente på rutegående transport. Flere behandlere synes det er vanskelig og tidkrevende å vurdere ventetid opp mot om det er helsemessig nødvendig å benytte ekstraskyss.

Det kan synes urimelig å forvente at en pasient skal vente i mange timer eller reise i flere dager for å få dekket alle sine reiseutgifter (minus egenandel). Problemstillingen er bare aktuell utenfor tettbygde strøk, og det kan hevdes at rigide regler for reisedekning rammer personer i utkantstrøk. Dette er imidlertid ikke noe som gjelder spesielt for transport til behandling. Rutetilbudet i fylket er fylkeskommunenes ansvar.

### Forslag til rundskrivsendring

Prosjektet mener det bør settes en øvre grense for hvor lenge en pasient skal vente før og etter behandling, og for hvor lang tid reisen skal ta før trygdekontor/kjørekontor kan utstede rekvisisjon for dyrere transport/ekstraskyss uavhengig av medisinske vilkår. Med dyrere transport/ekstraskyss menes all transport som er dyrere enn billigste transportalternativ, eksempelvis fly og dør til dør transport med drosje. Dette *kan* medføre økte utgifter for trygden ved at flere benytter annen transport enn billigste rutegående transportmiddel, men en utgiftsøkning er ikke nødvendigvis konsekvensen. I praksis viser det seg at behandlere skriver ut rekvisisjon på dyrere transport for at pasienten skal slippe å vente lenge på rutegående transport. Behandlere har i dag ingen holdepunkter for hva som bør anses som akseptabel ventetid. Dersom de for fremtiden vet at pasienten får rekvisisjon på dyrere transport hvis ventetiden blir urimelig lang, kan dette føre til at behandlere ikke lenger utsteder rekvisisjon på dette grunnlag. Det kan også bli mer akseptert at en pasient må godta å vente i for eksempel inntil 3 timer på transport.

Prosjektet foreslår at ventetid før oppsatt time for behandling ikke skal overstige 3 timer. Det samme gjelder etter behandling.

For reiselengde over 20 mil hver vei, foreslår prosjektet følgende: Hvis beregnet reisetid med billigste rutegående transportmiddel en vei er mer enn 4 ganger så lang som reisetiden med dyrere transport, kan trygdekontoret utstede rekvisisjon for ekstraskyss uavhengig av medisinske vilkår.

For øvrig vises til punkt 6.2 hvor det foreslås at hjemmel for å utstede rekvisisjon pga. kommunikasjonsmessige forhold inntas i lov og forskrift.

### **5.3.4 Nærmeste sted**

#### Dagens praksis:

Flere fylkestrygdekontorer melder om at det er et stort problem at pasienter får rekvisisjon til andre behandlere enn den nærmeste. Det krever utstrakt kontroll for å avdekke slike feil. Rikstrygdeverket er også kjent med at behandlere rekvirerer hjemtransport fra det sted pasienten er på ferie.

Noen fylkestrygdekontorer har ved kontroller funnet rekvisisjoner hvor legen har gjort anmerkninger som ”skal innom frisøren”, ”skal innom apoteket” eller ”må følges inn på butikken” osv.

Prosjektet har ingen forslag til løsning på disse problemene utover ordinære informasjons- og kontrolltiltak.

”Nærmeste sted” behandles også i punkt 6.4.

### **5.4 FORSLAG TIL RETNINGSLINJER**

Prosjektet foreslår at det lages kortfattede retningslinjer for rekvirering av syketransport som distribueres til alle rekvirenter. Slike retningslinjer vil ikke erstatte rundskriv på området, men berører de viktigste punktene behandlere skal vurdere før rekvisisjon for dyrere

transport/ekstraskyss utstedes. Utkast til retningslinjer er vedlagt rapporten (vedlegg 3), men utkastet er ikke ferdig bearbeidet.

## **5.5 SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER**

### **5.5.1 Hvem som kan utstede rekvisisjon**

Slik det er nå, er det bare lege, jordmor, fysioterapeut og psykolog som kan utstede rekvisisjon for dyrere transport/ekstraskyss. En del fylkestyrgdekontorer og behandlerforeninger mener vi bør åpne for at alle behandlere med refusjonsrett kan utstede rekvisisjon for ekstraskyss, dvs. også kiropraktor, tannlege og logoped/audiopedagog. Dette vil forenkle oppgjøret og sikre like praktiske ordninger for alle pasientgrupper.

Det har videre kommet tilbakemeldinger fra fylker og større helseinstitusjoner om at det er behov for at også annet helsepersonell enn medisinske behandlere skal kunne utstede rekvisisjoner.

Prosjektets forslag:

- Alle behandlere med refusjonsrett etter folketrygdloven kapittel 5, kan utstede rekvisisjon for syketransport som kan inngå i krav om direkte oppgjør.
- Ved godkjente helseinstitusjoner gis direktøren adgang til å delegere ansvaret for å rekvirere dyrere transport/ekstraskyss til annet helsepersonell enn behandlere nevnt i folketrygdloven kapittel 5, dvs. til sykepleier og helsepersonell som er faglig ansvarlig ved røntgenavdeling og laboratorium.

### **5.5.2 Medisinske vilkår for å utstede rekvisisjon**

Fylkene melder om at mange behandlere viser en liberal og vilkårlig holdning til å utstede rekvisisjoner. Det er per i dag ikke gitt nærmere retningslinjer for hva som forstås med ”helsemessige grunner” for å kunne bruke dyrere transport.

Prosjektet foreslår:

- Behandlere kan utstede rekvisisjon for dyrere transport/ekstraskyss, for eksempel ”dør til dør” transport, dersom
  - det vil medføre urimelig ulempe for pasienten å benytte billigste rutegående transport, og
  - ulempen skyldes forhold ved pasientens helsetilstand.
- Det skal ikke utstedes rekvisisjon dersom ulempen er av en slik karakter at den kan avhjelpest ved for eksempel:
  - at sjåfør eller liknende hjelper pasienten ved på- og avstigning
  - følgehjelp
  - tilbringerdrosje til nærmeste rutegående transport (rekvisisjon utstedes for denne strekningen).
- I vurderingen av om det skal utstedes rekvisisjon for dyrere transport/ekstraskyss skal det foretas en helhetsvurdering av pasientens helsetilstand hvor det bl.a. kan legges vekt på:

- om pasienten har store inn- og avstigningsvansker
  - om pasienten har store sittevansker
  - om pasienten har betydelig redusert orienteringsevne, utover alminnelig alderdomssvakhet
  - om pasienten av psykiske årsaker ikke kan ta rutegående transport.
- Behandler kan ikke utstede rekvisisjon for dyrere transport/ekstraskyss pga. begrenset rutetilbud, eller mangel på rutegående transport. I slike tilfeller må pasienten ta kontakt med trygdekontor eller kjørekontor.
  - Retningslinjer for når behandlere kan rekvirere dyrere transport trykkes opp og distribueres til rekvirentene.

### **5.5.3 Rekvisisjon av kommunikasjonsmessige grunner**

Prosjektet mener trygdekontor/kjørekontor i trygdens regi bør kunne utstede rekvisisjon for dyrere transport/ekstraskyss uavhengig av medisinske grunner dersom vilkårene nedenfor er oppfylt:

- Pasienten skal ikke vente mer enn 3 timer før oppsatt time. Det samme gjelder etter behandling.
- For reiselengde over 20 mil hver vei, foreslås følgende: Hvis reisetid med billigste rutegående transportmiddel en vei er mer enn 4 ganger så lang som reisetiden med dyrere transport, kan trygdekontoret utstede rekvisisjon for ekstraskyss uavhengig av medisinske vilkår.

## 6. REGELVERKET FOR SYKETRANSPORT

**Mandatets punkt 1 d: "Vurdere endringer i regelverket for syketransport med sikte på bedre og mer effektiv bruk av statlige tilskuddsmidler".**

### 6.1 INNLEDNING

Med "regelverket for syketransport" forstår prosjektet lov, forskrifter og Rikstrygdeverkets retningslinjer (rundskriv). Med "bedre og mer effektiv bruk av statlige tilskuddsmidler" forstår vi endringer i regelverket som kan gi bedre utnyttelse av stønadsmidlene som bevilges til syketransport i form av mer transport mv. for pengene, mer rasjonelle ordninger og forbedringer for medlemmene.

Prosjektet har foretatt en gjennomgang av regelverket, og i den sammenheng også vurdert enkelte endringer som ikke primært gjelder bedre og mer effektiv bruk av stønadsmidlene.

### 6.2 LOVENS BESTEMMELSER

Bestemmelsene om syketransport er samlet i folketrygdløven § 5-16 til 5-18.

#### 6.2.1 Dyrere transport på grunn av manglende rutetilbud

§ 5-16 tredje ledd lyder:

"Ved beregningen av stønaden skal taksten for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel legges til grunn, med mindre medlemmets helsetilstand gjør det nødvendig å nytte et dyrere transportmiddel."

Etter § 5-16 er dekning av dyrere transport knyttet opp mot medlemmets helsetilstand. Loven angir ikke hvilken dekning som kan gis hvis det ikke går rutegående transport på strekningen (evt. deler av strekningen). Etter fast og langvarig praksis dekkes trygden utgifter til dyrere transport når det ikke går rutegående transport, og i noen tilfeller hvor bruk av rimeligste rutegående transportmiddel er svært uhensiktsmessig. I forbindelse med dagkirurgi heter det i Rikstrygdeverkets rundskriv at trygdekontoret kan utstede rekvisisjon for dyrere transport hvis det ikke går rutegående skyss når medlemmet må forlate hjemstedet om morgenen på operasjonsdagen (s. 12-13 i rundskriv til § 5-16 Reise, opphold, ledsager - transportavtale). I Nord-Norge praktiseres det at utgifter til bruk av fly dekkes når reisetiden blir svært lang ved bruk av rimeligere rutegående transport.

Prosjektet foreslår at innarbeidet praksis med at utgifter til dyrere transport dekkes når det ikke går rutegående transport, lov- og forskriftsfestet.

Forslag til regelendringer:

*Lovens § 5-16 tredje ledd*

"Ved beregningen av stønaden skal taksten for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel legges til grunn, med mindre medlemmets helsetilstand gjør det nødvendig å nytte et dyrere transportmiddel, eller det ikke går rutegående transport."

### *Forskriftens § 2 nr 1 første ledd*

"Folketrygden gir stønad til dekning av reiseutgifter. Til grunn for beregning av stønaden legges billigste reisemåte til nærmeste sted der den nødvendige undersøkelse eller behandling kan foretas."

### *Forskriftens § 2 nr 2 første ledd*

"Gjør medlemmets helsetilstand det nødvendig å nytte dyrere transportmiddel, dekkes de nødvendige nødvendige utgifter som dette medfører. Det samme gjelder hvis det ikke går rutegående transport, og ved behov for øyeblikkelig hjelp. Jf. likevel bestemmelsene nedenfor i denne paragraf."

Nærmere presisering av hva som forstås med at det "ikke går rutegående transport" kan gis i Rikstrygdeverkets rundskriv. Se for øvrig kap. 5 i rapporten (rekvirering av syketransport).

## **6.3 FORSKRIFTEN OM DEKNING AV REISEUTGIFTER**

### **6.3.1 Samlet dekning for reise- og oppholdsutgifter (§ 7)**

I en del tilfeller vil det falle rimeligere for trygden at pasienten overnatter ved behandlingsstedet i stedet for å reise hjem mellom hver behandling. Hvis medlemmet f.eks. får dekket drosjeutgifter til hver behandling, vil drosjeutgiftene ofte være større enn hva overnatting ved behandlingsstedet ville kostet. Trygdens lave satser for kost og overnatting kan medføre at pasienten likevel velger å reise fram og tilbake til den enkelte behandling.

Det kan virke firkantet og være vanskelig å forklare utad at trygden dekker bruk av drosje fram og tilbake hver dag, men ikke overnattingsutgifter som er lavere enn drosjeutgiftene, og som ville spare trygden for utgifter.

Prosjektet foreslår at det innføres et prinsipp om at trygden i stedet for dekning av transportutgifter kan dekke utgifter til kost og losji utover satsene i forskriftens § 3 til 5 når dette samlet sett gir lavere utgifter til reise og opphold for trygden. Som et alternativ kan endringen bare gjelde overnattingsutgifter.

Forslaget vil bety at reglene blir mer fleksible (smidigere), og at ordningen blir bedre for en del brukere. Forslaget antas å gi lavere utgifter, men besparelsene er usikre. I forbindelse med drosjetransport er det en usikkerhetsfaktor om turen kunne blitt samordnet, og innsparingseffekten vil også avhenge av i hvilken utstrekning pasientene allerede i dag velger å overnatte ved behandlingsstedet, og får dekning begrenset til gjeldende satser for kost og overnatting.

Den foreslåtte endring vil fjerne ett uheldig utslag av regelverket - at høye transportutgifter dekkes, men ikke rimeligere overnattingsutgifter som ville gitt trygden besparelser. Endringen vil imidlertid skape et annen uheldig utslag. Det er at dekningen av oppholdsutgifter vil variere. I noen tilfeller dekkes utgiftene etter trygdens satser, i andre tilfeller kan det gis dekning utover disse satsene. Dette kan f.eks. bety at et medlem som reiser med buss til behandling får lavere dekning av oppholdsutgifter hvis vedkommende velger å overnatte enn et annet medlem som må benytte drosje til samme behandling, og som reiser akkurat samme strekning. Likledes vil det kunne bli forskjellig dekning for medlemmer som kan reise fram og tilbake samme dag i forhold til medlemmer som må oppholde seg ved behandlingsstedet.

Forslaget vil også bety noe mer saksbehandling for trygdekontoret, men vi har fått flere

henvendelser fra ytre etat om dette spørsmålet, og da i form av ønsker om smidigere regler på området.

Prosjektet foreslår at det inntas et nytt første ledd i § 7 i forskriften, og at overskriften til paragrafen endres:

#### "§ 7 Samlet dekning for reise- og oppholdsutgifter

Hvis medlemmet velger å overnatte ved behandlingsstedet i stedet for å reise hjem mellom hver behandling, kan utgifter til kost og overnatting dekkes utover satsene i § 3 til 5 såfremt dette samlet sett gir lavest utgifter til reise og opphold for trygden."

Nærmere retningslinjer for ordningen kan gis i Rikstrygdeverkets rundskriv.

### **6.3.2 Begrensning i dekning av oppholdsutgifter (§ 5)**

Etter § 5 reduseres trygdens maksimale utgiftsdekning for kost og losji med 5 kroner per døgn hvis oppholdet ved behandlingsstedet varer seks døgn eller mer i sammenheng. Dette er en helt marginal reduksjon i stønaden, og vi foreslår at forskriften endres slik at maksimal utgiftsdekning blir den samme uansett om oppholdet varer mer eller mindre enn seks døgn.

Det kan argumenteres for at dekning av faktiske overnattingsutgifter vil være viktigere for medlemmet jo lengre oppholdet varer, og at det derfor er urimelig at stønaden settes ned i forbindelse med langvarig behandling.

