



Økonomiske og administrative konsekvenser av ulike modeller for drift av luftambulansetjenesten

Utarbeidet for Helse- og omsorgsdepartementet

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder samfunnsfaglige problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndighetene, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller et grunnlag for organisasjoner som ønsker å påvirke sine rammebetingelser. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsfaglig rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt basert på bransjeerfaring, fagkompetanse og et nettverk av samarbeidspartnere.

Om Simonsen Vogt Wiig og Heine Richardsen

Simonsen Vogt Wiig (SVW) er et ledende forretningsjuridisk advokatfirma med kontor i de største byene i Norge samt Singapore. Med til sammen om lag 180 advokater bistår SVW sine kunder med å kombinere inngående forretningsforståelse og juridisk spisskompetanse i rådgivningen.

Heine Richardsen har mer enn 40 års erfaring fra norsk og internasjonal luftfart, og har drevet egen konsulentvirksomhet i selskapet Human Factors Training & Consulting siden 2012. Han var administrerende direktør i FlyViking i perioden 2017 til 2019 og luftfartsdirektør i Luftfartstilsynet i perioden 2006 til 2012.

Økonomiske og administrative konsekvenser av ulike modeller for drift av luftambulansetjenesten /nummer

© Oslo Economics, 24. august 2023

Kontaktperson:

Erik Magnus Sæther / Partner

ems@osloeconomics.no, Tel. 940 58 192

Foto/illustrasjon: Unsplash.com

Innhold

Sammendrag	5
1. Oppdrag og gjennomføring	10
2. Bakgrunn og beskrivelse av gjeldende modell for organisering av luftambulansetjenesten	11
2.1 Dagens modell for drift av luftambulansetjenesten	11
2.2 Baser og kapasiteter	12
2.3 Organisering og finansiering	12
2.4 Utvikling i antall oppdrag	14
2.5 Utfordringer ved dagens modell for organisering av luftambulansetjenesten	14
3. Alternative modeller	17
3.1 Nullalternativet	17
3.2 Modell 1 – Dagens modell med foreslåtte endringer	17
3.3 Modell 2 – Modell med offentlig drift	18
3.4 Modell 3 – Modell med drift av ideelle aktører	19
4. Administrative konsekvenser	20
4.1 Endringer i overordnet organisering av luftambulansetjenesten	20
4.2 Endringer i organisering av operatøransvaret	20
4.3 Styring, oppfølging og kontroll	23
5. Økonomiske konsekvenser	26
5.1 Innledning	26
5.2 Etableringskostnader	27
5.3 Løpende drifts- og forvaltningskostnader	28
5.4 Oppsummering økonomiske konsekvenser	31
6. Konsekvenser for kvalitet i tjenesten	34
6.1 Pasientsikkerhet	35
6.2 Flysikkerhet	38
6.3 Fagutvikling og innovasjon	40
6.4 Ansattes lønns- og arbeidsvilkår	41
6.5 Oppsummering kvalitet	42
7. Juridiske forhold	43
7.1 Anskaffelsesregelverket	43
7.2 Valg av organisasjonsform	43
7.3 Nærmere om overføring av personell ved leverandørbytte	43
7.4 Retten til å ombestemme seg – bruk av forbehold ved reservasjon for ideelle aktører	46
7.5 Arbeids- og hviletid	46

8. Samlet vurdering av risiko	47
9. Oppsummering	51
10. Referanser	53
Vedlegg A : Erfaringer fra omlegging av luftambulansetjenester i andre land	55
Vedlegg B : Datagrunnlag for analyse av økonomiske konsekvenser	60
Vedlegg C : Behov for organisasjon	63

Sammendrag

Ekspertutvalget har pekt på tre alternative modeller for luftambulansetjenesten. Vi belyser i denne rapporten de administrative og økonomiske konsekvensene, sammenholdt mot dagens modell. Vår analyse, basert på omfattende informasjonsinnhenting, tilsier at tilsvarende høy kvalitet trolig kan oppnås i alle de alternative modellene, men de økonomiske og administrative konsekvensene og den tilhørende risikoen vil kunne variere betydelig.

Av de foreslåtte alternativene til dagens organisering indikerer vår analyse at modell 1 (anbudsregime, med tilleggskrav) gir den laveste forventede kostnaden og risikoen, etterfulgt av henholdsvis modell 3 (ideell regi) og modell 2 (offentlig regi), der man etablerer en ny organisasjon både for fly- og helikoptertjenester. Erfaringsdata og informanter peker på at forventede kostnadsforskjeller primært er relaterte til effektivitetsgevinster ved konkurranseeksponering, samtidig som det er betydelige kostnader og økonomiske risikofaktorer knyttet til å etablere nye organisasjonsmodeller, med potensielt dyre avbøtende tiltak. Risikoen er videre relatert til å sikre tilgang til kompetent personell og operativt materiell, samt styring av den flyoperative virksomheten både med hensyn til utvikling av tjenesten, fagutvikling og innovasjon.

Bakgrunn

Med bakgrunn i uro rundt operatørbytte for ambulansflytjenesten i 2018 ba Stortinget regjeringen utrede offentlig/ideell drift av luftambulansetjenesten, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte. Helse- og omsorgsdepartementet etablerte i 2019 en ekspertgruppe som skulle utrede modeller for framtidig drift av den operative delen luftambulansetjenesten (ambulansfly og ambulanshelikopter). Ekspertgruppen leverte sin rapport i mars 2021, og skisserte tre mulige hovedmodeller for framtidig organisering og drift:

1. Dagens modell, med foreslåtte endringer (anbudsregime, men krav om virksomhetsoverdragelse mv.)
2. Modell med offentlig drift
3. Modell med drift av ideelle aktører

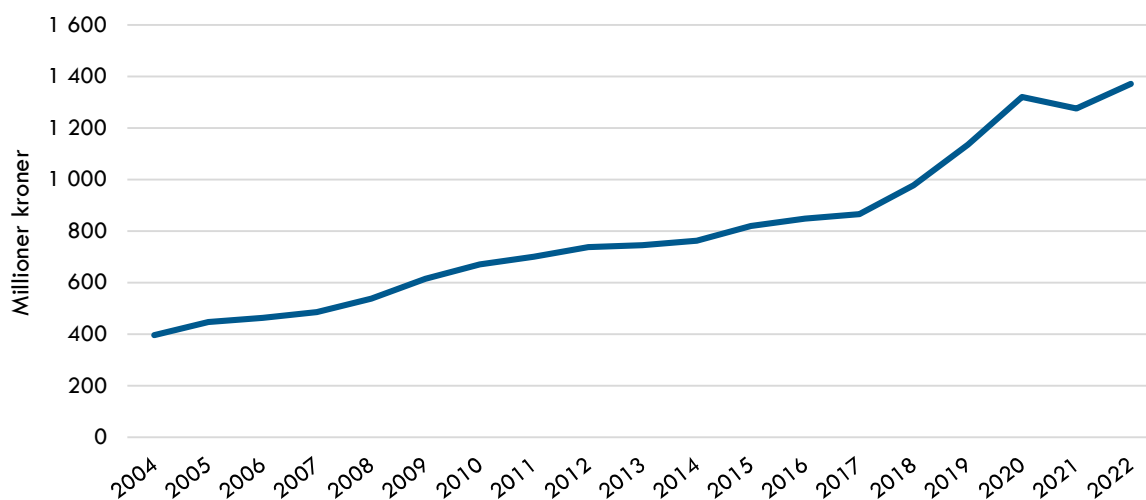
Med utgangspunkt i ekspertgruppens rapport ønsket Helse- og omsorgsdepartementet en utredning av økonomiske og administrative konsekvenser, juridiske forhold ved slike mulige endringer, samt sentrale risikofaktorer. Oslo Economics i samarbeid med Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig, Heine Richardsen (Human Factors Training & Consulting) og Gisle Solvoll (Nord universitet, Handelshøgskolen) har utarbeidet analysen i perioden januar til juni 2023.