I utgangspunktet dekkes overnatting i hotell mv. med inntil 130 kroner per døgn når oppholdet ved behandlingsstedet varer seks døgn eller mer. Dekning kan gis med inntil 185 kroner per døgn "dersom medlemmet godtgjør at billigere opphold ikke kunne skaffes". Vi antar at tillegget om å godtgjøre at billigere opphold ikke kunne skaffes har lite reelt innhold. I praksis dekkes trolig utgifter inntil maksimalsatsen uten nærmere begrunnelse. Det er dessuten vanskelig å se hva slags begrunnelse som skal kreves. Etter vårt syn kan ikke medlemmet forventes å dokumentere at billigere opphold ikke kunne skaffes, og trygdekontoret vil neppe ha kunnskap om hvilke alternative overnattingsmuligheter som kan ha vært tilgjengelig.

Mulighetene for å finne rimelig overnatting kan øke når oppholdet ved behandlingsstedet strekker seg over en lengre periode. Dette antas å være begrunnelsen for begrensningene i utgiftsdekningen i § 5. Satsene for overnattingsgodtgjørelse må imidlertid betegnes som lave i forhold til normale overnattingsutgifter. Satsene gjelder losji i hotell, pensjonat, gjestgiveri og tilsvarende, og maksimalt stønadsbeløp er 185 kroner per døgn. Vi antar at trygdens stønadsats ikke dekker faktiske overnattingsutgifter i vanlige tilfeller. Hvis det skulle finnes rimeligere overnattingstilbud enn 185 kroner per døgn, antar vi at utgiftsdekningen vanligvis ikke reduseres med den begrunnelse at billigste overnattingsalternativ ikke er benyttet. Det synes heller ikke særlig rimelig at stønaden reduseres med en slik begrunnelse.

Primært foreslår prosjektet at § 5 utgår. Sekundært foreslås at taket for utgiftsdekning blir det samme enten oppholdet ved behandlingsstedet varer mer eller mindre enn seks døgn (dvs. at maksimalsatsen heves fra 320 kroner til 325 kroner per døgn).

En opphevelse av § 5 vil være en regelforenkling. Vi antar at paragrafen kommer til anvendelse i få tilfeller, og en opphevelse vil ha liten økonomisk betydning for trygden. Videre antas at

paragrafen i praksis dels ikke blir fulgt etter sin ordlyd. Det kan også synes mest rimelig at vilkårene for stønad og stønadsnivået er de samme uansett om oppholdet ved behandlingsstedet varer mer eller mindre enn seks dager i sammenheng.

### 6.3.3 Overføring mellom helseinstitusjoner (§ 2 nr 1)

§ 2 nr 1 fjerde ledd lyder:

"Utgifter til overføring mellom helseinstitusjoner dekkes ikke etter disse forskrifter med mindre overføring skjer av medisinske grunner."

Vi mener det vil være en fordel at det offentliges utgiftsansvar for overføring av pasienter mellom helseinstitusjoner plasseres ett sted. Dette vil gi klarere regler, og man slipper unødig saksbehandling i tilfeller hvor det er tvil om hvem som har utgiftsansvaret.

Det kan være vanskelig for trygden å ta stilling til om overføring skjer av medisinske grunner, eller om overføringen skyldes plassmangel, et ønske fra pasienten e.l. Prosjektet foreslår at trygden ikke lenger skal ha ansvar for dekning av syketransport-utgifter ved overføring av pasienter mellom helseinstitusjoner. Transportutgifter for innlagte pasienter er i utgangspunktet et fylkeskommunalt ansvar, og det samme foreslår vi skal gjelde for overføring av pasienter mellom institusjoner.

Prosjektet foreslår at siste del av § 2 nr 1 fjerde ledd strykes slik at ordlyden blir:

"Utgifter til overføring mellom helseinstitusjoner dekkes ikke etter denne forskriften."

Før en eventuell forskriftsendring, må de økonomiske konsekvenser for fylkeskommunen avklares nærmere.

### 6.3.4 Dekning av tapt arbeidsinntekt ved yrkesskade (§ 8)

§ 8 gir særlige rettigheter til personer med yrkesskade. Ved nødvendig fravær fra arbeidsplassen på grunn av reise til lege mv. ved yrkesskade, dekkes tapt arbeidsinntekt med inntil 35 kroner per time, begrenset til 250 kroner per dag.

Dekningen må sies å være lav i forhold til dagens inntektsnivå. Vi antar at bestemmelsen blir lite brukt, og at ordningen har liten økonomisk betydning for medlemmene.

Prosjektet foreslår at § 8 utgår. Dette vil bety en regelforenkling, og gi noe økonomisk innsparing (tapt arbeidsinntekt ved yrkesskade føres ikke på egen konto, og vi kan derfor ikke angi innsparingsens størrelse).

Endringen vil innebære at tapt arbeidsinntekt kun dekkes for nødvendig ledsager.

### 6.3.5 Andre endringer

#### Forhåndsgodkjenning (§ 1 nr 2)

Etter forskriften er det i utgangspunktet et vilkår for å få stønad at tilsagn fra trygdekontoret er innhentet på forhånd. Dette samsvarer dårlig med dagens praksis. Det er snarere i unntakstilfeller at forhåndstilsagn fra trygdekontoret innhentes. Om forhåndstilsagn er innhentet eller ikke, har neppe betydning for retten til stønad. Det er vanskelig å tenke seg at trygdekontoret kan avslå et

krav om reisedekning fordi forhåndstilsagn ikke er innhentet.

Forhåndsgodkjenning kan være av verdi for medlemmet i en del tilfeller fordi medlemmet da vil ha sikkerhet for at utgiftene dekkes. Det vil imidlertid ikke være noe i veien for at et medlem får forhåndstilsagn om utgiftsdekning selv om den generelle regelen om at forhåndstilsagn skal innhentes, fjernes.

Vilkåret om forhåndstilsagn gjelder for øvrig ikke for pårørendes reise til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og til familievernkantor.

Vi foreslår at forskriftens § 1 nr 2 utgår. Det er uheldig å ha forskriftsbestemmelser som harmonerer dårlig med hva som i praksis skjer, og vi kan ikke se at det er et reelt behov for en generell regel om forhåndstilsagn fra trygdekontoret. Det er stønadsreglene som er (og bør være) avgjørende for medlemmets rettigheter, ikke om forhåndstilsagn er innhentet.

En eventuell opphevelse av § 1 nr 2 bør ses i sammenheng med tilsvarende bestemmelse på andre områder av lovens kap. 5.

#### Språklig forenkling - § 1 nr 1

Forskriftens § 1 nr 1 gir en redegjørelse for når trygden yter stønad til dekning av reiseutgifter. I første ledd heter det bl.a.: "For at det skal gis slik stønad må det på en for trygdekontoret tilfredsstillende måte godtgjøres at reisen, ledsagelsen og/eller oppholdet er nødvendig av medisinske eller behandlingmessige grunner". Vi foreslår at ordlyden forenkles til: "Det er et vilkår for stønad at reisen, ledsagelsen og/eller oppholdet er nødvendig av medisinske eller behandlingmessige grunner".

Forslaget er ikke ment å innebære noen realitetsendring.

### **6.3.6 Endringer som har vært vurdert**

#### Bruk av stønadsbudsjettet for syketransport til kjøp av utstyr mv.

Dialyse-pasienter må i noen tilfeller reise ofte og langt for å komme til nærmeste behandlingssted. Utgiftene til f.eks. drosje kan bli høye. Ved i stedet å bruke av stønadsmidlene for syketransport til kjøp og betjening av et dialyse-apparat nær pasientens bosted, kunne samfunnet spare penger og pasienten ulempene ved lange reiser. Dette har vært trukket fram som et eksempel på at regelverket bør gi rom for bruk av reisepenger til kjøp av utstyr mv. når dette totalt sett gir lavest utgifter.

Problemstillingen har vært vurdert tidligere, og forslag har blitt avvist. Prosjektet kan ikke se at det har tilkommet nye momenter som gir grunn til å anta at vurderingen av dette spørsmålet har endret seg.

#### Km-godtgjørelse for dyrere transport (§ 2 nr 2)

Det kan tenkes innført en fast km-godtgjørelse for bruk av ekstraskyss, evt. uavhengig av ventetid mv. under reisen (dvs. at sjåføren ikke får ekstra betalt for venting mv.). Forslaget kan innebære en forenkling, men det bør evt. gjennomføres en nærmere analyse av konsekvensene.

Prosjektet foreslår at innføring av en fast km-godtgjørelse for bruk av dyrere transport utredes nærmere hvis maksimalprisforskriften for drosjekjøring oppheves.

### Km-godtgjørelse for bruk av rutegående transport (§ 2 nr 1)

Innføring av en km-godtgjørelse for bruk av rutegående transport kan gi forenklet behandling av reiseoppgjør i en del tilfeller. Det vil ikke alltid være mulig å angi nøyaktig reiselengde, og en km-godtgjørelse må derfor kombineres med en sone-/avstandsinndeling (eksempelvis 0-5 km, 6-10 km osv). Det er usikkert hvordan en slik ordning vil slå ut, og hvor enkelt den vil fungere i praksis. Utgiftsdekningen kan bli en del endret i forhold til i dag.

Utslagene av å innføre en km-godtgjørelse vil være usikre. Konsekvensene av en slik endring må eventuelt utredes nærmere. Prosjektet finner ikke å kunne anbefale en slik ordning uten nærmere analyse, men anbefaler at en slik analyse gjennomføres.

### Km-satsen for bruk av privat bil (§ 2 nr 2)

Trygdens km-godtgjørelse for bruk av privat bil er lav i forhold til km-godtgjørelsen i statens reiseregulativ. En heving av stønaden vil trolig føre til at en del medlemmer som har rett til dyrere transport, i stedet velger å benytte egen bil ved reise til behandling. På den annen side vil en heving av stønadssatsen gi merutgifter per kjørt km.

Etter prosjektets vurdering er det tvilsomt om en heving av km-godtgjørelsen for bruk av privat bil vil gi bedre og mer effektiv bruk av stønadsmidlene på syketransportområdet.

### Likestille privat bil og rutegående transport (§ 2)

Etter forskriften er km-godtgjørelsen for bruk av privat bil knyttet opp mot at medlemmets helsetilstand gjør det nødvendig å benytte dyrere transport. Km-satsen for bruk av egen/privat bil er normalt ikke vesentlig høyere enn takst for billigste rutegående transportmiddel. Det kan være en forenkling av reglene å likestille bruk av privat bil med bruk av billigste rutegående transport. Endringen må antas å gi noe økte utgifter.

Det er ikke klart at en regelendring vil gi bedre og mer effektiv bruk av statlige tilskuddsmidler, og prosjektet fremmer derfor ikke forslag om endring av regelverket.

### Høyere satser for kost og overnatting (§ 3 og 4)

Dagens satser er relativt lave. Trygden yter 135 kroner per døgn i kostgodtgjørelse, og inntil 190 kroner per døgn i overnattingsgodtgjørelse hvis overnatting har funnet sted i hotell, pensjonat, gjestgiveri o.l. Det kan synes rimelig med en heving av satsene, spesielt satsen for overnatting, men dette er et budsjettspørsmål.

Endrede satser for kost og overnatting kan etter vårt syn neppe sies å føre til bedre og mer effektiv bruk av statlige tilskuddsmidler.

### Utgiftsdekning for nødvendig ledsager (§ 6)

Det kan være behov for en gjennomgang av reglene for dekning av tapt arbeidsinntekt for ledsager. Prosjektet mener det er usikkert om en slik gjennomgang vil resultere i bedre og mer effektiv bruk av statlige tilskuddsmidler, og vi har ikke prioritert en nærmere vurdering av § 6. Vi anbefaler imidlertid en det foretas en gjennomgang av bestemmelsene i forskriftens § 6.

### Reise til fjernere behandlingssted (§ 2)

Når medlemmet selv velger å reise til en fjernere behandler for å unngå ventetid på nærmeste behandlingssted, begrenses trygdens utgiftsdekning til nærmeste behandlingssted.

Prosjektet har vurdert om det i slike tilfeller kan være rimelig at medlemmet må dekke alle

reiseutgiftene selv. Hvis medlemmet velger å reise til en annen behandler for å "gå foran i køen", synes det ikke urimelig at vedkommende må betale hele reisen selv. Medlemmet må allerede etter dagens regler dekke merutgiftene som en lengre reise medfører.

Etter gjeldende retningslinjer skal trygdekontoret yte stønad etter hva en tenkt reise til nærmeste behandlingssted ville kostet. Dette er ikke alltid like enkelt å anslå. Hvis dekning fra trygden bortfaller, vil det bety en regelforenkling. Det vil også føre til innsparinger på stønadsbudsjettet.

En regelendring vil imidlertid bety at reiseutgifter ikke dekkes av trygden i tilfeller hvor medlemmet ikke har kjent til bestemmelsen om nærmeste sted, eller ikke vært klar over hva som var nærmeste behandler. Vi antar at medlemmet ofte ikke vil ha oversikt over hvem som er nærmeste behandler, og det kan være urimelig om medlemmet i slike tilfeller må dekke alle reiseutgiftene selv.

Prosjektets konklusjon er at dagens regler ikke bør endres.

#### Samordning av syketransport

Prosjektet har ikke funnet at regelverket for syketransport skaper hindringer for en effektiv samordning av transporter.

## **6.4 RIKSTRYGDEVERKETS RUNDSKRIV**

### **6.4.1 Nærmeste sted**

I lovens § 5-16 andre ledd heter det at stønad bare ytes til det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis. Forskriften om dekning av reiseutgifter har følgende ordlyd (§ 2 nr 1 første ledd):

"Folketrygden gir stønad til dekning av reiseutgifter. Til grunn for beregning av stønaden legges taksten for billigste reisemåte med rutegående transportmiddel til nærmeste sted der den nødvendige undersøkelse eller behandling kan foretas."

Rikstrygdeverket har tolket regelen om nærmeste sted slik at det ikke kan tas hensyn til at en lege, fysioterapeut m.v. har et spesielt tilbud, f.eks. en egen behandlingsteknikk, eller anses spesielt egnet til å behandle bestemte lidelser. Merutgifter for å unngå ventetid på nærmeste behandlingssted, dekkes heller ikke. Bestemmelsen om ventetid tolkes strengt slik at det er uten betydning hvor lang ventetiden er. I noen tilfeller vil det være slik at det i realiteten ikke eksisterer et behandlingstilbud i kommunen eller fylket. En slik situasjon er ikke utførlig kommentert i Rikstrygdeverkets rundskriv, men praksis synes å ha vært at reiseutgifter heller ikke da dekkes til et fjernereliggende behandlingssted.

Når ventetiden for behandling er svært lang, eller behandlingstilbudet i kommunen/fylket er mangelfullt, blir pasienten skadelidende. Verken trygden eller kommunen/fylkeskommunen er pålagt å dekke reiseutgifter til et fjernere behandlingssted.