Tjenesten har blitt bygget ut over tid, både når det gjelder antall baser og type materiell. De første ambulansflytransportene i Norge foregikk allerede i 1920-årene. I 1974 kom den første utredningen som skulle vurdere og komme med forslag til framtidig organisering, drift og finansiering av ambulansflytjenesten i Norge. Parallelt med denne utredningen fikk etableringen av den private organisasjonen Norsk Luftambulans AS (NLA) stor betydning for utformingen av luftambulansetjenesten i Norge. I 1978 startet NLA en akuttjeneste delvis finansiert med private midler, med små helikopter bemannet med spesiallege (anestesiolog/kirurg), redningsmann og pilot. I 1983 ble det inngått en kontrakt om kjøp av tjenesten mellom NLA og Rikstrygdeverket, og fra 1988 ble det etablert en landsdekkende luftambulansetjeneste.

Dagens modell (nullalternativet) omfatter 14 ambulanshelikopter og 10 ambulansfly fordelt på 20 baser over hele landet. Det er de regionale helseforetakene som har "sørge for"-ansvaret for luftambulansetjenesten, og all bestilling og utkalling av luftambulans går igjennom sykehusenes AMK-sentraler. Sykehusene og de regionale helseforetakene har direkte ansvar for den medisinske delen av tjenesten og for pasientbehandlingen. De regionale helseforetakene vedtar også basestruktur og dimensjonering av tjenesten, herunder budsjett. Helseforetaket Luftambulansetjeneste HF (LAT HF) eies av de fire regionale helseforetakene og er etablert for å ivareta den flyoperative delen av luftambulansen for hele landet, både fly og helikopter. LAT HF løser oppdraget gjennom å inngå kontrakter med private operatører om fly- og helikoptertjenestene etter ordinære anbudsprosesser. LAT HF er avtalepart med operatørene og ivaretar bestillerfunksjonen på vegne av de regionale helseforetakene.

Kostnadene for drift av luftambulansetjenesten har økt jevnt siden 2004. Kostnadene til operativ drift gjennom LAT HF utgjorde totalt 1 370 mill. kroner i 2022. I forbindelse med covid-19 i 2020 og 2021 påløp det ekstraordinære kostnader, som forklarer en del av økningen, særlig i 2020.

Utvikling i driftskostnader for luftambulansetjenesten. (millioner kroner)



Kilde: LAT HF

Den høye kvaliteten i tjenesten kan opprettholdes i alle modeller

Den systematiske investeringen i kompetanse og materiell har ført til at Norge har en av verdens beste luftambulansetjenester. Dette underbygges i ekspertgruppens rapport og av våre informanter, herunder representanter for utenlandske tjenester. Anbudskonkurransene har gjort det mulig for LAT HF å stille nye krav og heve kvaliteten på materiell og utstyr. Kvaliteten i tjenesten bestemmes i utgangspunktet av det ambisjonsnivå som defineres for basestruktur, materiellets funksjonalitet og kompetanse, samt myndighetenes prioriteringer av ressurser – ikke valget av organisering. På den annen side har modellene ulike egenskaper som påvirker deres kostnader og risiko. De mest sentrale forutsetningene for å kunne ivareta kvalitet i tjenesten vil i alle modellene være underlagt offentlig kontroll.

Helseforetakene vil ha det medisinske ansvaret i alle modeller, og det stilles strenge krav til kompetansen hos medisinsk personell og redningsmannskap. I samtlige modeller fastsetter myndighetene også krav til beredskap og reservekapasitet. Videre er luftfartssektoren svært gjennomregulert, og uavhengig av modell må operatører av luftambulansetjenesten overholde samme regelverk og krav. Flysikkerhet antas derfor å kunne ivaretas på lik linje i alle modeller. Kvaliteten på tjenesten, herunder beredskap og reservekapasitet, avhenger derfor først og fremst av myndighetenes prioriteringer og vilje til ressursbruk. Modell 2, med drift i offentlig regi, vil imidlertid kunne medføre høyere kostnader for å ivareta behovet for særlig reservekapasitet sammenlignet med modellene basert på anbudsregimer hvor utnyttelse av stordriftsfordeler i større grad muliggjøres. Modell 2 vurderes samtidig å ha den høyeste risikoen med hensyn til å sikre kontinuitet i tjenesten i etableringsfasen, men vil samtidig, i likhet med modellen der man direktetildeler oppdraget til Stiftelsen Norsk luftambulans (NLA)¹ gjøre at man unngår fremtidig risiko forbundet med operatørbytter.

Med hensyn til fagutvikling og innovasjon skjer mye uavhengig av valget av modell, hvor den flytekniske utviklingen i hovedsak drives av de store internasjonale produsentene, og forskning og utvikling skjer som en del av sykehusenes hovedformål. Utover dette vil modell 1 med anbudskonkurranser normalt gi gode incentiver til innovasjon og utvikling av tilbudet dersom dette vektlegges i anbudsprosessene. Anbudskonkurransene har, som beskrevet av ekspertgruppen, også tidligere bidratt til å drive frem innovasjon og nye løsninger som har hevet kvaliteten og gitt mer effektiv drift. Lignende virkninger kan trolig også oppnås i modell 3 med anbudskonkurranser mellom ideelle aktører. I varianten av modell 3 der kontrakten direktetildes til Stiftelsen Norsk Luftambulans (SNLA), eller deres datterselskaper vil incentiver til fagutvikling og innovasjon kunne ivaretas

¹ Stiftelsen Norsk Luftambulans har tre heleide datterselskaper. Norsk Luftambulans AS som opererer dagens ambulanshelikoptertjeneste, samt Norsk Luftambulans Teknologi AS som driver teknologiutvikling. I tillegg ble Norsk Luftambulans Fly AS, opprettet i slutten av 2022. For enkelhets skyld benytter vi som hovedregel forkortelsen SNLA når vi omtaler stiftelsen og deres heleide datterselskaper.

gjennom mekanismer internt i stiftelsen. SNLA har som formål å fremme prehospital akuttmedisin, og har historisk også vist evne til å bidra til fagutvikling og innovasjon. Et felt SNLA i særlig grad har bidratt på er flyoperative forhold knyttet til luftbåren akuttmedisin. Modell 2, som medfører et offentlig monopol på tjenesten, vil gi relativt svake insentiver til innovasjon, men modellen vil samtidig legge til rette for at luftambulansetjenesten ses i sammenheng med behov for forskning og fagutvikling i andre deler av sektoren.