Etter lov om helsetjenesten i kommunene skal landets kommuner sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen (lovens § 1). Kommunen skal dekke utgiftene ved helsetjeneste den har ansvaret for (§ 5-1). Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen der han eller hun oppholder seg (§ 2-1). § 2-4 omhandler klageadgang for den som søker helsehjelp. Departementet kan påby samarbeid mellom kommuner når det finnes påkrevet for en tilfredsstillende løsning av oppgaver innen helsetjenesten (§ 1-5).

Liknende bestemmelser finnes i lov om sykehus mv. Det heter f.eks. i § 2 i sykehusloven at enhver fylkeskommune skal sørge for planlegging, utbygging og drift av institusjoner og tjenester slik at behovet for nødvendig undersøkelse, behandling og opphold i helseinstitusjon blir dekket for befolkningen innen området.

Fylkeskommunen/kommunen løser ikke sine lovpålagte oppgaver når det ikke gis et tilfredsstillende behandlingstilbud i fylket/kommunen. Det kan synes rimelig at fylkeskommunen da har et ansvar for dekning av ekstra reiseutgifter hvis pasienten reiser til et fjernere behandlingssted. Vi finner det ikke like naturlig at trygden skal tre inn og dekke merutgifter som følge av et manglende tilbud i fylket/kommunen. Dersom trygden dekker merutgiftene, kan dette bidra til å uthule fylkeskommunens/kommunens ansvar for å gi et behandlingstilbud. Vi tror også at presset på fylkeskommunen/kommunen for å oppfylle lovpålagte plikter blir større hvis det får konsekvenser at behandlingstilbudet er mangelfullt.

Hvis trygden eventuelt skal dekke reiseutgifter til annen kommune/annet fylke på grunn av lang ventetid eller manglende behandlingstilbud, må det settes klare rammer for en slik ordning. Hva som er akseptabel ventetid for behandling, vil variere etter hvor akutt tilstanden er/lidelsens alvorlighetsgrad. Det vil ventelig være vanskelig å gi normer for akseptabel ventetid som trygdekontoret enkelt kan følge opp. Det kan muligens settes en generell ytre grense for ventetid, slik at reiseutgifter dekkes hvis maksimal tid for å vente på behandling overskrides. Dette forutsetter at det er registrert når pasienten første gang søkte behandling. En slik ordning kan medføre at trygden ofte dekker ekstra reiseutgifter i forbindelse med behandling som ikke er prioritert. Vi antar at ventetiden gjennomgående er lengst for behandling som ikke er høyt prioritert. Tilsvarende kan gjelde hvis kommunen eller fylket ikke har et reelt behandlingstilbud. Dette kan være resultat av en bevisst prioritering, og trygdedekning i slike tilfeller vil bety at trygden refunderer ekstra reiseutgifter i forbindelse med behandling som er lavt prioritert.

Det er grunn til å tro at en oppmykning av regelverket på dette området vil bli benyttet, og kan få betydelige økonomiske konsekvenser. Her bør også samfunnsøkonomiske vurderinger knyttet til ekstra reiseutgifter ved behandling på et fjernere sted, trekkes inn.

Vår konklusjon er at kommune og fylkeskommune bør få et økonomisk ansvar for dekning av pasientens reiseutgifter i de tilfeller forpliktelsene om å gi et behandlingstilbud ikke oppfylles, eller ventetiden for behandling er urimelig lang. Kommunens/fylkeskommunens ansvar bør omfatte dekning av pasientens reiseutgifter til behandling utenfor kommunen/fylket.

#### **6.4.2 Endringer som har vært vurdert**

##### Attestasjon i stedet for rekvisisjon

Behandlere kan rekvirere dyrere transport ved å fylle ut RTV-blankett 2.32. Når transport ikke rekvireres/utføres i henhold til regelverket (jf. bestemmelsen om nærmeste sted), kan det skape problemer med hensyn til utgiftsdekningen. Transport med drosje inngår som regel i et direkte oppgjør mellom trygden og transportøren, og drosjeeieren kan hevde at transporten ble utført i god tro. Hvis behandlere bare attesterer at pasienten har behov for ekstrasyss, kan det være lettere å gjøre transportøren ansvarlig for at regelverket følges. Etter sin bruk fungerer imidlertid RTV-blankett 2.32 som en rekvisisjonsblankett, og det er lettere å påvirke/stille krav til behandlere med hensyn til utfylling når blanketten er et "verdipapir" (en rekvisisjon).

Prosjektet finner ikke at det er grunn til å gå bort fra ordningen med at behandlere kan rekvirere dyrere transport.

## 6.5 SAMMENFATNING

Prosjektets forslag:

- Det er innarbeidet praksis at utgifter til dyrere transport dekkes når det ikke går rutegående transport. Praksisen foreslås lov- og forskriftsfestet.
- I stedet for dekning av transportutgifter, kan utgifter til kost og losji dekkes utover satsene i forskriftens § 3 til 5 når dette samlet sett gir lavere utgifter til reise og opphold for trygden. Eventuelt kan forslaget bare gjelde overnattingsutgifter.
- Forskriftsbestemmelsen om begrensning i dekning av oppholdsutgifter (§ 5) bør utgå. Sekundært foreslås at taket for utgiftsdekning blir det samme enten oppholdet ved behandlingsstedet varer mer eller mindre enn seks døgn.
- Syketransportutgifter som gjelder overføring av pasienter mellom helseinstitusjoner skal ikke dekkes av trygden (endring av forskriftens § 2 nr 1 fjerde ledd) .
- Det gis ikke dekning av tapt arbeidsinntekt ved yrkesskade (forskriftens § 8 utgår).
- Trygden dekker bare reiseutgifter til nærmeste behandlingssted (forskriftens § 2 nr 1). Kommune og fylkeskommune bør få et økonomisk ansvar for dekning av reiseutgifter til et fjernere behandlingssted i de tilfeller ventetiden for behandling på nærmeste sted er urimelig lang, eller det ikke gis et behandlingstilbud i kommunen/fylket.
- Forskriftsbestemmelsen om forhåndsgodkjenning (§ 1 nr 2) bør utgå. En eventuell opphevelse bør ses i sammenheng med tilsvarende bestemmelse på andre områder av lovens kapittel 5. Det foreslås også en språklig forenkling i forskriftens § 1 nr 1.

## 7. SAMFERDSELSLOVGIVNINGEN

**Mandatets punkt 1 e: ”Vurdere om samferdselslovgivningen setter skranker for effektiv samordning av syketransport (vedrørende løyvegrensener, drosjemonopol mv.), og om lovgivningen i så fall bør endres”.**

### 7.1 DAGENS SITUASJON

Samferdselsloven regulerer transportvirksomheten gjennom egne forskrifter som tar for seg både godstransport, rutetransport, og persontransport utenfor rute. Godstransporten ble deregulert allerede i 1980 årene, mens persontransporten ble skånet for konkurranseutsettelse. I den senere tid (fra 1994) har flere fylkeskommuner igangsatt anbud med nettokontrakter eller bruttokontrakter med incitamentsvilkår for effektivisering av offentlig rutebilde. Innsparingspotensialet har i enkelte regioner vært opptil 20 % av de totale offentlige transportutgifter, og tilskuddsandelen per utkjørt vognkilometer har nærmet seg et nivå på i underkant av 30 % i bynære strøk. Dette viser at det er penger å spare ved økt konkurranse. Den siste barrieren er å konkurranseutsette persontransporten utenfor rute som i dag er beskyttet av en løyvepolitikk som minimaliserer konkurransen.

Samferdselsloven § 3 setter som krav at den som ”mot vederlag vil drive med persontransport”, må ha ”løyve frå fylkeskommunen”. I gjeldende forskrift for persontransport utenfor rute er det imidlertid gitt mulighet for noe konkurranse ved bla å:

- a. Utvide løyvetallet på hoved- og reserveløyver.
- b. Opprette flere drosjesentraler for å stabilisere markedet og/eller øke konkurransen.
- c. Utstede handikap og turvognløyver til transportører som akter å kjøre i personmarkedet utenfor rute.

For samordning av syketransport er det lettere å få en effektiv drift jo større områder som kan samordnes. I forskriften om persontransport utenfor rute (heretter kalt samferdslovsforskriften) § 3 heter det at dersom ikke fylkeskommunen bestemmer noe annet, skal ”den enkelte kommune utgjøre et løyvedistrikt”. I noen fylker, men ikke i alle, utgjør hele fylket et løyvedistrikt for syketransport.

### 7.2 EVALUERING AV DAGENS SAMFERDSELSLOVGIVNING

Begrenser samferdselsloven og samferdslovsforskriften mulighetene for å oppnå målsettingen om lavere priser fordi lovgivningen ikke legger til rette for konkurranse? Setter reglene om løyvegrensener skranker for en effektiv samordning? Dette er problemstillinger som vil bli kommentert i det følgende.

#### 7.2.1 Liten konkurranse med dagens regelverk

Gjeldende forskrift har ikke medført at det er skapt konkurranse på syketransport-området. Samferdselsmyndighetene har ikke brukt de mulighetene som forskriften gir for å oppnå konkurranse, men det kan se ut til at dette er en trend som er i ferd med å snu. Det har den siste tiden blitt utstedt nye løyver til aktører utenfor storsentralene i flere av de store byene. Det gjenstår imidlertid å se effekten av dette.

For å skape konkurranse, må samferdselsmyndighetene gi løyve til etablering av konkurrerende sentraler innenfor løyvedistriktene. For at disse sentralene skal være en reell konkurrent til de

allerede eksisterende sentralene, må de være av en viss størrelse. I de fleste byene er det fremdeles bare en storsentral som forhandler for alle sine løyvehavere. Dette skaper en monopolsituasjon som gjør det vanskelig å få frem gode prisavtaler. Der det er to sentraler, for eksempel i Bergen, er den ene sentralen så liten at den ikke har kapasitet til å konkurrere med den største sentralen om all sykefrakt. Videre har drosjenæringen argumentert aktivt for at de selv best kan skape konkurranse, og dermed produsere lavere transportutgifter for f.eks trykdeetaten. Dagens reviderte samferdselslovgivning har gitt den positive effekt er at øvrige offentlige transporttjenester har blitt konkurranseutsatt i et marked hvor både rutebil og drosje konkurrerer på lik linje.

I forhold til folketrygdens betydelige transportutgifter, har trykdeetaten oppnådd relativt lite i form av innsparinger i dagens transportmarked.

### **7.2.2 Løyvegrensene som skranke**

Samferdselsloven åpner for at hele fylket kan være ett løyvedistrikt. I en del fylker kan dette være tilstrekkelig for å oppnå effektiv samordning. I noen regioner, spesielt region Øst<sup>19</sup>, har det derimot vist seg at løyvegrensene skaper problemer for en effektiv utnyttelse av transportene. Til og fra de statlige institusjonene i Oslo kjører det hver dag et stort antall transportertjenester som passerer flere løyvedistrikter. Situasjonen er ofte at det kjører flere transportertjenester, som alle er betalt av det offentlige, parallelt til og fra institusjonene fordi drosjene har tilhold i ulike løyvedistrikter. Trykden ville spart utgifter til et stort antall turer både til og fra institusjonene dersom løyvegrensene ble opphevet.

Problemet er likevel størst i forhold til utnyttelsen av retur-transportene som allerede er betalt av trykden. Årsaken til dette er følgende: Pasientene skal vanligvis inn til behandling på omtrent samme tidspunkt. Tidspunktet for når behandlingen starter er stort sett kjent i god tid på forhånd slik at kjørekontoret kan planlegge transporten så drosjens kapasitet blir godt utnyttet. Mange av retur-transportene er ikke kjent før pasienten er klar for å returnere. Det er heller ikke sikkert at pasienter som er klar for å returnere, skal tilbake til et løyvedistrikt som kjørekontoret har en disponibel bil til. Resultatet blir at transportøren må returnere tom til løyvedistriktet til tross for at det er pasienter som skal i samme retning.

Dette kan illustreres med et eksempel: En pasient skal fra Aust-Agder til innleggelse i Oslo. Det er allerede betalt for returen. Det er ingen pasienter som skal tilbake til drosjens løyvedistrikt. Derimot er det en pasient som skal til Telemark/Porsgrunn. Dersom trykden kunne benytte Aust-Agder-drosjen til å transportere pasienten til Porsgrunn, ville trykden spare ca 1700 kroner som det koster ved å bestille en ny transport fra Oslo. Besparelsene ville øke hvis det var flere pasienter som kunne bli med på den samme returen.

Dersom det blir bestilt ny drosje på institusjonsstedet, kan denne transportøren innenfor gjeldende regelverk utføre transportertjenester til ”et hvilket som helst sted innen eller utenfor løyvedistriktet”.

### **7.2.3 Anbefalinger fra Transportøkonomisk institutt (TØI) og Konkurransetilsynet**

TØI konkluderte i sin rapport ”Sluttrapportering av sykefraktprosjektet”, punkt 5, med at: ”løyvegrensene for drosjedrift mellom fylkene bør oppheves slik at bilene kan utnyttes bedre”<sup>20</sup>. Konkurransetilsynet sier i sin rapport ”Organisering av det offentliges innkjøp av drosjetjenester ved kredittkjøring” under punkt 4.3, Konkurransetilsynets anbefalinger:

”samferdselsmyndighetene i hvert fylke bør fastsette at hele fylket er ett løyvedistrikt for syke transport. Samferdselsdepartementet bør også vurdere hvorvidt løyvedistriktet for syke transport skal utvides ytterligere til å omfatte en helseregion, jf pasientenes muligheter for fritt sykehusvalg innenfor en helseregion”<sup>21</sup>.

## 7.3 FORSLAG TIL ENDRINGER AV SAMFERDSELSLOVGIVNINGEN

### 7.3.1 Endring av samferdselforskriften punkt 16

Som vist ovenfor under punkt 7.2.2, setter løyvegrensene skranker for en effektiv samordning. Dette kan løses på to måter. Prosjektet anbefaler primært at løyvegrensene for syke transport oppheves, jf. alternativ 1. Dersom man ikke får gjennomslag for dette forslaget, anbefales det en delvis opphevelse av løyvegrensene som vist i alternativ 2.

#### Alternativ 1:

Samferdselsloven med forskrifter kan oppheve løyvegrensene for offentlig betalt syke transport for hele landet eller regionvis. Dette vil føre til at antall sentraler og bostedsløyvehavere som konkurrerer om de samme transportene vil øke, noe som sannsynligvis vil kunne føre til lavere priser og derfor reduserte utgifter for trygden. Trygden kan eventuelt inngå transportavtaler med bare en del av transportørene.

#### Alternativ 2:

Prosjektet er klar over at en total opphevelse av løyvegrensene for syke transport kan medføre negative konsekvenser. I noen områder utgjør syke transporten nesten hele inntektsgrunnlaget for løyvehaver. En del løyvehavere vil neppe klare å overleve med fri konkurranse. Det kan føre til at det blir områder som ikke har tilgjengelig transport. For eksempel kan det bli vanskelig å skaffe til veie transportører i enkelte områder dersom man ikke har løyvehavere med lokal tilknytning. Lokalkunnskap kan være viktig for å være sikker på at pasientene blir hentet på rett sted til rett tid.