Ansattes lønns- og arbeidsvilkår er også viktig for å sikre tilgang på kvalifisert personell som gir robusthet og ivaretar behovet for beredskap i tjenesten. Mannskapene som benyttes i den flyoperative tjenesten (piloter, flyteknikere og redningsmenn) har spesialisert kompetanse med personlige sertifikater og utgjør knappe og kostbare ressurser. Lønnsnivået på området er generelt høyt sammenlignet med andre sektorer og knappheten på ressurser innebærer at man uavhengig av modell er nødt til å tilby konkurransedyktige betingelser for å kunne tiltrekke seg kvalifisert personell. Alle de foreslåtte modellene vil slik vi ser det legge til rette for økt trygghet og mer forutsigbarhet for ansattes lønns- og arbeidsvilkår. Vi vurderer derfor at det innenfor rammene av alle modellene kan sikres tilstrekkelig attraktive lønns- og arbeidsvilkår til at man tiltrekker seg kvalifisert personell som kan levere tjenester av høy kvalitet og ivareta beredskapsbehovet.

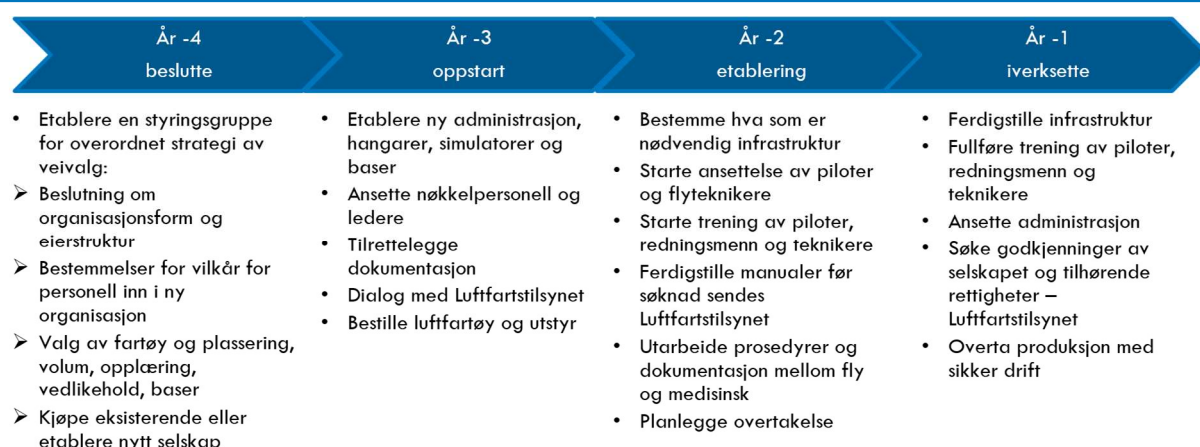
De største administrative konsekvensene forventes ved etablering av et nytt selskap

Alle de foreslåtte modellene innebærer en omorganisering av tjenesten som vil medføre administrative endringer for det offentlige. I modell 1 og 3 legger vi til grunn at den overordnede organiseringen og ansvarsdelingen mellom helseforetakene og operatørene opprettholdes, men med enkelte endringer i omfanget av oppgaver for de ulike aktørene. De mest betydelige administrative endringene oppstår i modell 2 der det må etableres et selskap i offentlig regi.

Selv om de foreslåtte endringene i **modell 1** (herunder innføre kontraktkrav om at tilbyder skal behandle overføringen etter reglene om virksomhetsoverdragelse) kan ha en viss administrativ betydning for det offentlige, antar vi at behovet for kontroll av tjenesteleverandørene i all hovedsak vil være uavhengig av en slik beslutning, og den overordnede oppgavefordelingen og ressursbehovet antas i liten grad å påvirkes.

I **modell 2**, under forutsetning av at flyselskapet etableres fra grunnen av og skal bygges opp med ressurser i egen regi tilsvarende det omfanget som dagens selskaper besitter, forventes administrative konsekvenser som vist i Figur 4-1. Vårt estimat på tidsbruken bygger på erfaringer hentet fra Sverige og Finland ved overgang til statlig drift, samt erfaring på etableringsprosesser av flyselskap. Generelt medfører modell 2 store administrative konsekvenser, som vil berøre mange ulike forvaltningsnivåer og offentlige organer over flere år. Det vil være behov for koordinering også på tvers av regioner. Vi vurderer risikoen for at etableringsperioden kan komme til å overstige fire år som høy. Svært mange separate prosesser må kunne gjennomføres smidig dersom tidslinjen skal kunne være realistisk.

Administrative konsekvenser ved beslutning om opprettelse av et flyselskap



De administrative konsekvensene i **modell 3** vil avhenge av om det velges en variant med konkurranse mellom ideelle aktører, eller en variant med direktetildeling til SNLA/NLA. I varianten med konkurranse mellom ideelle aktører, vurderes de administrative konsekvensene å kunne bli tilsvarende det som forventes i modell 1. Oppfølgingen av leverandørene i et anbudsregime vil trolig være relativt lik uavhengig av om tilbyderne er

ideelle eller private. Likevel må det påregnes noe ressursbruk knyttet til endringer av anskaffelsesprosessen og behov for juridiske avklaringer. Ved direktetildeling til NLA vil dagens oppfølging av leverandørene erstattes av styring og oppfølging gjennom en løpende avtale med en enkelt aktør. Avtalen vil i utgangspunktet ikke være tidsavgrenset, men det er naturlig å tenke seg at avtalen må være oppsigelig på gitte vilkår og eventuelt jevnlig vurderingspunkter av om ordningen skal videreføres. Konsekvensene for det offentlige av en slik modell vil ha likheter med behovet for styring, oppfølging og kontroll i modell 2, men med den forskjell at det må styres gjennom avtaler og ikke gjennom den direkte styringsretten i forvaltningshierarkiet.

Forventning om kostnadsforskjeller på tvers av modellene

Selv om det vil være mulig å oppnå tilsvarende god kvalitet i alle de foreslåtte modellene, vil kostnadene kunne variere betydelig. Å drive et flyselskap krever en lang rekke funksjoner, kompleks infrastruktur og personell med svært spesifikk kompetanse. Det kan derfor forventes kostnadsforskjeller som følge av valgt organisering, særlig grunnet ulike muligheter til å oppnå effektivitetsgevinster ved konkurranse og/eller stordriftsfordeler. Erfarne operatører med konkurransedyktige organisasjoner vil kunne ha betydelige fortrinn grunnet deres evne til å skaffe materiell til konkurransedyktige priser og sikre høy tilgjengelighet til en lavere pris gjennom tilgang til en felles intern ressurspool av personell, reservemaskiner og reservedeler. Andre kilder til effektivitet er fleksibilitet i driften og muligheten til å kombinere roller og administrative funksjoner og slik ha behov for færre årsverk, men likevel oppnå nødvendig kvalitet og kapasitet.

I **modell 1**, der dagens anbudsregime videreføres, men med krav til virksomhetsoverdragelse, forventes det, som i dag, at konkurranse om kontraktene sikrer at den mest konkurransedyktige leverandøren tildeles operatøransvaret. I modellen vil en også gjennom kontrakter kunne sørge for en relativt forutsigbar kostnadsutvikling, med andre ord lav økonomisk risiko. Fordi det imidlertid er foreslått endringer som kan komme til å svekke konkurransen sammenlignet med dagens situasjon, herunder krav om virksomhetsoverdragelse, forventes en kostnadsøkning sammenlignet med nullalternativet på cirka 2–10 prosent.