Trygden vil være godt tjent med den løsning som skisseres nedenfor.

I samferdselforskriften heter det at ”I forbindelse med tur utenfor eget løyvedistrikt, kan det tas med passasjerer tilbake til dette”. Det gis ikke anledning til å ta med passasjerer tilbake til andre løyvedistrikt. Vi foreslår at det i tillegg gis anledning til å ta med passasjerer til ”mellomliggende eller tilstøtende løyvedistrikt på vei tilbake til eget løyvedistrikt”. Vilåret for at dette skal kunne gjøres bør trolig være er at transporten er bestilt gjennom et offentlig kjørekontor. En slik regelendring vil medføre at trygden på en effektiv måte kan benytte seg av returtransport, noe som vil ha som følge at trygden sparer store beløp hver dag. At også tilstøtende løyvedistrikt er tatt med, er for å forhindre at man må bestille tilbringerdrosje for korte strekninger. Det kan være en belastning for pasientene å måtte skifte drosje. Regelendringen vil ikke få noen dramatiske konsekvenser for drosjene i mellomliggende distrikt, siden alternativet til å benytte returtransport er å bestille en ny transportør på behandlerstedet.

### 7.3.2 Endring av samferdselforskriften punkt 3

Fylkeskommunen kan vedta at hele fylket skal utgjøre ett løyvedistrikt for syke transport. Et slikt vedtak er avgjørende for at et offentlig kjørekontor skal kunne drive effektiv samordning fordi svært mange transporter passerer kommunegrensene på vei til eller fra behandlingsstedet. En del fylkeskommuner har vedtatt at fylket utgjør ett løyvedistrikt, men det er fremdeles fylker som

ikke har benyttet den muligheten loven gir. Vi anbefaler derfor at det gjøres et tillegg til samferdselsforskriften punkt 3 om at ”for syketransport skal fylket utgjøre et løyvedistrikt”. Konsekvensen kan for noen løyvehavere bli redusert kjøring. Hensynet til effektiv samordning og hensiktsmessig bruk av trygdens og samfunnets ressurser må imidlertid veie tyngst.

## 7.4 KONKLUSJON

Det er på det rene at samferdselslovgivningen setter skranker for en effektiv samordning av syketransport. Løyvegrensene fører til at det bare er pasienter til og fra løyvehavers stasjoneringsssted som kan samordnes. På transporter som passerer flere løyvedistrikt, kan dette medføre at trygden betaler for flere transporter i samme retning som alle har ledig kapasitet. Dersom løyvegrensene oppheves helt eller delvis, vil dette sikre en mer effektiv bruk av trygdens og samfunnets ressurser. Dette vil både redusere antall transporter fordi flere pasientreiser kan samordnes, og redusere trygdens utgifter.

Prosjektet foreslår primært en total opphevelse av løyvegrensene for syketransport. Dette vil være det beste virkemiddel for å sikre en effektiv samordning fordi mulighetene til å fylle opp både transporter inn til behandlingsinstitusjonene, og de allerede betalte returene, øker.

Dersom de negative konsekvensene ved å oppheve løyvegrensene totalt sett blir for store (nedbygging av løyver som fører til manglende tilgjengelighet og dårlig kjennskap til lokale forhold), foreslår vi at løyvegrensene oppheves for returtransport. De offentlige kjørekontorene vil da kunne få en effektiv utnyttelse av de allerede betalte returene fordi alle pasienter som skal i retning av løyvehavers stasjoneringsssted kan samordnes.

De fleste kjørekontor vil kunne oppnå en effektiv samordning ved at løyvegrensene innad i fylket oppheves. Den største andelen utgifter til syketransport skyldes transporter innad i et fylke. Innenfor gjeldende regelverk har den enkelte fylkeskommune hjemmel til å bestemme at hele fylket skal være et løyvedistrikt, jf. forskrift om persontransport utenfor rute, punkt 3. Dersom ikke løyvegrensene for syketransport oppheves totalt, foreslår prosjektet at forskriftens punkt 3 endres slik at det enkelte fylket alltid skal utgjøre ett løyvedistrikt for syketransport.

Følgende konkrete endringer i regelverket foreslås:

### 1. Opphevelse av løyvegrenser:

- 1.1 Forskriften om persontransport utenfor rute punkt 3 får et tillegg: ”For offentlig betalt syketransport utgjør hele landet et løyvedistrikt”.

Subsidiært ønskes endring i samsvar med 1.2 og 1.3 nedenfor:

- 1.2 Forskriften om persontransport utenfor rute punkt 16 får et tillegg: ”For transporter som er bestilt gjennom et offentlige kjørekontor, kan det tas med passasjerer til mellomliggende eller tilstøtende løyvedistrikt på vei tilbake til eget løyvedistrikt”.
- 1.3 Forskriften om persontransport utenfor rute punkt 3 får et tillegg: ”For offentlig betalt syketransport skal fylket utgjøre et løyvedistrikt”.

## 8. ANNEN LOVGIVNING OG KONKURRANSEUTSETTING

**Mandatets punkt 1 f: ”Vurdere om annen lovgivning (f.eks. konkurranselovgivningen) begrenser mulighetene for en rasjonell og kostnadseffektiv sykefrakt, og om lovgivningen i så fall bør endres.”**

### Til mandatets formulering:

Prosjektet har ikke funnet annen lovgivning som *begrenser* samordningsmulighetene, og forslår således ingen endringer. I stedet vil prosjektet ta for seg *mulighetene* ved konkurranseutsetting av sykefrakten, og se på evt. problemer rundt dette.

### 8.1 INNLEDNING

Innkjøp av varer og tjenester til staten skal i utgangspunktet skje etter prinsippene om konkurranse mellom tilbyderne, nedfelt i REFSA<sup>22</sup> og EØS-regelverket om vare- og tjenestekjøp. Innkjøp via anbud eller kjøp etter forhandlinger har etter hvert vunnet hevd på de fleste områder hvor det finnes muligheter for konkurranse mellom flere potensielle leverandører.

For persontransport utenfor rute er konkurransesituasjonen litt spesiell ved at konkurransen er begrenset ved en sterk regulering av løyvetildelingen, samt strenge regler for utøvelsen av transporten. Til dette kommer at konkurransen i markedet noen steder er begrenset ved at det er gitt dispensasjoner til store sammenslutninger som har fått en monopolsituasjon og således hindrer fri konkurranse.

Trygden betaler over 1 milliard kroner i året for sykefrakt, hvorav ca. 650 millioner kroner er drosjetransport. Fra Rikstrygdeverkets side er det stilt krav om at det skal inngås prisavtaler med transportørene uten at dette har fått større konsekvenser for utbetalingene over stønadsbudsjettet. Trygden blir en for ”lett” avtalepartner alene mot en leverandør som ikke har konkurranse fra andre, verken på pris eller kvalitet.

Konkurransetilsynet har utarbeidet en rapport kalt ”Organisering av det offentlige innkjøp av drosjetjenester ved kredittkjøring”<sup>23</sup>, og vi vil støtte oss til denne der denne behandler de samme problemstillinger som prosjektet behandler.

### 8.2 BESKRIVELSE AV NÅ-SITUASJONEN

Organiseringen av det offentlige innkjøp av drosjetjenester ved kredittkjøring blir styrt av gjeldende maksimalprisforskrift<sup>24</sup> for drosjekjøring som gjelder kontantkjøring. Effekten av gjeldende maksimalprisforskrift er at alle kjøpere får setekapasitet til tilnærmet samme pris, uansett kundens andel av omsetningen.

Betrakter man trygdeetaten og øvrige offentlige etater som innkjøpere av setekapasitet for å dekke lovfestede og fylkeskommunale transportrettigheter, er det ytterst sjelden at det oppnås rabatterte transportpriser. Dette kan skyldes at trygdens etterspørsel etter transporttjenester i bystrøk utgjør ned mot 5% av den totale etterspørselen i slike områder, og dermed har for liten påvirkningskraft til å presse drosjenæringen til å yte rabatterte priser. I utkantstrøk utgjør kjøring for trygden opptil 90% av omsetningen for enkelte løyvehavere. Her er likevel konkurransen meget begrenset, slik at prisavtaler av den grunn er vanskelige å oppnå. Det beskjedne antall prisavtaler kan også skyldes at anbud i meget begrenset grad er tatt i bruk.

### **8.3 KONKURRANSEUTSETTELSE – ALTERNATIV 1<sup>25</sup>**

Deregulering av samferdselsloven hva angår persontransport utenfor rute kan bl.a. medføre at gjeldende maksimalprisforskrift for drosjekjøring opphører. Innføring av fri prissetting vil gi løyvehaver eller sentral rett til å ta den pris som aksepteres av de differensierte delmarkeder. Næringslivet som verdsetter tidskostnader høyere enn øvrige trafikanter, vil for eksempel kunne være villig til å betale en høy setepriis per vognkilometer. Ved lengre reiser vil betalingsvilligheten per utkjørt vognkilometer trolig avta.

I Sverige ble drosjemarkedet deregulert ved at behovsprøvingen for å få løyve opphørte. Resultatet av dereguleringen var på kort sikt flere vognenheter, villedende takster, dårligere kvalitet på vognmateriellet og uprofesjonelle drosjesjåfører. I snitt gikk den gjennomsnittlige turprisen ned med ca 40% i byliknende strøk, mens prisen nå nominelt har nærmet seg førsituasjonen. (Det ble i samme runde innført mva på transporttjenester. Mva er holdt utenfor i sammenlikningen.)

### **8.4 FRAMTIDEN SETT UT IFRA DET OFFENTLIGES INTERESSE SOM TRANSPORTKJØPER – ALTERNATIV 2**

Trygdens rolle som transportkjøper må styrkes, og trygden bør framtre samlet overfor en eller flere sammenslutninger av tilbydere. En drosjesentral er iht. dette definert som en tilbuds enhet. Dette skaper trygghet både for transportkjøper og ikke minst for brukeren av transporttilbudet ved at tilbudet omfatter alle løyvehavere tilknyttet sentralen. På landsbygda hvor tildelingen av løyver er basert på særskilte vurderinger, kan det være samfunnsøkonomisk lønnsomt at det inngås avtaler med enkeltstående løyvehavere. I grisgrendte strøk har løyvehavere ofte andre arbeidsoppgaver i tillegg til persontransport da løyvet ikke alene gir en full stilling. Det kan bl.a derfor være vanskelig å konkurranseutsette transporten i slike områder. Maksimalprisforskrifter bør i framtiden opphøre som styringsverktøy, men dette må skje parallelt med nødvendige endringer i samferdselsloven.

Konkurranseutsetting forutsetter virksom konkurranse. Der hvor dette ikke kan oppnås pga små forhold mv, må myndighetene ha en viss styring med transportkvaliteten og prissettingen.

### **8.5 TILTAKSPAKKE FOR KONKURRANSEUTSETTING**

#### **8.5.1 Løyvedistriktet**

Løyvedistriktet må omfatte det enkelte fylke. Hel eller delvis opphevelse av løyvedistriktene for syketransport kan også tenkes. Det er samferdselsetaten i fylket som bestemmer løyvegrensene i fylket, mens Samferdselsdepartementet må inn hvis løyvegrenser mellom fylkene skal oppheves.

#### **8.5.2 Løyvepolitikken**

Fylkeskommunen bør tilstrebe en løyvepolitikk som er i samsvar med fylkets og regionens kollektivplaner. Ved behov for regionale løyvedistrikter, må dette først avklares i de enkelte samferdselsstyrer før saken sendes Samferdselsdepartementet for behandling. Et eksempel kan her være grensekryssende langruter for ekspressbusser.

### **8.5.3 Fylkeskommunale driftsselskaper**

Fylkeskommunen bør i størst mulig utstrekning oppfordres til å etablere fylkeskommunale driftsselskaper for offentlig betalt transport med tilgang til løyverettigheter. På den måten gis det offentlig kontroll over transportkjøpet samtidig som det oppnås stordriftsfordeler ved samhandlet kjøp. Trygden kan velge å gå inn som partner for eksempel gjennom intensjonsavtale med det fylkeskommunale driftsselskap, eller bare kjøpe tjenester av selskapet.

### **8.5.4 Konkurransetsetting i fylkene**

Fylkeskommunen bør samtidig konkurransetsette persontransporten utenfor rute ved å legge til rette for opprettelse av flere konkurrerende sentraler, og ellers tilstrebe at bl.a. rutebilnæringen gjennom tildeling av nødvendige løyver, gis anledning til å konkurrere på det åpne persontransportmarkedet. Det må også legges til rette for at andre potensielle transportører, som vaktsselskaper, Røde kors, Falken m.fl kan komme inn på markedet. Der det finnes forskjellige drosjeselskap, bør det selvsagt spilles på konkurranse mellom disse. NorgesTaxi er nå for eksempel etablert som en konkurrent til OsloTaxi og Bergen Taxi i Oslo og Bergen.

### **8.5.5 Tilslutningsplikten ved tildeling av løyver**

Ved tildeling av drosjeløyver bør fylkeskommunen bestemme tilslutningsplikten for å regulere eller skape konkurranseflater mellom aktørene. Det bør også være bindingstid på tilslutningen, og evt. en grense for hvor stor andel av løyvehaverne som kan bytte sentral eller organisasjon per år. Konkurransetilsynet og departementet bør ikke gi flere dispensasjoner fra konkurransereglene slik at det oppstår sammenslutninger med tilnærmet monopolsituasjon i markedet.<sup>26</sup>

### **8.5.6 Konklusjon**

En viss deregulering på dette området antar vi må komme. Effekten av denne vil variere med i hvilken grad det dereguleres, og i hvilken grad man klarer å følge opp med gjennomføring av tiltakene i punkt 8.5.1 til 8.5.5, samt i hvor stor grad man klarer å utnytte den økede konkurranse som oppstår. Der konkurransen ikke øker må det settes i verk andre tiltak som virker stabiliserende på tilbud, pris og kvalitet.

## **8.6 PROBLEMER/ RISIKO VED KONKURRANSEUTSETTING**

Som nevnt, forutsetter konkurransetsetting virksom konkurranse. De største problemer vil oppstå der det ikke er konkurranse, og der det kanskje heller ikke ligger til rette for å skape konkurranse. Flere av fylkestrygdekontorene er usikre på om det kan oppnås konkurranse i deres område. Her må hvert geografiske område gjennomgås både med hensyn til dagens situasjon og fremtiden. Tiltak for konkurransetsetting må settes i verk i den grad man mener det vil kunne oppnås konkurranse. Flere av fylkestrygdekontorene har i denne sammenheng vært for passive. Dette skyldes nok delvis manglende kompetanse og ressurser, men også Rikstrygdeverkets noe avventende holdning.

For de områder som ikke oppnår konkurranse mellom aktørene, vil det være fare for prisstigning i markedet. Det er også fare for at tilbudet begrenses. Oppheves for eksempel kjøreplikten, vil det muligens være umulig å skaffe drosje på lite attraktive kjøretidspunkter som for eksempel

natt og helligdager. Alternativt vil prisen i disse tidsrommene bli mye høyere enn nå. Samferdselsdepartementet, Konkurransetilsynet og fylkeskommunen bør evt. søke å lage regler som begrenser prisstigningen og opprettholder tilbudet og transportkvaliteten.