Å drifte en luftambulansetjeneste (og flyselskap generelt) er svært komplekst og krever en viss skala for å kunne skje lønnsomt, og effektene av mulige konkurransefortrinn kan trolig være relativt betydelige sammenlignet med på andre tjenesteområder. Vi forventer at kostnadene i **modell 2** vil være vesentlig høyere enn i dagens modell, også i scenarioene der en lykkes relativt godt i tilgangen på kompetanse, infrastruktur og etablering. Erfaringer fra sammenlignbare tjenester og andre land indikerer at det med mindre konkurranse vil kunne være behov for større antall ansatte, høyere kostnad per årsverk og svakere utnyttelse av infrastruktur. Implisitt i den forventede kostnadsøkningen per årsverk er også mulige forskjeller i pensjonskostnader. Det er ifølge informantene sannsynlig at ansatte i et eventuelt statlig selskap vil ha offentlig tjenestepensjon, og tidligere erfaringer, blant annet fra overgangen til egenregi i bilambulansetjenesten, kan tyde på at dette vil medføre høyere kostnader i modell 2. Samlet tyder våre analyser på at kostnadene modell 2 vil kunne forventes å være 25–55 prosent høyere enn i dagens modell.

Videre fremgår det av vår informasjonsinnhenting at det er betydelig risiko i modell 2 knyttet til for eksempel i) forsinkelser i etableringsfasen, ii) hvor raskt og kostnadseffektivt man klarer å rekruttere kritisk kompetanse og iii) generelt behov for overskuddskapasitet grunnet dårligere mulighet til å utnytte stordriftsfordeler. Disse risikofaktorene vil kunne gjøre at kostnadene i modell 2 øker ytterligere. Det er derfor viktig at beslutningstakere både tar hensyn til den forventede kostnadsøkningen i modell 2, men også den økonomiske risikoen ved at endrede forutsetninger kan medføre en svært kostbar overgangsperiode eller betydelig høyere løpende driftskostnader. Selv om kvaliteten trolig kan opprettholdes i modell 2, kan modellen potensielt innebære kraftige kostnadsøkninger og store administrative konsekvenser.

Vår vurdering av **modell 3**, der en ideell aktør har operatøransvaret, er at de økonomiske og administrative konsekvensene vil ligge et sted mellom modell 1 og 2. Vår forventning er at jo mer konkurranseeksponering som innbefattes i modell 3, med definerte avtaleperioder, spesifikke målekriterier med videre, jo nærmere forventes det at modell 3 vil ligge dagens kostnadsnivå. Ved svakere konkurranseeksponering, for eksempel ved en direktetildeling uten noe fremtidig utsidealternativ, vil det forventes at kostnadsutviklingen vil ligge nærmere modell 2. Samlet anslår vi at den forventede kostnadsøkningen i modell 3 sammenlignet med nullalternativet utgjør om lag 15–30 prosent. Størrelsen på kostnadsøkningen vil avhenge i stor grad av hvilke kontrollmekanismer og muligheter for disiplinering som finnes i en modell med en ideell operatør.

Rettslige krav kan ivaretas i alle modeller

Det er ikke identifisert noen vesentlige forskjeller i rettslig krav til luftambulanssevirkosomhet mellom de tre modellene. I vurderingen av juridiske forhold, er spørsmålet dels om det er noen rettslige hindringer for valg

mellom de ulike modellene, og dels om det er rettslige forskjeller knyttet til ytelser (operativ evne, kostnader, tid, risiko eller andre forhold). Både luftfart, herunder luftambulanse, og helserettet virksomhet, herunder den medisinske delen av luftambulansetjenesten, er strengt regulert og ført tilsyn med. Det er ikke identifisert forhold som tilsier at disse kravene vil variere avhengig av valgt modell.

Modellene har ulik grad av risiko

Viktige risikofaktorer for driften av luftambulansetjenesten er felles i alle modeller. Av risikofaktorene som kan påvirkes av valg av modell fremstår modell 2 med drift i offentlig regi samlet sett å innebære høyest risiko. På den positive siden sikrer modellen at man unngår uro og fare for redusert beredskap i forbindelse med fremtidige anbudsrunder og operatørbytter. På den negative siden ser vi imidlertid betydelig risiko knyttet til forsinkelser i etablering av en slik modell som potensielt kan bli svært kostnadskrevende. Det er betydelig risiko knyttet til å sikre tilgang til kompetent personell, og utfordringer ved å kunne sørge for god styring av den flyoperative virksomheten både med hensyn til utvikling av tjenesten, fagutvikling og innovasjon.

Uten anbudskonkurranse bortfaller også viktige incentiver til effektivisering av driften, og det er risiko for at driften kan bli mindre kostnadseffektiv. Det er også risiko for at et offentlig monopol vil lede til mindre innovasjon og i mindre grad fornyelse av materiell over tid.

Modell 1 og 3 vurderes samlet sett å innebære lavere risiko enn modell 2. Modell 1 og 3 vurderes å ha relativt like risikoprofiler, men med enkelte nyanser. Modell 3 med direktetildeling vil langt på vei eliminere risiko knyttet til uro og redusert beredskap i forbindelse med operatørbytter, men vil samtidig innebære noe høyere risiko enn modell 1 med hensyn til fare for forsinkelser ved etablering. Det kan heller ikke utelukkes at direktetildeling og monopol på tjenesten over tid vil kunne gi en mindre kostnadseffektiv drift.

Tabellen nedenfor oppsummerer våre vurderinger av risiko i de ulike modellene.

Risikofaktor	Dagens modell	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Risiko
Beredskap – tilgang på kompetanse og forsinkelser i etableringsfasen	Green	Green	Red	Yellow	
Beredskap – uro i forbindelse med anbudsprosesser og operatørbytter	Yellow	Yellow	Green	Green	
Styring, oppfølging og kontroll	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	
Kvalitet i tjenesten - fornyelse av materiell over tid	Green	Green	Orange	Green	
Kostnadseffektivitet	Green	Yellow	Red	Yellow	
Innovasjon og fagutvikling	Yellow	Yellow	Orange	Green	

1. Oppdrag og gjennomføring

Oslo Economics med samarbeidspartnere har utredet økonomiske, administrative, juridiske og kvalitetsmessige konsekvenser av foreslåtte alternativer til dagens organisering av luftambulansetjenesten. Utredningen bygger på et stort antall intervjuer, dokumentgjennomganger, samt kostnadsdata og statistikk.

Med bakgrunn i uro rundt operatørbytte for ambulanseflytjenesten i 2018 ba Stortinget regjeringen utrede offentlig/ideell drift av luftambulansetjenesten og komme tilbake til Stortinget på egnet måte. Helse- og omsorgsdepartementet etablerte derfor i 2019 en ekspertgruppe som skulle utrede framtidig drift av luftambulansetjenesten. Gruppen fikk i oppdrag å utrede modeller for framtidig drift av den operative delen av luftambulansetjenesten (ambulansefly og ambulanshelikopter).

Ekspertgruppen leverte sin rapport i mars 2021. I rapporten ble det skissert tre mulige hovedmodeller for framtidig organisering og drift av den operative delen av luftambulansetjenesten:

1. Dagens modell, med foreslåtte endringer
2. Modell med offentlig drift
3. Modell med drift av ideelle aktører

Med utgangspunkt i de alternative modellene beskrevet i ekspertgruppens rapport ønsket Helse- og omsorgsdepartementet en utredning av konsekvenser og risikoelementer knyttet til de ulike modellene for drift av luftambulansetjenesten. Dette skulle sammenlignes med dagens modell uten de foreslåtte endringene (nullalternativet).

Oslo Economics, i samarbeid med Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig, Heine Richardsen og Gisle Solvoll, ble tildelt oppdraget med å vurdere konsekvensene og har gjennomført dette i perioden januar til juni 2023. I tillegg til ekspertisen i samarbeidskonstellasjonen bygger utredningen på informasjonsinnhenting gjennom dokumentstudier, analyser av statistikk og kostnadsdata/regnskap samt intervjuer med ressurspersoner fra et stort antall virksomheter i Norge og representanter for tilsvarende tjenester i Sverige, Danmark og Finland. Personer fra følgende virksomheter er intervjuet:

- Luftambulansetjenesten HF

- Stiftelsen Norsk Luftambulans og Norsk luftambulans AS
- Luftfartstilsynet
- LO Luftfart
- Fagforbundet
- Norsk flygerforbund
- Hovedredningsentralen
- NAW SARH
- Avincis (Babcock)
- Leonardo
- Norsk Flytekniker Organisasjon
- Redningsselskapet
- Lufttransport AS
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF
- Helse Nord RHF
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- Akershus universitetssykehus HF
- Oslo Universitetssykehus HF
- Den Norske Legeforening
- Parat
- Norsk sykepleierforbund
- Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin
- Svensk Luftambulans
- FinnHEMS
- Svenskt Ambulansflyg
- Den Landsdækkende Akuttlægehelikopterordning
- Syver Leivestad
- Gunnar Nordahl
- Asgeir Nyseth

Intervjuene har gitt verdifull innsikt, og vi vil takke alle som har bidratt med innspill i intervjuer og underlagsmateriale. Våre funn og vurderinger i forbindelse med utredningen er dokumentert i denne rapporten, og den er strukturert som følger:

I kapittel 2 beskrives nærmere bakgrunnen for oppdraget og den gjeldende modellen for organisering av luftambulansetjenesten. I kapittel 3 beskriver vi de ulike modellene for organisering av luftambulansetjenesten som er vurdert, mens vi i de påfølgende kapitlene beskriver administrative og økonomiske konsekvenser samt konsekvenser for kvalitet og ansattes lønns- og arbeidsvilkår. I kapittel 7 drøftes juridiske forhold, før det til sist i kapittel 8 gis en oppsummering av funn og vurderinger i utredningen. I vedlegg A beskrives nærmere erfaringer fra tjenesten i andre nordiske land, mens vedlegg B beskriver nærmere grunnlaget for vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser.

2. Bakgrunn og beskrivelse av gjeldende modell for organisering av luftambulansetjenesten²

Dagens luftambulansetjeneste er utviklet over mange år og holder en svært høy kvalitet. Det er likevel identifisert utfordringer både til den overordnede organiseringen av tjenesten og organiseringen av operatøransvaret.

De første ambulansflytransportene i Norge foregikk allerede i 1920-årene (NOU 1998:8).

Luftambulanseoppdrag ble i den spede begynnelse koordinert av Lufttrafikk-tjenestens enheter, og utgiftene til flytransport av sivile syke og sårede ble refundert gjennom trygdekasse eller kommunale myndigheter dersom det kunne godtgjøres at øyeblikkelig hjelp var absolutt påkrevd og annet transportmiddel ikke kunne benyttes.

I 1974 kom den første utredningen der Sosialdepartementet ved Helsedirektoratet oppnevnte et utvalg som skulle vurdere og komme med forslag til framtidig organisering, drift og finansiering av ambulansflytjenesten i Norge. Parallelt med denne utredningen fikk etableringen av den private organisasjonen Norsk Luftambulans AS (NLA) stor betydning for utformingen av luftambulansetjenesten i Norge. I 1978 startet NLA en akuttjeneste med helikopter. Helikopteret ble plassert ved Sentralsykehuset i Akershus (Lørenskog) og var delvis finansiert med private midler. Tjenesten baserte seg på små helikoptre bemannet med spesiallege (anestesiolog/kirurg), redningsmann og pilot. I 1982 ble en tilsvarende tjeneste også etablert i Rogaland. I 1983 ble det inngått kontrakt mellom NLA og Rikstrygdeverket om kjøp av luftambulansetjenester. Kontrakten hadde bestemte krav til beredskap, utrykningstid og medisinsk utstyr. Fra 1984 ble det inngått lignende kontrakter med ni ulike sivile flyselskaper om kjøp av luftambulansetjenester, og fra 1988 ble det etablert en landsdekkende luftambulansetjeneste der flyselskaper fikk kontrakt med Rikstrygdeverket om beredskap med spesialinnredede ambulansfly og helikoptre. Etter helseforetaksreformen i 2002 ble sørge for-ansvaret for luftambulansetjenesten overført fra staten til de regionale helseforetakene, og fra 2004 ble det samlede driftsansvaret for luftambulansetjenesten overført til de regionale helseforetakene.

Slik det er beskrevet i ekspertgruppens rapport, er luftambulansetjenesten i dag internasjonalt ledende og Norge har en tjeneste i verdensklasse. Luftambulansetjenesten utgjør en viktig del av den akuttmedisinske beredskapen og benyttes overordnet til tre ulike oppdragstyper:

- Primær oppdrag – akutt sykdom og skade – pasienten befinner seg utenfor sykehus og skal bringes til rett sykehus raskest mulig. De fleste helikopteroppdragene er av denne kategorien.
- Sekundær oppdrag – flytte pasient fra et sykehusnivå til et høyere nivå for å kunne gi riktig og nødvendig behandling. Det kan for eksempel være en hardt skadd pasient som må behandles på et større traumesenter. Dette er den vanligste oppdragstypen for ambulansflyene.
- Tilbakeføringsoppdrag – bringe pasient fra et spesialisert sykehus til pasientens lokalsykehus for ferdigbehandling. Dette er også en vanlig oppdragstype for ambulansflyene.

Grunnet geografien og befolkningsmønsteret i Norge er luftambulansetjenesten sentral for effektiv behandling, transport og beredskap ved akutt sykdom og skade.

2.1 Dagens modell for drift av luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten er, slik den er organisert i dag, en del av spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene har et sørge for-ansvar for luftambulansetjenesten, og all bestilling og utkalling av luftambulansetjeneste går igjennom sykehusenes AMK-sentraler.

Sykehusene og de regionale helseforetakene har direkte ansvar for den medisinske delen av tjenesten og for pasientbehandlingen. De bemanner tjenestens fly og helikoptre med spesialiserte leger og sykepleiere som er faglig forankret i sykehusenes anestes- og intensivmiljøer. De regionale helseforetakene vedtar også basestruktur og dimensjonering av tjenesten, herunder budsjett.

Helseforetaket Luftambulansetjeneste HF (LAT HF) er etablert for å ivareta den flyoperative delen av luftambulansen for hele landet, og inngår kontrakter

² Beskrivelsen i dette kapitlet bygger på og er til dels en gjengivelse av beskrivelsen av dagens modell for drift av luftambulansetjenesten i ekspertgruppens rapport: Helse- og omsorgsdepartementet (2021): Organisering av

luftambulansetjenesten
Rapport fra ekspertgruppe. Mars 2021.

med private selskaper om fly- og helikoptertjenestene etter ordinære anbudsprosesser.