Stor bil<sup>27</sup> er en kritisk faktor for offentlig betalt persontransport utenfor rute. Prisforhandlinger i Oslo og Akershus har vist at transportørene kan være innstilt på å kreve meget høy betaling for stor bil, og at det offentlige til en viss grad gir etter for å få transporten utført. Her fører den manglende konkurransen, samt transportørenes noe høyere investerings- og driftskostnader, til at kjøperne i stor grad er prisgitt tilbyderne. Det må jobbes aktivt for å få alternative transportører inn på dette markedet. Her ligger det et stort potensiale i turvognmarkedet.

## **8.7 KONKURRANSETILSYNETS RAPPORT**

### **8.7.1 Bakgrunn**

På grunn av et begrenset grunnlagsmateriale, har Konkurransetilsynet avgrenset sin rapport til å omfatte innkjøp og organisering av offentlig betalte drosjetjenester i forbindelse med sykefrakt. Rapporten bygger i hovedsak på fire saker som gjelder søknader fra fylkesvise drosjesammenslutninger om dispensasjon fra konkurranselovens forbudsbestemmelser for å kunne forestå prisforhandlinger med fylkestyrgdekontorene på vegne av drosjene tilknyttet de respektive selskaper. Dette med bakgrunn i bl.a. et ønske om felles oppgjør med trygden, og mulighet for selv å fordele turene mellom løyvene i sammenslutningene.

Kun en av disse søknadene ble innvilget av Konkurransetilsynet (dispensasjon i fem år). De resterende ble anket til Arbeids- og administrasjonsdepartementet som ga drosjesammenslutningene medhold i to av sakene, og innvilget dispensasjon fram til 1. mai 1999. Dispensasjonene er midlertidig forlenget i påvente av departementets endelige standpunkt.

### **8.7.2 Konkurransetilsynets anbefalinger**

”Konkurransetilsynet anbefaler at følgende tiltak iverksettes for å få en mer effektiv bruk av samfunnets ressurser i tilknytning til sykefrakt med drosje:

- Fylkestyrgdekontoret, evt. fylkeskommunen, dersom denne overtar ansvaret, bør innføre anbudskonkurranse mellom drosjesentraler og bopelsløyvehavere om sykefraktoppdrag. Det bør vurderes å innta også andre enn drosjenæringen på tilbydersiden, eksempelvis turbilaktører.
- Fylkestyrgdekontoret, evt. fylkeskommunen, bør sørge for at det opprettes kjørekontor for samordning av sykefraktoppdragene i de fylker der dette ikke er etablert. Kjørekontoret bør eies og drives av transportuavhengige aktører, fortrinnsvis fylkestyrgdekontoret eller fylkeskommunen. Kjørekontoret bør også ha ansvaret for felles oppgjør med trygden.

Samferdselsmyndighetene i hvert fylke bør fastsette at hele fylket er ett løyvedistrikt for sykefrakt med drosje. Samferdselsdepartementet bør også vurdere hvorvidt løyvedistriktet for sykefrakt skal utvides ytterligere til å omfatte en helseregion, jf. pasientenes muligheter for fritt valg av sykehus innenfor en helseregion.”<sup>28</sup>

### 8.7.3 Vurdering av rapporten og konkurransetilsynets anbefalinger

Konkurransetilsynets foreløpige rapport har vært på høring i Rikstrygdeverket. Syketransportprosjektet har uttalt seg gjennom Rikstrygdeverkets høringsuttalelse i brev av 9. mars 1999. Konkurransetilsynets endelige rapport ble oversendt Rikstrygdeverket 11. mai i år.

Syketransportprosjektet er i all hovedsak enige i Konkurransetilsynets anbefalinger. De tre ovenfor nevnte punkter i anbefalingene stemmer overens med prosjektets anbefalinger i rapportens kapittel 7, 8 og 10.

Konkurransetilsynet skriver i rapporten at ”målestokk-konkurranse” forutsetter at trygden er villig til å *ikke* inngå transportøravtale med alle tilbyderne<sup>29</sup>. Vi kan ikke si oss helt enige i dette. En viss konkurranse kan oppnås ved at trygden inngår innbyrdes ulike avtaler, men med alle transportørene for å sikre at en alltid har tilgjengelig transport. Man prioriterer da selvsagt å nytte de som kjører for lavest pris. I tillegg kan pasienten kjøre med en annen transportør enn trygden har avtale med, og søke dette dekkes hos trygdekontoret i etterkant. Det forutsetter dog at pasienten kan legge ut for turen. Det bør da ikke dekkes mer enn hva den billigste transportøren ville krevet.

Vi er imidlertid enige i at den største konkurransemessige fordel kan hentes ut der trygden kun inngår avtale med en del av transportørene. Dette bør i hvert fall være mulig i byliknende strøk, der syketransporten utgjør en mindre del av drosjeparkens omsetning. Her vil en sentral eller et selskap sannsynligvis kunne utføre all syketransport i området. Der syketransporten utgjør 50 – 90% av omsetningen for drosjeparken, vil man lett komme i den situasjon at man ikke har transportører med avtale tilgjengelig om man skal inngå avtale med for eksempel halvparten av løyvehaverne. Dette i og med at transportbehovet kan varieres mye fra dag til dag.

Syketransportprosjektet føler i tillegg behov for å gå lengre i dereguleringen av drosjetransportmarkedet. Dette kan bl.a oppnås i form av opphevelse av maksimalprisforskriften, da det til tross for begrenset konkurranse i markedet viser seg at forskriften ikke virker som et *tak* for prisene, men i all hovedsak som en *prisfastsettelse*. Vi er kjent med at spørsmålet om å oppheve maksimalprisforskriften er til vurdering i Arbeids- og administrasjonsdepartementet, og at departementet ventelig vil treffe en beslutning om relativt kort tid.

Alternativt kan man oppheve behovsprøvingen ved tildelingen av løyver. Som nevnt ovenfor krever dette delvis regulering av de områder som ikke har, eller ikke vil få virksom konkurranse. Løyvehavere i mindre distrikter (monopoler), bør ikke ensidig kunne fastsette pris og kvalitet. I og med at anbud i så liten grad har vært i bruk ved det offentliges kjøp av transporttjenester, er vi usikre på om opphevelse av behovsprøving er nødvendig for å oppnå de ønskede effekter.

### 8.7.4 Samfunnsøkonomisk gevinst og merkostnader ved samordning av syketransport

”Konkurransen i et velfungerende marked for syketransporttjenester vil gi de ulike tilbydere av transporttjenester et insentiv til å effektivisere sin egen produksjon av slike tjenester, ettersom alternativet til en effektiv produksjon vil være at konkurrerende tilbydere får syketransportoppdragene”<sup>30</sup>

Samordning av syketransport og konkurranseutsetting vil gi samfunnsøkonomiske gevinster utover at antallet passasjerkilometer per stønadskrone økes, ved at effektiviteten i produksjonen av transport bedres.

I tillegg gir samkjøring miljøgevinster ved at flere kjører i samme bil, og ved at returkapasitet i bilene utnyttes.

Konkurransetilsynet fremhever at det også oppstår økonomiske og samfunnsøkonomiske *tap* ved samordning.<sup>31</sup> Innsparing ved hjelp av samordning krever ressurser, og det må trekkes en klar kost-nytte grense for hvilke ressurser som skal settes inn på samordning. I dag brukes det ca 17 mill. kroner per år på å spare anslagsvis 100 mill. kroner. Det er ikke tvilsomt at dette i dag er økonomisk riktig. Det vises ellers til rapportens kapittel 4 om de økonomiske kostnadene ved samordning. De evt. samfunnsøkonomiske tap ved samordning synes relativt små da kjørekontorene stiller egne "service-krav" til seg selv om at ventetiden i utgangspunktet ikke skal overstige enn viss tid (fra 45 minutter til et par timer). I tillegg handler det her først og fremst om pasienter som er så syke at de ikke kan reise med rutegående transport. Disse skal sjelden rett tilbake til jobb, og samfunnsøkonomisk tap knyttet til tapt arbeidstid oppstår derfor i liten grad. Vi har ikke grunnlag for å anslå størrelsen av samfunnsøkonomiske tap pga. samordning, men antar at tapene er relativt små. Problemene ved den økede ventetiden søkes løst ved service-krav på kjørekontorene og øket effektivitet i samordningen.

## 8.8 NYE EØS-REGLER

EU har den 11.12.98 vedtatt to nye forordninger som får virkning for konkurransen innen persontransport utenfor rute. Disse er godkjent av EØS-komiteen per 18.12.98, og har vært på høring i Samferdselsdepartementet. Departementet har vedtatt å oppheve punkt 34 i forskriften om persontransport utenfor rute.<sup>32</sup> Punkt 34 satte grenser for bruk av norske turvognløyver ved at det forut for transporten måtte foretas en "forhåndsbestilling for en sluttet krets bestående av minst 5 personer". Denne regelen finnes ikke i EU-forordningene, og innebar således at utenlandske turvognoperatører fikk et konkurransefortrinn i Norge i forhold til norske operatører, i og med at de ikke trengte å forholde seg til forskriftens punkt 34. Opphevelsen av punkt 34 er gjort med virkning fra 18.06.99.

Endringen vil øke konkurransen mellom turvognløyvehavere og drosjeløyvehavere, og dermed gjøre det enklere å trekke inn alternative transportører i konkurranse med drosjene.

Foruten implementeringen av de nye EU-forordningene, bør samferdselslovgivningen tilpasses de signaler som blir vedtatt i EU. Valget består i graden av deregulering og konkurranseutsetting. Full deregulering av persontransportmarkedet utenfor rute, med vekt på å fjerne behovsprøvingen, ble gjennomført i Sverige bl.a med den virkning at kvaliteten på transporttilbudet sank betraktelig uten at prisene ble vesentlig lavere.

I stedet bør det åpnes for fri konkurranse mellom drosje, turvogner og handicapløyver. Fylkeskommunen bør bidra til å skape konkurranse ved å utstede flere handicapløyver på kort sikt, for eksempel til rutebilnæringen, som dermed kan konkurrere med drosjene om både TT-transport og syketransport. Alle bymessige områder bør ha minst to konkurrerende sentraler/sammenslutninger, mens man i de mindre urbane regioner bør videreføre dagens bostedsløyver for å sikre at transporttilbudet opprettholdes.

## 8.9 ANBUDESUTLYSNING AV SYKETRANSPORT

Rikstrygdeverket bør utarbeide maler eller standarddokumenter for anbudsutlysning av sykefrakt for å standardisere utlysningene og forenkle oppgavene for fylkestygdekantorene. Konkurransesettsetting bør utprøves som et prosjekt i et eller noen få egnede regioner eller fylker før man evt. konkurransesetter på landsbasis. Fylkestygdekantorene bør bygge opp kompetanse innen offentlige innkjøp og anbud samt forhandlinger, da dette hele tiden blir mer aktuelt, både på sykefraktområdet og ellers.

## **8.10 KONKLUSJON**

Sykefraktprosjektet konkluderer med at:

- Innkjøp av persontransport dør-til-dør for trygden bør legges ut på anbud der det finnes, eller kan oppstå virksom konkurranse.
- Samarbeid med fylkeskommunen kan medføre at trygden i en forhandlingssituasjon blir en sterkere part, og dermed kan oppnå bedre priser. Slikt samarbeid anbefales.<sup>33</sup>
- Det er viktig å løsrive kjørekantorene fra transportnæringen der det kan tenkes konkurranse mellom flere transportleverandører.
- Det bør jobbes aktivt både på fylkesnivå og i forhold til Samferdselsdepartementet for å åpne for å bringe alternative transportører på banen i konkurranse med drosjene.

Anbefalingene er i tråd med konklusjonene i Konkurransetilsynets rapport av 30. april 1999. Enkelte av forslagene berøres ikke i Tilsynets rapport.

## 9. EFFEKTIVISERING AV KJØREKONTORER

### Mandatets punkt 1 g: ”Effektivisering av kjørekontorer

- Utvikle edb-verktøy for samordning av syke transport
- Utarbeide felles opplegg for registrering av statistikk
- Opprette offentlig kjørekontor i ett, eventuelt to fylker
- Vurdere andre utviklings-, effektiviserings- og forbedringstiltak under forutsetning av offentlige kjørekontor”.

### 9.1 EDB-VERKTØY

I statsbudsjettet er det satt av midler til et felles edb-verktøy for samordning av syke transport. Midlene er bevilget for inneværende år, og forutsetningen har vært at et felles edb-system skal anskaffes så snart som mulig. Med tanke på å ta i bruk et edb-verktøy i 1999, ville det være en usikker løsning å satse på utvikling av et edb-program fra grunnen av. Strategien har i stedet vært å gå til innkjøp av et eksisterende edb-program for samordning av transporter, og senere videreutvikle programmet. Det finnes allerede flere samordningsprogrammer som er i bruk i Norge.

Det er laget utkast til kravspesifikasjon av et edb-verktøy for samordning av syke transport, og utkastet har vært på høring til fylkestrygdekontorene. Kravspesifikasjonen har vært et grunnlag for innbydelse om å komme med tilbud på et edb-program, og er lagt til grunn ved vurderingen av innkomne tilbud. Kravspesifikasjonen vil også danne grunnlag for senere videreutvikling av edb-programmet, og den følger som vedlegg 4 til rapporten.

Rikstrygdeverket har orientert seg i markedet, og sendt ut innbydelse til aktuelle leverandører om å inngi tilbud på levering av et edb-program for samordning av syke transport. Frist for å komme med tilbud var 31.05.99. Prosjektet har gjennomgått de innkomne tilbud (3 stykker), forhandlet med aktuelle leverandører, og avgitt innstilling om valg av leverandør.

Rikstrygdeverket har valgt edb-programmet TR-Handy som er utviklet i Danmark og leveres av selskapet Nera MobilData as.

Planen er at edb-programmet skal tas i bruk ved de første kjørekontorene i høst. Edb-programmet planlegges tatt i bruk ved noen kjørekontorer inneværende år, og tilbudt de resterende kjørekontorer i år 2000.

### 9.2 STATISTIKK

Det er avsatt midler til å utarbeide et felles opplegg for registrering av statistikk. I samråd med fylkestrygdekontorene har prosjektet laget en felles mal for registrering av statistikk for samordning av syke transport. Rikstrygdeverket har sendt malen ut til fylkestrygdekontorene. Malen skal tas i bruk fra 2. halvår 1999. Fylkestrygdekontorene skal senere rapportere tall for samordning i henhold til malen hvert halvår. Kravene til rapportering er mer omfattende enn tidligere, men det er lagt opp til at dataene i all hovedsak skal kunne leveres direkte fra kjørekontorenes edb-program for samordning av syke transport (jf. punkt 9.1). Fylker som per i dag ikke har et tilstrekkelig edb-verktøy for statistikkrapportering, skal foreløpig bare melde inn de data som fylkestrygdekontoret har tilgang til.

Rapporteringskjema med veiledning følger som vedlegg 5 til rapporten.

### 9.3 OFFENTLIGE KJØREKONTORER

I slutten av oktober 1998 sendte Rikstrygdeverket brev til fylkestrygdekontorene bl.a. om etablering av kjørekontorer i offentlig regi. Fylkene ble bedt om å sende inn planer for slik etablering, og eventuell søknad om ekstra midler. Etter en vurdering av søknadene fra fylkestrygdekontorene, ble det bestemt at Hordaland og Møre og Romsdal skal etablere offentlige kjørekontorer i 1999. De to fylkestrygdekontorene fikk brev med tilsagn om ekstra midler til dette formålet 24.03.99.

Fylkestrygdekontorene har opplyst at oppstart av kjørekontorer i offentlig regi vil skje senest fra 01.10.99.

### 9.4 ANDRE TILTAK

#### Felles 815-nummer

Det er planlagt å etablere et felles 815-nummer som alle kjørekontorer i landet kan kople seg opp mot. Ved å ringe dette nummeret vil man bli rutet til det kjørekontoret som avsendernummeret sokner til. Utenom kjørekontorets åpningstid kan man enten bli rutet direkte til nærmeste drosjesentral eller liknende, eller en telefonsvarer kan gi informasjon om fremgangsmåte for bestilling. Det vil fremdeles være anledning til å benytte de underliggende telefonnumrene til kjørekontorene. Driftskostnadene for 815-nummeret skal dekkes av Rikstrygdeverket.

Et felles 815-nummer vil være en fordel i informasjonssammenheng (brosjyrer, massemedia, tekst TV, internett og liknende). For pasienter og behandlere vil det være en fordel å bare ha ett telefonnummer å forholde seg til.

De to fylkestrygdekontorene som skal starte opp kjørekontorer i regi av trygden senest 01.10.99 vil benytte det nye 815-nummeret allerede fra oppstart. Prosjektet mener det bør være en målsetting at alle kjørekontor er koplet mot et felles 815-nummer i år 2000.

#### ”Transporthjørne” med direktetelefon (”telefonboble”) til kjørekontoret

Det bør søkes å få et samlingspunkt for syketransport, et såkalt transporthjørne, på større institusjoner. Her bør det være tilgjengelig informasjonsmateriell, og her kan transportør og pasient finne hverandre. Det kan være en god ide å etablere en ”telefonboble” i et slikt transporthjørne, hvor man får direkte kontakt med kjørekontoret ved å løfte av røret. Siden mobiltelefoner må være avslått på sykehusområder, kan for eksempel ikke sjåfører benytte seg av mobiltelefon for å få kontakt med, eller bli kontaktet av kjørekontoret inne på sykehusområdet.

#### Tilbringerdrosje

Kjørekontoret bør bestille tilbringerdrosje for å kjøre pasientene til en samledrosje dersom det blir for stor ulempe for pasientene å sitte på for å hente de andre pasientene, eller dersom det blir billigere for trygden. Kjørekontoret bør også informere behandlere om at det kan bestilles tilbringerdrosje for å bringe pasienten til holdeplass for rutegående transport, dersom pasienten av medisinske grunner ikke kan komme seg til dit på annen måte. Dette kan forhindre at behandler utsteder rekvisisjon for ekstraskyss på hele reisen. Det er spesielt ved lengre turer det er aktuelt å benytte tilbringerdrosje. Trygdekontoret, eller kjørekontor i regi av trygden, må begrense bruken av tilbringerdrosje på grunn av kommunikasjonsmessige grunner til kun å

gjelde reise til holdeplass for rutegående transport når pasienten kan få videre transport derfra.

Kjørekontor som også tar i mot bestillinger for rutegående transport bør vurdere om det blir billigere for trygden å benytte for eksempel maksi-taxi når flere pasienter skal i samme retning.

#### Instruks mv. for kjørekontorene

Prosjektet mener det bør utarbeides felles instruks for alle kjørekontorene. Det er ønskelig at alle kjørekontor praktiserer regler og retningslinjer på samme måte. Dette betyr at kjørekontorene i størst mulig grad bør ha felles åpningstider, lik fremgangsmåte ved bestilling, lik maksimal ventetid for pasienter osv. Det kan imidlertid tenkes individuelle tilpasninger hvis det er behov for det.

Prosjektet foreslår at felles instruks for kjørekontorene skal foreligge innen 01.01.2000.

## **9.5 SAMMENDRAG**

#### Edb-verktøy

Det er laget utkast til kravspesifikasjon av et edb-verktøy for samordning av syketransport.

Rikstrygdeverket har sendt ut innbydelse til aktuelle leverandører om å komme med tilbud på levering av et edb-program, og etter å ha gjennomført forhandlinger er leverandøren Nera MobilData as og programmet TR-Handy valgt. Edb-programmet planlegges tatt i bruk ved noen kjørekontorer innværende år, og tilbudt de resterende kjørekontorer i år 2000.

#### Statistikk

Rikstrygdeverket har sendt ut en felles statistikkmal for samordning av syketransport. Malen skal tas i bruk av fylkestrygdekontorene fra 2. halvår 1999.

#### Offentlige kjørekontorer

Hordaland og Møre og Romsdal har fått tilsagn om ekstra midler til etablering av kjørekontorer i offentlig regi. Fylkestrygdekontorene har forpliktet seg til oppstart av offentlige kjørekontorer senest fra 01.10.99.

#### Andre tiltak

Prosjektet foreslår at det tas i bruk et felles 815-nummer som alle kjørekontorer i landet kan kople seg opp mot. På større institusjoner kan det være ønskelig med et samlingspunkt for syketransport, et "transporthjørne". Der kan man også ha en "telefonboble" hvor man får direkte kontakt med kjørekontoret ved å løfte av røret. En del kjørekontorer bør trolig benytte tilbringerdrosjer i større grad enn i dag. Prosjektet mener dessuten at det bør utarbeides felles instruks/retningslinjer for kjørekontorenes virksomhet.

## **10. ANDRE TILTAK - SAMARBEID MED FYLKESKOMMUNEN**

**Mandatets punkt 1 h: ”Vurdere andre utviklings-, effektiviserings- og forbedringstiltak under forutsetning av nåværende ansvarsforhold. Det bør vurderes samarbeidsmuligheter med andre offentlige instanser med ansvar for liknende transporttjenester”.**

### **10.1 INNLEDNING**

I og med at andre offentlige instanser også bruker mye penger på transport, har man i flere fylker inngått samarbeid om samordning av offentlig transport. Samarbeidet varierer fra at fylkeskommunen driver kjørekontoret for trygden, til at man samordner all offentlig transport i fylket og utfører en stor del av transporten gjennom et driftsselskap med innleid vognkapasitet på områdekonsesjon. Dette samarbeidet kan gi effekter ved at offentlig samhandling og kjøp gir lavere gjennomsnittskostnader og økt velferd ved at hver stønadskrone gir flere passasjerkilometer.

### **10.2 SAMARBEIDSPARTNERE**

Den viktigste samarbeidspartneren vil være samferdselsavdelingen i fylkeskommunen da denne avdelingen har ansvar for ambulansetransport, TT-kjøring og skoletransport.

En annen viktig samarbeidspartner vil være helse- og sosialavdelingen i fylkeskommunen. Helse- og sosialavdelingen er ansvarlig for sykehusdrift, og vil for eksempel kunne være med å påvirke til regionvis innkalling, innføring av nye rekvireringsrutiner mv.

Større sykehus vil også kunne være aktuelle da de har direkte kontakt med både behandlere, pasienter og transportører. Sykehusene er arbeidsgiver for en stor del av rekvirentene, og vil således kunne være en god kommunikasjonskanal ut til denne gruppen.

Kommunene utfører en del av sine kommunale transporttjenester med drosje, og kan være potensielle samarbeidspartnere.

Samarbeid med selskaper eiet av kommune eller fylkeskommune har også vist seg å kunne fungere godt.

### **10.3 NÅVÆRENDE SAMARBEIDSAVTALER**

Prosjektet vil gjøre oppmerksom på at de tall som nyttes for å beskrive samordning og innsparing bygger på avvikende statistiske data, både hva angår utregning og bakgrunnsmateriale. Dette har dels sammenheng med at det enkelte fylke selv har utarbeidet tallmaterialet. Tallene gir likevel en nokså god pekepinn på situasjonen i fylkene.

#### **a) Sør-Trøndelag**

Sør-Trøndelag fylkeskommune (STFK) driver samordning av drosjetransport gjennom tre kjørekontorer i fylket. Her betaler trygden 75% av kostnadene mens fylkeskommunen dekker de resterende 25%. Trygden betalte i 1998 1 315 000 kroner for tjenestene. Samarbeidet fungerer slik at trygden kjøper tjenester hos STFK som står som eier av kjørekontoret, og er arbeidsgiver for de ansatte. Gjennom dette samarbeidet ble utviklingen av dataprogrammet SOFT startet

sammen med Cap Gemini. Trygden trakk seg imidlertid ut av prosjektet da man mente at programmet ble for mye rettet inn mot annen offentlig transport enn syketransport. Dette er rettet opp i de siste utgaver av dataprogrammet.

Fylkestrygdekontoret melder at samarbeidet med fylkeskommunen har fungert meget bra. Sør-Trøndelag har en av landets høyeste samordningsgrader, med ca 1,7 for hele fylket, og over 2,2 for turene som er samordnet av kjørekontoret.<sup>34</sup>

## **b) Akershus**

Fylkestrygdekontoret i Akershus har gått inn i et samarbeid med Stor-Oslo Lokaltrafikk (SL) som er et driftsselskap eiet av staten, Akershus fylkeskommune og Oslo kommune. SL-kontoret samordner all offentlig betalt transport internt i Asker og Bærum, samt fra Asker og Bærum til Oslo og Akershus. SL utfører omkring 40% av transportene med innleide småbusser som kjører på SLs områdeløyve. Transportene som samordnes ved SL-kontoret er relativt korte, men gir innsparing da de utgjør et stort antall turer. Kontoret benytter et nokså komplekst transportstyringssystem utviklet av DGB<sup>35</sup>. Systemet benytter GPS<sup>36</sup> og kommuniserer direkte med de innleide transportørene via GSM-nettet<sup>37</sup>. SL-kontoret samordner all offentlig transport, dvs. syke-, skole-, arbeids- og TT-transport. Samordningsgraden ligger på ca 1,3, men innsparingen er betydelig da SL kjører turene med minibusser som er rimeligere enn drosjetransport.

Akershus har også kjørekontor ved Sentralsykehuset i Akershus (SiA). Dette drives av sykehuset for trygdens regning og samordningsgraden ligger på ca 1,3.

Et nytt SL-kontor er nylig åpnet i Follo der trygden sannsynligvis vil være med fra 01.10.99.

## **c) Vest-Agder**

Fylkestrygdekontoret i Vest-Agder har i en årrekke samarbeidet med fylkeskommunen som driver Skysstasjon Sør (SKS). SKS samordner all offentlig betalt drosjetransport (over en viss avstand). Det dreier seg om syketransport, TT-transport, skole- og arbeidstransport. I tillegg organiserer SKS reiser, særlig til Oslo, ved bestilling av tog, buss, drosje mv. SKS skriver også ut billetter og sender hjem til pasientene. SKS utfører dessuten fakturakontroll og forbereder oppgjør med både drosjer og andre transportører. Samarbeidet ser ut til å fungere meget bra, og samordningsgraden i fylket meldes for 1998 å være nesten 1,3.

## **d) Nord-Trøndelag**

Nord-Trøndelag har drevet samordning av syketransport i samarbeid med flere parter samtidig. Samordning har vært drevet i samarbeid med Taxi og Posten, samt med sykehus. Samordningsgraden som ligger på 1,6 for hele fylket tyder på et godt resultat. For 1999 planlegger man å gå ned fra 5 til 2 kjørekontorer lokalisert til Innherred sykehus og Namdal sykehus, drevet i regi av fylkeskommunen. Det er kun syketransport som samordnes ved kjørekontorene.

## **e) Nordland**

Nordland har 3 kjørekontorer knyttet til sykehusene i Lofoten, Stokmarknes og Sandnessjøen som drives i regi av lokalsykehusene. I tillegg har de et kjørekontor i Bodø som drives av Norvakt. Samarbeidet rapporteres å fungere meget godt, spesielt i Vesterålen.

Fylkestrygdekontoret oppgir at det spares store beløp da turene i gjennomsnitt er meget lange. Samordningsgraden meldes til nesten 1,6 i Vesterålsregionen for turene som meldes inn til kjørekontoret. Samordningstiltakene omfatter ikke hele fylket.

#### **f) Sogn og Fjordane**

I Sogn og Fjordane er det kjørekontor ved Sentralsykehuset i Førde. Det er ansatte ved sykehuset som driver kjørekontoret, og kontoret håndterer inn- og uttransport ved sykehuset. Ved lokalsykehusene er det sentralbordene som samordner uttransporten. Fylkestrygdekontoret betalte 360.000 kroner i 1998 for dette arbeidet. Sogn og Fjordane melder om en samordningsgrad på ca 1,2 for hele fylket i 1998.

#### **g) Vestfold**

Vestfold starter opp offentlig kjørekontor i samarbeid med Vestfold fylkeskommune høsten 1999. Samarbeidspartneren er Vestfold Kollektivtrafikk AS (VK) som er et transportselskap 100% eid av Vestfold fylkeskommune. Kjørekontoret skal lokaliseres til VKs lokaler på sykehuset i Tønsberg.

#### **h) Oppland og Hedmark**

I Oppland er det nylig startet opp et prosjekt for samordning av offentlig betalt transport der man innen utgangen av 1999 skal ha på plass en modell for samordning og utførelse av all offentlig transport i fylket, sannsynligvis gjennom et fylkeskommunalt driftsselskap. Hedmark er også i gang med et tilsvarende prosjekt, men ligger noe etter i tid.

### **10.4 FORDELER OG ULEMPER VED SAMARBEID MED FYLKESKOMMUNEN**

Et samarbeid med fylkeskommunen gir mange muligheter i forhold til samordning av offentlig transport. Spørsmålet blir likevel i hvor stor grad man gjennom et samarbeid klarer å realisere disse mulighetene, og hva man kunne oppnådd uten et samarbeid. Et utstrakt samarbeid kan også gi en del ulemper for samordningen da andre hensyn enn transportøkonomiske hensyn lettere kan påvirke arbeidet, se punkt 10.4.2.

#### **10.4.1 Fordeler**

Jo flere transporter man registrerer i samme EDB-program, desto lettere vil det være å finne turer som kan samordnes. Antall turer øker med antallet instanser man samordner for. Dette forutsetter dog at man ikke bare samordner syketransportene, man også de andre offentlige transportene. I noen av samarbeidsprosjektene samordner man bare for trygden til tross for at man har et utstrakt samarbeid med fylkeskommunen, og fylkeskommunen driver kjørekontoret. Det er heller ikke alle typer turer som egner seg for samordning. Det vanligste har vist seg å være å samordne syketransport og TT-transport. Skole- og arbeidskjøring samordnes normalt sett ikke med syketransport. Man vil dog alltid kunne benytte returkapasiteten på alle typer transporter.