I det følgende gis en kort presentasjon av sentrale forhold ved dagens modell for drift av luftambulansetjenesten. For en mer fylldig presentasjon vises det til Ekspertgruppens rapport (HOD 2021).

2.2 Baser og kapasiteter

I 2023 har luftambulansetjenesten 14 ambulanshelikoptre plassert på 13 baser: Arendal, Lørenskog (to helikoptre), Ål, Dombås, Stavanger, Bergen, Førde, Ålesund, Trondheim, Brønnøysund, Evenes (midlertidig lokalisert i Harstad), Tromsø og Kirkenes. I tillegg til ambulanshelikoptrene har luftambulansetjenesten ni ambulansfly plassert på syv baser: Gardermoen (to fly), Ålesund, Brønnøysund, Bodø, Tromsø, Alta (to fly) og Kirkenes. Eierskapet til basefasilitetene kan variere fra base til base. Enkelte steder eies basefasilitetene av helseforetak, mens de andre steder eies av private aktører. LAT HF inngår leieavtalene med eierne av basefasilitetene.

I tillegg til ambulanshelikoptre og ambulansfly flyr også Redningstjenesten (Forsvarets 330 skvadron og CHC) ambulansoppdrag. Det er syv baser for redningshelikoptre: Rygge, Sola, Florø, Ørland, Bodø, Banak og Tromsø. Den siste basen i Tromsø ble etablert i 2022 og er basert på innleie av sivile helikoptre. Det ble her inngått kontrakt med en varighet på seks år med opsjoner for forlengelse på inntil fire år. På Svalbard har Sysselmasteren tilgang til to store helikoptre, operert av CHC, som utfører luftambulansoppdrag.

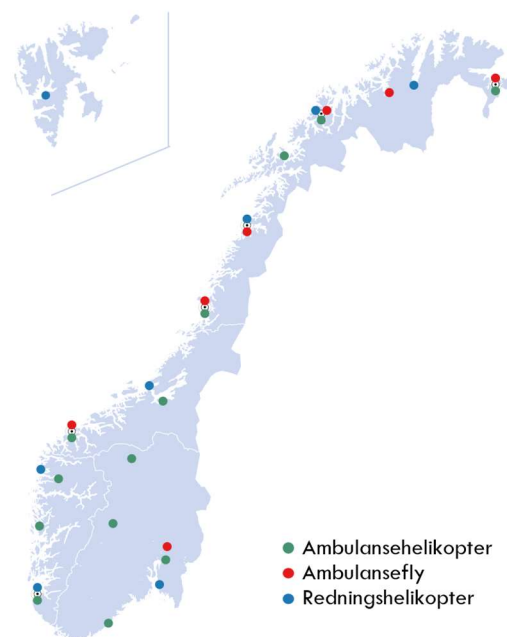
Det er utrykningsbiler (legebiler) til bruk for lege og redningsmann ved alle ambulans- og redningshelikopterbasene. Ved akuttmedisinske hendelser nær basene kan legebilene, som er del av operatørens tjeneste, brukes i samarbeid med bilambulans og kommunal legevakt. Legebilene er også viktige når helikoptrene ikke kan fly på grunn av dårlig vær, da lege og redningsmann kan kjøre bilambulansen i møte og framskynde medisinsk behandling.

I 2014 inngikk de regionale helseforetakene en samarbeidsavtale med de seks svenske länstingene som har grense mot Norge. Avtalene innebærer at partene kan rekvirere ambulanshelikoptre fra hverandre etter gitte kriterier.

Figur 2-1 viser plasseringen av basene i 2023.

Figur 2-2 gir en overordnet beskrivelse av dagens organisering av luftambulansetjenesten.

Figur 2-1 Luftambulansetjenestens baser



Illustrasjon av Oslo Economics basert på Luftambulansetjenesten (2022)

2.3 Organisering og finansiering

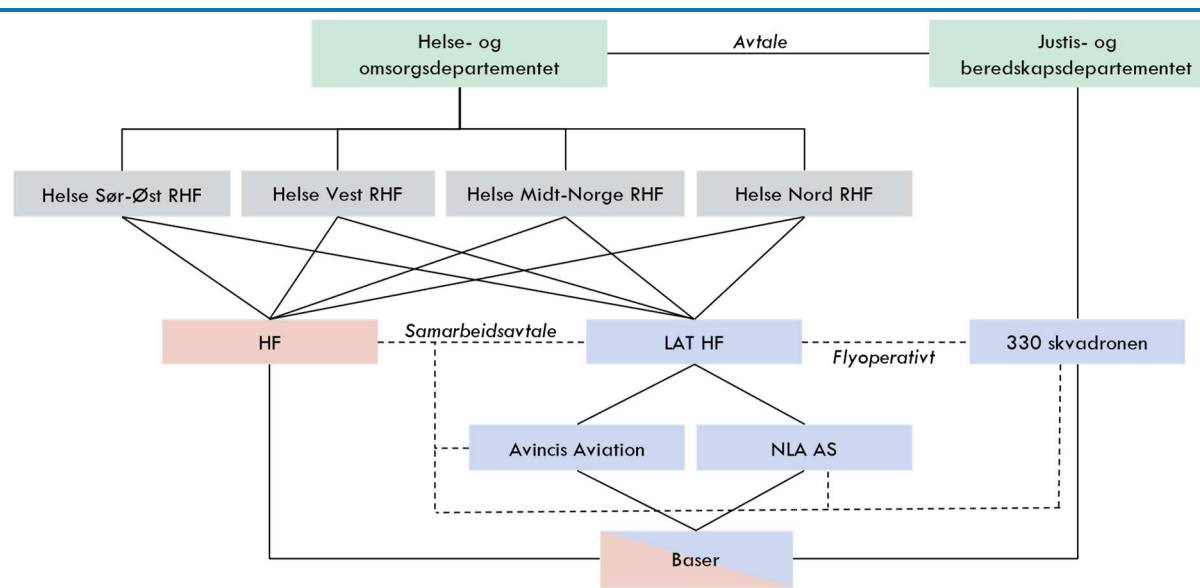
Luftambulansetjenesten er offentlig finansiert og styres ut fra nasjonale mål. Det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for luftambulansetjenesten.

LAT HF ble etablert i 2004 og eies av de regionale helseforetakene. Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest eier hver 20 % i selskapet, mens Helse Sør-Øst eier 40 %. LAT HF ivaretar sørge for-ansvaret for den flyoperative delen av luftambulansen.

Helseforetakene (sykehusene) har det medisinske ansvaret og bemanner fly og helikoptre med sykepleiere og leger. Helsepersonellet er faglig forankret i helseforetakenes anestesimiljøer og intensivmiljøer for å sikre at personellet opprettholder og utvikler sin faglige kompetanse gjennom jevnlig tjeneste i sykehusavdelinger.

Etter avtale med Justis- og beredskapsdepartementet kan redningshelikoptrene benyttes til luftambulansoppdrag etter prioritering av Hovedredningssentralen.

Figur 2-2 Organisering av Luftambulansetjenesten i 2023.



Illustrasjon av Oslo Economics basert på Helse- og omsorgsdepartementet (2021)

2.3.1 Bestillerfunksjon, oppfølging og kontroll med operatørene

De regionale helseforetakene har ansvaret for luftambulansetjenesten og vedtar basestruktur og dimensjonering av tjenesten, herunder budsjett. RHF-ene gir også bestillinger til LAT HF gjennom årlige oppdragsdokumenter. Bestillingene tar utgangspunkt i overordnede føringer og krav fra Stortinget og Helse- og omsorgsdepartementet samt økonomiske rammer og faglige prioriteringer.