Man vil kunne dra stordriftsfordeler av et samarbeid. En vil neppe trenge like mange ansatte på et felles kontor som man evt. ville kunne trenge på to separate. I tillegg blir man sammen en større kunde, og derved en sterkere forhandler både på pris og kvalitet.

Man vil i et samarbeid kunne dra nytte av samferdselskompetansen som samferdselsavdelingen i fylkeskommunen og evt. et interkommunale driftsselskap, innehar.

Ved å være i tett kontakt med samferdselsavdelingen vil man lettere kunne påvirke avgjørelser som begrenser eller bedrer mulighetene for samordning av syke transport, og som påvirker konkurranse, priser og det lokale offentlige rutetilbudet, samt løyvetidelingspolitikken og konkurranseutsetting av transporttjenester.

Det har vist seg at fylkeskommunene kan være villige til å starte opp fylkeskommunale driftsselskaper som kan stille med alternative transportører til drosjene. Disse kan se ut til å utføre transportene rimeligere, og de kan operere med turbilløyver eller områdeløyver. Fordelen med et offentlig driftsselskap er at deltakerne får en driftsorganisasjon som er profesjonell og samtidig ivaretar helhetlig styring av kollektivtrafikk og offentlige kjøp av persontransport utenfor rute.

Er kjørekontoret i tillegg lokalisert til sykehus, vil man kunne ha en del andre fordeler. Bl.a. vil man ha nærhet til pasientene og rekvirentene, samt at transportørene vil kunne komme innom når de henter pasienter. Man vil dessuten ha nærhet til medisinske avdelinger, og man vil kanskje kunne oppnå større forståelse for felles mål og problemer. En lege som kjenner til kjørekontoret som bestiller transporten, vil kanskje lettere kunne påvirkes til å vurdere andre transportmidler før han rekvirerer drosje. I tillegg kan man kanskje få større forståelse for å innkalle pasienter regionsvis, samt at kommunikasjonen til de som skriver ut rekvisisjonene vil bedres. De sistnevnte fordelene kan også i stor grad oppnås ved å lokalisere et kjørekontor i regi av trygden eller andre til sykehuset.

Andre fordeler, som benyttelse av ledig returkapasitet i ambulanser, kan også tenkes. Her oppstår det dog problemer rundt ambulansens beredskapsoppgaver, og fordeling av utgifter/ oppgjør. Praktisk kan benyttelse av ambulansens returkapasitet organiseres ved at ambulansen ringer til kjørekontoret ved avsluttet oppdrag eller på vei inn til sykehuset. Hvis kjørekontoret har passasjerer til ambulansens stasjonssted eller til mellomliggende distrikt, kan disse tas med i retur av ambulansen. Så langt prosjektet har kunnet bringe på det rene, er ikke ordlyden i forskriften for persontransport utenfor rute, eller regler for ambulansevirksomhet, til hinder for å tillate dette. En slik ordning bør imidlertid tas opp konkret med den enkelte fylkeskommune der hvor bruk av ambulanse til vanlig syke transport anses som aktuell mulighet.

#### **10.4.2 Ulemper**

Et utstrakt samarbeid med fylkeskommunen medfører også en del potensielle ulemper. Det kan som nevnt lettere bli tatt andre hensyn enn de rent trygdefaglige og transportøkonomiske. For eksempel kan distriktpolitiske hensyn tenkes å påvirke både plasseringen av, og virksomheten til kjørekontoret. Fordeling av turer til bostedsløyver i distriktene kan være en måte å holde liv i disse, uten at det nødvendigvis er økonomisk riktig for trygden.

Nedleggingen av bussrutene i distriktene medfører at mer av syke transporten må gå med drosje. Dette fører til en forskyvning av kostnadene fra fylket til trygden. Et kjørekontor i regi av fylkeskommunen vil kanskje ikke ha samme incitament til å påpeke dette.

Transportene som utføres for trygdens regning er sannsynligvis lengre i gjennomsnitt enn de som gjennomføres for fylkeskommunal regning. Dette gir et forskjellig behovsbilde, og gjør at det kan være vanskelig å fremforhandle de riktige transportkontraktene som tilfredsstillende begge

parters behov. Det er ingen tvil om at det lønner seg mest å samordne de lange turene. Går man inn på en modell med samordning av all offentlig transport vil man også samordne kortere turer, som ikke gir den samme innsparing per tur.

Når det gjelder oppgjør, er det på det rene at økonomireglementet ikke tillater at andre enn trygden utbetaler for trygden. Dette medfører at man ikke kan ha kjørekontor i regi av fylkeskommunen og oppgjørskontor i ett. Mellomløsninger kan kanskje tenkes der man har både fylkeskommunalt ansatte og trygdeansatte på kjørekontoret.

Et fylkeskommunalt kjørekontor vil i utgangspunktet ikke kunne skrive ut rekvisisjoner, det er det bare trygdekontor og rekvisisjonsberettigede behandlere som kan. Hvorvidt dette er et reelt behov eller ikke, er noe usikkert.

Fylkeskommunen må sikres en del av gevinsten for å ha interesse av et samarbeid. Fylkeskommunen vil ha en viss innsparing ved at transporter fylkeskommunen har det økonomiske ansvaret for blir billigere. Hvis andelen slike transporter er svært lav, kan det tenkes at fylkeskommunen vil kreve å få noe av trygdens økonomiske gevinst av samarbeidet.

En annen ulempe med et utstrakt samarbeid med fylkeskommunen er at det tar lengre tid å iverksette tiltak når flere parter er med. Spesielt når politiske beslutninger kreves og flere kryssende hensyn må tas. Dette er i utgangspunktet mest et problem ved *oppstart* av for eksempel felles kjørekontorer eller driftsselskap. Under driften vil dette neppe være av større betydning.

## 10.5 VURDERING

Et utstrakt samarbeid med fylkeskommunen innebærer fordeler som langt overstiger ulempene. Offentlig samhandling vil gi lavere gjennomsnittskostnader og økt offentlig velferd ved at hver stønadskrone gir flere pasientkilometer. Det bør derfor legges til rette for slikt samarbeid.

Samarbeidet kan for eksempel organiseres ved at fylkeskommunen og kommunene oppretter et driftsselskap som jobber med tilrettelegging av offentlige kjøp av transporttjenester, oppbygging av infrastruktur for trafikkstyring og kontroll. Et evt. driftsselskap bør sette transportene ut på anbud, og til enhver tid kjøpe den ønskede transportkvalitet der den selges billigst. Gevinsten med et offentlig driftsselskap er at eierne får en driftsorganisasjon som er profesjonell og samtidig ivaretar helhetlig styring av kollektivtrafikk og offentlig kjøp av persontransport utenfor rute.

Trygden bør være direkte deltakende i den grad som trengs for å sikre trygdefaglig kompetanse, samt slik at rekvisisjoner kan skrives ut, fakturaer kan kontrolleres og utbetalinger utføres av trygdeetaten innenfor rammen av statens økonomireglementet. Det er også viktig at det tas hensyn til de forskjeller i transportbehov som finnes mellom trygden, fylkeskommunen og kommunen.

Krav til økt samhandling taler for samarbeid og samlokalisering av større enheter. Dette fremfor små differensierte enheter for samordning av forskjellige offentlige transporter.

## 10.6 KONKLUSJON

- Et nært samarbeid på syke transportområdet mellom trygden og fylkeskommunen anbefales.

Dette gjelder både i forhold til samferdsels- og helse- og sosialavdelingen i fylkeskommunen.

- Felles kjørekontor for all offentlig transport i fylket anbefales i den grad fylkestrygdekontoret finner at dette vil gi effekter og innsparinger på stønadsbudsjettet, ut over det et kjørekontor i regi av trygden alene kan gi.
- Et felles edb-program for trygden bør stilles til disposisjon for de felles kjørekontorene. Det vil likevel være opp til det enkelte felles kjørekontor om de finner det økonomisk riktig å ta dette i bruk. Ekstra kostnader ved evt. dyrere edb-system kan ikke dekkes av trygden, med mindre det dokumenteres at dette gir innsparinger ut over kostnadene.
- De samme krav til effektivitet og innsparing, samt statistikk må stilles til de felles kjørekontorer som til trygdens.

## 11. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

**Mandatets punkt 1 i: "Utrede økonomiske og administrative konsekvenser av forslag/tiltak".**

### 11.1 NYE SAMORDNINGSTILTAK MV. (RAPPORTENS PUNKT 4.2)

#### Nordland

I Nordland drives samordningen av syketransport i samarbeid med sykehusene i Lofoten, Vesterålen og Sandnessjøen. I tillegg samordner Norvakt as transporter i Bodø-området (Salten).

Fylkestrygdekontoret ønsker å iverksette samordningstiltak også i de deler av fylket hvor det i dag ikke skjer en planmessig samordning. Fylkestrygdekontoret ønsker å utvide området for kjørekontoret i Salten til også å omfatte Ofoten. Driftsutgiftene ved dette kjørekontoret anslås da å bli ca. 500.000 kroner (225.000 kroner i 1998).

Videre ønsker fylkestrygdekontoret å utvide området for kjørekontoret i Sandnessjøen til også å omfatte Rana og Vefsn (evt. starte et eget kjørekontor for disse områdene). Driftsutgiftene ved dette kontoret/disse kontorene anslås å utgjøre ca. 800.000 kroner per år (mot ca. 100.000 kroner i 1998).

Nordland foretar detaljerte beregninger av innsparing ved dagens samordningstiltak, og mener å kunne dokumentere årlige besparelser på om lag 6 mill. kroner. Fylkestrygdekontoret anslår ytterligere innsparinger på minst 3 mill. kroner hvis samordningstiltakene utvides i tråd med fylkets ønsker. Anslaget er basert på at de nye tiltakene vil gi samme innsparingseffekt som eksisterende ordninger.

Etter vårt syn er det tilstrekkelig underbygget at ytterligere samordningstiltak i Nordland vil gi besparelser som er klart større enn økningen i de administrative utgifter. Vi anbefaler at det avsettes 900.000 kroner i statsbudsjettet for år 2000 til utvidelse av samordningstiltakene i Nordland.

#### Akershus

I Akershus samarbeider fylkestrygdekontoret bl.a. med SL (Stor-Oslo Lokalterafikk) om samordning av transporter. Fra 01.10.99 skal Akershus kjøpe tjenester fra SL-kontoret i Ski, og alle turer i Follo-regionen vil da bli samordnet. I år 2000 skal SL starte kjørekontor i Lillestrøm, og det vil da være mulig å samordne alle turer på Romerike. Fylkestrygdekontoret opplyser å ha behov for 500.000 kroner i økte midler neste år for å finansiere utvidelser av samordningstiltakene i fylket.

Fylkestrygdekontoret forventer en innsparing på minst 3 mill. kroner som følge av nye samordningstiltak, og mener innsparingenspotensialet kan være vesentlig høyere.

#### "Reisebyrå-tjenester"

Basert på erfaringer fra Aust-Agder og Vest-Agder, kan det være mulig å oppnå besparelser ved at pasienten bestiller reisebilletter via kjørekontoret, og at kjørekontoret da utnytter de rabattordninger som er tilgjengelig. Dette er en tjeneste kjørekontoret yter i tillegg til sin ordinære virksomhet. Vi finner ikke grunnlag for å anslå konkrete beløp for innsparing neste år ved en eventuell utvidelse av en slik tjeneste til flere fylker.

## 11.2 STILLINGENE SOM TRANSPORTKONSULENT (RAPPORTENS PUNKT 4.3)

Ikke alle fylkestrygdekontorer utnytter stillingshjemmelen for transportkonsulent fullt ut til arbeid med kostnadsdempende tiltak på syketransportområdet. Prosjektet mener stillingen må benyttes fullt ut til dette formålet før administrative samordningsmidler kan tildeles. Dette vil gi en bedre utnyttelse av de administrative ressurser på området i noen fylker.

## 11.3 OFFENTLIGE KJØREKONTORER (RAPPORTENS PUNKT 4.2 OG 9.3)

### Hordaland og Møre og Romsdal

Det er bevilget ekstra midler til etablering av offentlige kjørekontorer i Hordaland og Møre og Romsdal i 1999. Vi antar at driftskostnadene for offentlige kjørekontorer vil være noe høyere enn kostnadene ved tidligere tiltak i disse fylkene i regi av drosjenæringen. Fylkestrygdekontoret i Hordaland anslår at driftsutgiftene vil øke med 365.000 kroner per år. I Møre og Romsdal anslås økningen å bli i størrelsesorden 250-350.000 kroner.

Samordningen av drosjetransport har den senere tid vært meget lav i Hordaland (under 1,1 passasjer per tur). Med et offentlig kjørekontor kan samordningsgraden forventes å komme opp på nivå med andre fylker som har offentlige kjørekontorer. Dette vil gi vesentlig innsparing i forhold til situasjonen i fylket i 1998/99. Transportøkonomisk institutt har beregnet at en økning i samordningsgraden i Hordaland fra ca 1,1 til 1,3 kan gi 6,9 mill kroner i økt innsparing (TØI særtrykk 131/1998 side 6). En samordningsgrad på 1,3 er et nøkternt anslag for samordning i Hordaland i år 2000.

Vi mener det kan legges til grunn at offentlige kjørekontorer i Hordaland og Møre og Romsdal vil gi en innsparing som langt overstiger de økte administrative utgiftene i disse fylkene. Vi foreslår at økte driftsutgifter i de to fylkene på til sammen 0,7 mill. kroner legges inn som merutgift i statsbudsjettet for år 2000.

### Andre fylker

Prosjektet foreslår at det etableres offentlige kjørekontorer i de resterende fire fylker hvor samordningen av syketransport fremdeles utføres av i regi av drosjenæringen (Finnmark, Troms, Oppland og Hedmark). Dette vil være i tråd med de senere års prioriteringer på dette området. Oppland har allerede satt i verk et prosjekt for etablering av offentlig kjørekontor i samarbeid med fylkeskommunen (planlagt oppstart 01.03 år 2000). Hedmark planlegger etablering av offentlig kjørekontor etter samme modell som Oppland. Troms og Finnmark har tidligere søkt om midler for å starte kjørekontorer i offentlig regi. De fire aktuelle fylker mottar i år til sammen 3.155.000 kroner i administrative midler til samordning av syketransport. Ut fra vurderinger i fylkene og erfaringer fra andre fylker som har startet offentlige kjørekontorer, antar vi at merutgiftene for å etablere offentlige kjørekontorer vil utgjøre minst 2-3 mill. kroner i de fire fylkene samlet. Vi foreslår at det bevilges minimum 1,5 mill. kroner til etablering av offentlige kjørekontorer i minst 2 nye fylker i år 2000. Inneværende år er det avsatt 1 mill. kroner til dette formålet.