LAT HF gjennomfører kontinuerlig kvalitets- og sikkerhetsrevisjoner, avholder oppfølgingsmøter i tråd med kontraktsfestet rapportering og har løpende kontakt med leverandørene for å følge opp at tjenestene leveres i henhold til avtale. Det går fram av kontrakten med leverandørene hvilke regler som gjelder hvis utførelsen av tjenesten ikke leveres i henhold til det som er avtalt.

2.3.2 Finansiering og anskaffelser

LAT HF er finansiert gjennom tilskudd fra de fire eierne beregnet ut fra baseplassering og aktivitet i den enkelte region. Kostnadene håndteres innenfor de økonomiske rammene som staten stiller til disposisjon for de regionale helseforetakene i de årlige statsbudsjettene.

LAT HF inngår kontrakter med private selskaper om fly- og helikoptertjenestene etter ordinære anbudsprosesser. Avtalen med operatørene omfatter en komplett tjeneste inkludert teknisk og operativ drift av luftambulansetjenesten.

Kontraktene med de to operatørene er delt i faste månedlige vederlag (personell/lønn, forsikring, kapitalkostnader, fortjeneste mv.) og variable

vederlag (timeuttak, drivstoff mv.).

Investeringskostnader til fly og helikopter inngår i kontraktsforpliktelsene, og betalingen fordeles over kontraktsperioden. Begge operatørene som har kontrakt i 2023, leaser helikopter og fly.

Luffartøy krever vedlikehold som avhenger av både flytid og kalendertid. Teknisk vedlikehold omfatter daglig vedlikehold som skjer på den enkelte base. Tyngre vedlikehold skjer på verksted. Teknisk tilgjengelighet på basene er avhengig av tilgangen til reservehelikopter og –fly.

LAT HF anskaffer, eier og drifter medisinsk teknisk utstyr (MTU). Medisinsk teknisk verksted (MedTek) har ansvar for å vurdere nytt MTU, anskaffelser, vedlikehold og opplæring mv. Avvik som gjelder medisinsk innredning og MTU rapporteres både til operatør og MedTek. LAT HF er også rådgiver for de regionale helseforetakene om prehospitalt medisinsk teknisk utstyr og er rådgivende eksperter for nasjonale, europeiske og internasjonale standardiseringsorganer.

LAT HF står også ansvarlig for basefasiliteter og investeringer og vedlikehold i tilknytning til basene.

2.3.3 Ansettelsesforhold, rekruttering og kompetanse mv. – operativt personell

Flyoperativt personell (piloter og redningsmenn) er ansatt hos operatørene NLA AS og BSAA AS. Lønns- og personalkostnader (inkl. pensjon) inngår i de økonomiske rammene for kontraktene med leverandørene. Både NLA AS og BSAA AS er tilknyttet arbeidsgiverorganisasjonen NHO Luffart, mens piloter, redningsmenn og teknikere er organisert gjennom ulike arbeidstakerforeninger som LO Luffart,

Fagforbundet, Parat, Norsk Flyteknikerorganisasjon og Norsk Flygerforbund.

Helsepersonell (leger og sykepleiere) er ansatt i helseforetakene, der basene er lokalisert og organisert gjennom blant annet Legeforeningen og sykepleierforeningen. Helseforetakene er tilknyttet Arbeidsgiverforeningen Spekter. Tariffavtaler og pensjon følger det som gjelder for spesialisthelsetjenesten for øvrig.

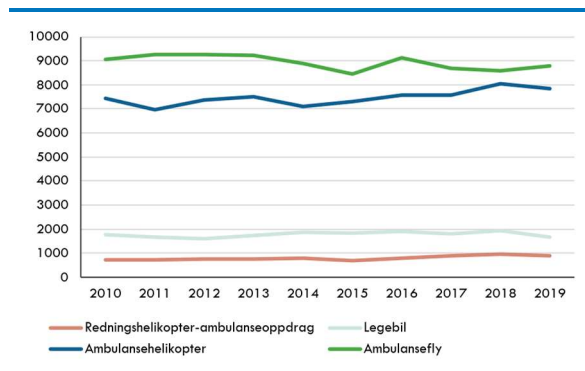
2.3.4 Krav til luftfart

Ambulanseflyginger, både med fly og helikopter, anses som kommersiell luftfart og er derfor underlagt de samme operative, tekniske og administrative kravene som andre selskap som driver kommersiell luftfart. Norsk luft sikkerhetsregelverk skal være i samsvar med standardene satt av FNs organisasjon for sivil luftfart (ICAO). Norsk kommersiell luftfart er videre hovedsakelig regulert gjennom felleseuropeiske luftfartsregler, med unntak av enkelte områder hvor det lages nasjonalt regelverk. Luftambulansen omfattes, i tillegg til de generelle luftfartsreglene, av noen spesifikke krav knyttet til ambulansflyginger.

2.4 Utvikling i antall oppdrag

På nasjonalt nivå har både antall oppdrag totalt og fordeling av oppdrag mellom oppdragstype hold seg stabil de senere årene. Antall oppdrag varierer fra base til base. For ambulanshelikoptrene er det en lett økende tendens til flere oppdrag gjennom perioden. Det må ses i sammenheng med at Evenesbasen ble etablert i 2015 (Helse Nord RHF et al., 2020). Også for redningshelikoptrene har det vært en jevn økning i aktivitet.

Figur 2-3 Utvikling i antall luftambulansoppdrag 2009-2019



Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet (2021)

2.5 Utfordringer ved dagens modell for organisering av luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten i Norge holder, slik det er beskrevet i ekspertgruppens rapport (HOD 2021), et høyt internasjonalt nivå både medisinsk og flyoperativt.

Beredskapsutfordringene i ambulansflytjenesten i 2018 og 2019 skapte imidlertid diskusjon rundt modellen for operativ drift av luftambulansetjenesten, og reiste spørsmål om tjenesten fortsatt bør konkurranseutsettes. I dette kapitlet gjengis kort utfordringer ved dagens modell knyttet til organiseringen av operatøransvaret og den overordnede organiseringen slik disse er beskrevet i ekspertgruppens rapport. Det er pekt på utfordringer i to hovedkategorier: Utfordringer med organisering av operatøransvaret og utfordringer med overordnet organisering av luftambulansetjenesten. Sentrale utfordringer innenfor disse to hovedkategoriene er kort gjengitt nedenfor. For en fylldigere beskrivelse viser vi til ekspertgruppens rapport (Helse- og omsorgsdepartementet 2021)

2.5.1 Utfordringer med organisering av operatøransvaret

Anskaffelse av nytt materiell og utstyr innebærer risiko og det kan være utfordrende å sikre en sømløs overgang fra gammel til ny operatør. Spørsmålet om virksomhetsoverdragelse av personell har vært vesentlig i både fly- og helikoptertjenesten. I ekspertgruppens rapport er følgende momenter særlig trukket frem:

Uro rundt anskaffelsesprosessene

Anskaffelsesprosessene i luftambulansetjenesten beskrives som krevende, og det er spilt inn at disse krever mye kapasitet og tid både hos operatører og helseforetakene. Dette kan ta oppmerksomhet bort fra daglig drift og fagutvikling.