Vi forventer en positiv effekt av et samarbeid med fylkeskommunen om samordning (Oppland og Hedmark, evt. også Troms) sett i forhold til dagens situasjon hvor drosjenæringen samordner transporter. En slik endring bør bl.a. gi bedre muligheter for overføring av transport fra drosje til rimeligere transportmidler. I Finnmark ser en likeltes muligheter for bedre utnyttelse av andre transportmuligheter ved at kjørekontor drives i offentlig regi (kombinasjon av drosjetransport og rutegående transport), og bedre muligheter for å følge opp praksis for rekvirering av dyrere

transport.

#### **11.4 PRAKSIS FOR REKVIRERING (RAPPORTENS KAPITTEL 5)**

Prosjektet legger fram forslag til retningslinjer for hvilke (medisinske) kriterier som skal legges til grunn for rekvirering av syketransport med drosje. Slike retningslinjer mangler i dag. I tillegg vil det bli presisert at drosjetransport hvis mulig skal gjelde til nærmeste rutegående transportmiddel. Nye retningslinjer bør trykkes opp som en folder e.l., og fylkestrygdekontorene bør ha ansvar for distribusjon og informasjon til rekvirentene (helsepersonell).

Retningslinjer som presiserer når drosje kan rekvireres for trygdens regning, antas å føre til mindre bruk av drosje, og gi innsparing for trygden. Innsparingen kan komme opp i millionbeløp, men kan ikke anslås sikkert.

Prosjektets endringsforslag når det gjelder hvem som kan rekvirere dyrere transport mm, antas ikke å ha klare budsjettmessige konsekvenser, men vil muligens gi merutgifter. Vi har ikke grunnlag for å anslå størrelsen på evt. merutgifter.

#### **11.5 REGELVERKET FOR SYKETRANSPORT (RAPPORTENS KAPITTEL 6)**

Prosjektet fremmer forslag om endringer i reglene for syketransport. Endringene vil i noen grad innebære regelforenkling. Forslaget om at begrensning i dekning av oppholdsutgifter utgår (forskriftens § 5), kan gi økte utgifter, men en eventuell utgiftsøkning antas å bli minimal. De øvrige materielle forslag vil trolig gi reduserte utgifter til syketransport for trygden, men utslagene er usikre, og prosjektet finner ikke grunnlag for å gi konkrete anslag for innsparing som følge av de foreslåtte regelendringer.

#### **11.6 SAMFERDSELSLOVGIVNINGEN (RAPPORTENS KAPITTEL 7)**

Prosjektet foreslår at løyvegrenser for drosje oppheves hva angår syketransport.

Hvis forslagene gjennomføres, vil dette gi bedre muligheter for å samordne transporter/øke konkurransen i markedet og følgelig gi innsparing for trygden. Prosjektet har ikke forutsetninger for å anslå nøyaktig innsparingseffekt, men vi regner med at besparelsene vil utgjøre millionbeløp.

#### **11.7 KONKURRANSELOVGIVNINGEN MM (RAPPORTENS KAPITTEL 8)**

Prosjektet foreslår at syketransport med drosje o.l. legges ut på anbud, og det vises her til Konkurransetilsynets rapport av 30. april 1999. Konkurransetilsynets konklusjoner støttes.

Hva som kan oppnås av innsparing vil avhenge av resultatene av anbudsrunder i fylkene, og er umulig å forutsi på forhånd. Det er liten konkurranse for denne type transport i dagens transportmarked, og dette begrenser innsparingsmulighetene. Vi finner ikke grunnlag for å anslå konkrete beløp for innsparing i år 2000, men tror at innsparingspotensialet kan være betydelig på lengre sikt.

#### **11.8 EDB-VERKTØY (RAPPORTENS PUNKT 9.1)**

I 1999 vil Rikstrygdeverket anskaffe et felles edb-verktøy for kjørekontorene. Et felles edb-

system planlegges tatt i bruk ved noen kjørekontorer inneværende år, og tilbudt de resterende kjørekontorer i år 2000.

Et godt edb-verktøy på dette området må forventes å gi en mer effektiv samordning av transporter, og mer rasjonelle arbeidsrutiner på kjørekontorene. Edb-programmet vil også gi et felles grunnlag for rapportering av resultater av samordningsarbeidet. Enkelte fylker har i dag ikke edb til hjelp ved samordningen, eller bare enkle edb-løsninger. Vi har ikke grunnlag for å gi konkrete anslag for innsparing i år 2000 eller senere ved å ta i bruk et bedre edb-verktøy.

Et felles edb-program for samordning som tas i bruk i hele landet, vil gi økte edb-utgifter i år 2000. Rikstrygdeverket vil få ansvaret for "support", videreutvikling osv. av edb-programmet, og avtale om slike tjenester i år 2000 vil inngås med en ekstern leverandør. Det må også påregnes utgifter i forbindelse med implementering av programmet ved kjørekontorer i år 2000. Et nytt edb-program vil bl.a. medføre behov for ekstra investeringer i form av oppgradering av edb-utstyr ("hardware") ved en del kjørekontorer.

Vi foreslår at det avsettes 1,5 mill. kroner i statsbudsjettet for neste år til videre arbeid med edb-verktøyet for samordning av syke transport. Midlene skal finansiere "support", videreutvikling osv. av trygdens edb-program for samordning av syke transport, og implementering av edb-programmet ved flere kjørekontorer (herunder investeringer i nødvendig edb-utstyr). Vi regner med at de økte utgiftene spares inn ved at et godt edb-verktøy gir mer effektiv samordning.

I tillegg bør det avsettes midler til dekning av administrative utgifter i Rikstrygdeverket i tilknytning til arbeid med edb-verktøyet. Se nærmere under punkt 11.10 Rikstrygdeverkets oppfølging.

## **11.9 STATISTIKK (RAPPORTENS PUNKT 9.2)**

Rikstrygdeverket har sendt ut en felles mal for registrering av statistikk for samordning av syke transport. Malen skal tas i bruk fra 2. halvår 1999. Fylkestrygdekontorene skal senere rapportere tall for samordning i henhold til malen hvert halvår. Kravene til rapportering er mer omfattende en tidligere, men Rikstrygdeverket har lagt opp til at dataene i all hovedsak skal kunne leveres direkte fra kjørekontorenes edb-program for samordning av syke transport. Fylker som per i dag ikke har et tilstrekkelig edb-verktøy, skal foreløpig bare melde inn de data som fylkestrygdekontoret har tilgang til.

Kravene til rapportering antas å føre til noe merarbeid for en del fylkestrygdekontorer, men merarbeidet vil være av beskjeden karakter og foreslås ikke kompensert. Vi vil her vise til at fylkestrygdekontorene har egen stillingshjemmel for "transportkonsulent" som mange steder ikke utnyttes fullt ut til stillingens formål. Et nytt edb-program vil dessuten automatisere statistikkfunksjonen i stor grad.

Sosial- og helsedepartementet ønsker tilbakemelding om resultatene av samordningsarbeidet, og Rikstrygdeverket har i styringsøyemed behov for statistikk om samordning av syke transport. Dataene fra fylkestrygdekontorene bør derfor registreres, bearbeides og analyseres i Rikstrygdeverket. Rikstrygdeverket må også påregne arbeid med oppfølging av fylkestrygdekontorenes rapportering for å sikre pålitelige tall fra hele landet. Dette gjelder særlig i startfasen av ny rapportering (første halvår år 2000). Vi antar at en god oppfølging av statistikkområdet vil kreve en ressursinnsats på flere ukeverk i Rikstrygdeverket i år 2000. Se nærmere under punkt 11.10 Rikstrygdeverkets oppfølging.

## 11.10 RIKSTRYGDEVERKETS OPPFØLGING

De foreslåtte tiltak vil medføre behov for betydelig oppfølging fra Rikstrygdeverkets side i år 2000. Oppfølgingen knytter seg til Rikstrygdeverkets ansvar for trygdens edb-program for samordning av syketransport, rapportering og bearbeiding av statistikk, etablering av offentlige kjørekontorer i nye fylker og å legge syketransport med drosje ut på anbud i fylkene. Det kan også være behov for oppfølging av andre tiltak i kjølvannet av den pågående områdegjennomgangen.

På denne bakgrunn foreslås at det bevilges midler til ett årsverk i Rikstrygdeverket til oppfølging av kostnadsdempende tiltak på syketransport-området i år 2000.

## 11.11 KONKLUSJON

Prosjektet foreslår at følgende beløp legges inn i statsbudsjettet for neste år:

- 1,5 mill. kroner til videre arbeid med trygdens edb-verktøy for samordning av syketransport. Midlene skal finansiere "support" og videreutvikling, samt implementering av edb-verktøyet ved flere kjørekontorer (herunder oppgradering av nødvendig edb-utstyr).
- 0,7 mill. kroner til dekning av noe høyere driftsutgifter ved de offentlige kjørekontorene i Hordaland og Møre og Romsdal i forhold til tidligere tiltak i disse fylkene i regi av drosjenæringen.
- 2,5 mill. kroner til etablering av nye offentlige kjørekontorer i år 2000.
- 1,4 mill. kroner til dekning av nye samordningstiltak i Nordland og Akershus
- 0,4 mill. kroner til dekning av ett årsverk i Rikstrygdeverket for oppfølging av kostnadsdempende tiltak på syketransport-området.

Under forutsetning av at årets bevilgning på 5 mill. kroner videreføres neste år, foreslås en tilleggsbevilgning på 1,5 mill. kroner i budsjettet for år 2000.

Innsparingen ved å iverksette nye samordningstiltak i Nordland og Akershus antas å overstige de økte administrative utgiftene i betydelig grad. Fylkestyrgdekontorene anslår at besparelsene til sammen vil utgjøre minst 6 mill. kroner. I år 2000 oppnås full effekt av de offentlige kjørekontorene som etableres i Hordaland og Møre og Romsdal, og dette må antas å gi tilsvarende eller større innsparing (ifølge beregninger fra Transportøkonomisk institutt i 1998 ville en økning i samordningsgraden i Hordaland til 1,3 gi 6,9 mill kroner i økt innsparing). Det er videre grunn til å regne med at etablering av nye offentlige kjørekontorer og utgifter til et edb-verktøy for kjørekontorene vil gi besparelser som overstiger de økte administrative utgiftene. Samlet sett anslås de foreslåtte tiltak å gi en innsparing på minst 15-20 mill. kroner.

Effekten av forslag som gjelder samferdselsloven, konkurranselovgivningen og regelverket for syketransport kan ikke anslås med konkrete beløp, og vil være tiltak på noe lengre sikt.

## Noter

<sup>1</sup> For eksempel i Vest-Agder og Nord-Trøndelag.

<sup>2</sup> Se St prp nr 1 1991-1992 og 1993-1994, kapittel 2750 post 77.

<sup>3</sup> Østfold, Akershus, Oslo, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder, Vest-Agder, Rogaland (også i regi av reisebyrå), Hordaland, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag.

<sup>4</sup> Østfold, Oslo, Buskerud, Telemark, Aust-Agder, Hordaland og Møre og Romsdal. Rogaland også i regi av Egersund reisebyrå.

<sup>5</sup> Aust-Agder bestiller billetter til offentlig transport.

<sup>6</sup> Vest-Agder utsteder billetter til andre kommunikasjonsmiddel.

<sup>7</sup> Kilde: Trygderevisjonens rapport "Syketransport – en kartlegging av rutiner i seks fylker i 1997", 14.7.98.

<sup>8</sup> Aust-Agder

<sup>9</sup> Sør-Trøndelag

<sup>10</sup> Hordaland og Møre og Romsdal

<sup>11</sup> TØI-særtrykk 131/1998, "Sluttrapportering av syketransportprosjektet" punkt 4. Allerede oppnådd besparelse på 110,6 mill. kroner + 84,6 mill. kroner.

<sup>12</sup> Aust-Agder. Kilde: Årsberetning for kjørekontoret 1998.

<sup>13</sup> Se tabell 3, kolonne 7. Informasjon er hentet fra TØI-rapporten og opplysninger fra Østfold, Buskerud, Hordaland, Oslo, Nord-Trøndelag og Rogaland.

<sup>14</sup> Unntak er Nord-Trøndelag som ikke har transportkonsulent, men en jurist jobber 25 % med syketransport. I Hedmark har ikke transportkonsulent lenger syketransport som sitt hovedområdet, og jobber maksimalt 25 % med syketransport.

<sup>15</sup> Troms har 10 % rabatt på ventetid. Det finnes også andre fylker som har rabattordninger.

<sup>16</sup> Vest-Agder har fra 10-21% rabatt på kjøring, og 20-35% på ventetid.

<sup>17</sup> For eksempel i Vest-Agder og Nord-Trøndelag.

<sup>18</sup> Kilde: Utskrift fra Møre og Romsdal Taxi. I 1996 var antall pasienter som benyttet rekvisisjon for ekstraskyss i Møre og Romsdal 91 352. I 1997 økte antallet til 93 209. I 1998 var antall pasienter 105 719.

<sup>19</sup> Region Øst består av Telemark, Vestfold, Østfold, Buskerud, Oppland, Hedmark, Akershus og Oslo.

<sup>20</sup> TØI særtrykk 131/1998, Sluttrapportering av syketransportprosjektet, punkt 5, Konklusjoner og anbefalinger.

<sup>21</sup> Konkurransetilsynets rapport av 30. april 1999, Syketransport med drosje. Organisering av det offentlige innkjøp av drosjetjenester ved kredittkjøring, punkt 4.3, Konkurransetilsynets anbefalinger.

<sup>22</sup> Regelverk for Statens anskaffelsesvirksomhet mv.

<sup>23</sup> Konkurransetilsynets rapport av 30. april 1999.

<sup>24</sup> Forskrift av 15.03.99.

<sup>25</sup> Se også rapportens kapittel 7, om samferdselslovgivningen, punkt 7.1, Dagens situasjon.

<sup>26</sup> Se Konkurransetilsynets rapport av 30. april 1999, punkt 1.1.

<sup>27</sup> Maxitaxi, bil med lasterampe for rullestol, mv.

<sup>28</sup> Sitat fra Konkurransetilsynets rapport av 30. april 1999, punkt 1.2, side 5. Se også rapportens kap. 3 om konkurransemessig vurdering.

<sup>29</sup> Konkurransetilsynets rapport av 30. april 1999 punkt 3.2, 3. avsnitt, side 16.

<sup>30</sup> Konkurransetilsynets rapport av 30. april 1999, punkt 3.3, 2. avsnitt, side 17.

<sup>31</sup> Konkurransetilsynets rapport av 30. april 1999, punkt 3.3, 1. avsnitt, side 17.

<sup>32</sup> Forskrift av 10.06.77, sist endret 18.06.99.

<sup>33</sup> Se rapportens kapittel 10 om samarbeid med fylkeskommunen.

<sup>34</sup> Statistikken omfatter kun for deler av 1998.

<sup>35</sup> De Grå Bilene i København.

<sup>36</sup> Ground Position System. Viser for eksempel et kjøretøys nøyaktige posisjon til enhver tid. Kan også brukes som elektronisk kompass og ruteplanlegger.

<sup>37</sup> Det elektroniske telefonnettet som nyttes til GSM-mobiltelefoner. Her sendes meldinger samt datafiler.