Operativt personell har meldt om uro og usikkerhet rundt framtidig jobbsituasjon på basene i forbindelse med anskaffelsesprosessene. I tillegg har det vært uro knyttet til innfasing av nye medarbeidere og prosedyrer ved operatørbytte. Uroen rundt prosessene gjør at kontrakter som kan termineres etter seks år oppleves som kortsiktige.

Operativ risiko ved operatørbytte

Ved et operatørbytte må prosedyrer og samarbeidet med den medisinske delen av tjenesten og LAT HF delvis gjenoppbygges. Det tar tid for en ny operatør både å gjøre seg kjent i operasjonsområdet og å etablere best mulig samarbeid mellom det flygende personellet inkludert helsepersonellet.

Ekspertgruppen viser også til utredningen Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus (NOU 2015: 17, 2015), hvor dette utvalget pekte på at det er en fare for at operatørbytte ved inngåelse av nye kontrakter bryter en god samhandling som er opparbeidet mellom operatør og helseforetak gjennom flere år.

Utrygghet i befolkningen

I en medisinsk nødsituasjon er det viktig for pasienten og pårørende å kunne stole på hurtig respons, kvalifisert medisinsk vurdering og behandling og rask transport til riktig sykehus. Dette er spesielt viktig ved stor avstand til sykehus. Ekspertgruppen viser til at både medisinske fagmiljøer og kommuner i Finnmark pekte på at utfordringene i ambulanseflytjenesten som startet våren 2018, skapte usikkerhet og utrygghet både hos helsepersonell og i befolkningen om hvorvidt en akuttmedisinsk tjeneste er tilgjengelig når pasientene trenger den.

Begrenset handlingsrom i løpende kontrakter

I luftambulansetjenesten er kontraktslengdene i dagens regime på seks år pluss opsjoner. Kontrakten for ambulanshelikoptertjenester har opsjon på inntil fire år ekstra (6+2+2 år), totalt inntil ti år. Kontrakten for ambulansflytjenester har opsjon på inntil fem år ekstra (6+2+3 år), totalt inntil elleve år. Helikopterkontrakten til Sysselmesteren på Svalbard som startet 1. april 2014 var også på seks år pluss opsjoner (6+2+2). Tilsvarende varighet gjelder for den felles kontrakten for den nyetablerte redningshelikopterbasen i Tromsø og for helikoptertjenestene på Svalbard som ble inngått i 2022. I Sverige har de fleste avtalene ni års lengde, og i Finland har alle avtalene ni års lengde. I Danmark har gjeldende kontrakt en varighet på 10 år med mulighet for forlengelse i ytterligere fire år.

Ekspertgruppen har pekt på at Luftambulansetjenesten er i rask endring både operativt, redningsteknisk og medisinsk, og at lange kontrakter kan utfordre behovet for nødvendig fleksibilitet og tilpasset bruk av luftambulansetjenester til nye behandlingsmetoder. Kortere kontraktperioder beskrives å legge til rette for å kunne endre tjenesten raskere hvis strukturendringer/behov i helsetjenesten skulle tilsi det.

Ekspertgruppen peker også på at fleksibilitet innenfor kontrakten kan avtales, men at dette ofte vil føre til en høyere kostnad.

2.5.2 Utfordringer med overordnet organisering av luftambulansetjenesten

Helseforetakene der luftambulansbasen er lokalisert har arbeidsgiveransvaret for medisinsk personell – leger og sykepleiere. Operatørselskapet har arbeidsgiveransvar for redningsmenn, piloter og

teknikere. Samarbeidsavtalene inngått mellom operatør, LAT HF og helseforetaket beskriver ansvarsforhold og faglig/praktisk oppgavefordeling mellom partene, og de regulerer samspillet mellom arbeidsgiverne.

I ekspertgruppens rapport er det gjengitt innspill fra flere av de medisinske fagmiljøene om at den komplekse organiseringen av luftambulansetjenesten med delt ansvarsforhold og arbeidsgiveransvar, skaper uklare ansvarlinjer og roller i tjenesten. Det er videre påpekt at organiseringen gir lange kommunikasjonslinjer som hindrer god informasjonsflyt. Utfordringene knytter seg i hovedsak til følgende punkter:

Systemer og rutiner for avvikhåndtering

Det er de ansvarlige for den flyoperative og medisinske delen av tjenesten som har ansvar for kvaliteten på tjenesten. Hendelser og avvik fra gjeldende krav skal meldes og behandles i henhold til kvalitetssystemet til operatøren eller helseforetaket.

Ekspertgruppen har pekt på at det delte ansvarsforholdet i luftambulansetjenesten, med separate kvalitetssystemer, gjør at tjenesten ikke har et samlet system for oversikt og oppfølging av medisinske og flyoperative avvik. Ekspertgruppen rapporterer også å ha mottatt flere innspill om at det er usikkerhet om hvor avvik skal rapporteres, og at det er gitt tilbakemeldinger om at avvikssystemet ikke har fungert, at det er komplisert å melde avvik og at det forekommer mye underrapportering.

Integrering av luftambulansetjenesten

De regionale helseforetakene har ansvar for at bil-, båt- og luftambulansetjenesten er samordnet nasjonalt. Samtidig er de regionale helseforetakene pålagt å finne en hensiktsmessig organisering av luftambulansetjenesten slik at den inngår som en integrert del av den samlede ambulansetjenesten og den øvrige helsetjenesten lokalt. LAT HF skal bidra til nasjonalt samarbeid i spørsmål om luftambulansetjenesten med vekt på nettverkssamarbeid mellom helseforetakene.

Ekspertgruppen viser til at de har fått flere innspill om at dagens organisering av luftambulansetjenesten er en utfordring for integrering i den samlede ambulansetjenesten og forankringen i helseforetakene.

Retningslinjer for bruk av luftambulansetjenesten

Da luftambulansetjenesten ble etablert, var det en allmenn oppfatning at ressursen skulle være forbeholdt akuttmedisinske tilstander. Luftambulansetjenesten er imidlertid viktig for å oppfylle målet om likeverdige helsetjenester, og den har utviklet seg til å bli en sammensatt tjeneste som dekker flere behov enn de rent akuttmedisinske.

Ekspertgruppen beskriver å ha mottatt flere innspill som omhandler utfordringer ved rekvirering av luftambulanse og prioritering av pasienter. Rekvirering av luftambulanse er beskrevet som omfattende med mange ledd, og den oppgis å ha vært spesielt krevende ved operatørbyttet for ambulansefly i 2019 fordi dette medførte en knapphet på luftambulanseressurser og økt behov for prioritering.

Kvalitet og ledelse i luftambulansetjenestene

LAT HF har, slik det fremgår av ekspertgruppens rapport, etablert nasjonale standarder for luftambulanseleger, flysykepleiere og for helsepersonell som transporterer syke nyfødte i luftambulansetjenesten. Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har videre etablert nasjonal standard for redningsmenn i luftambulanse- og redningshelikoptertjenesten, og det medisinsktekniske utstyret er likt i hele tjenesten og forvaltes av LAT HF.

Helseforetaket som har det medisinske ansvaret for basen, er ansvarlig for medisinske retningslinjer og prosedyrer for pasientbehandling.

Ekspertgruppen viser til at det er fremkommet synspunkter på manglende overordnet nasjonal ledelse av tjenesten. Eksempler på utfordringer som er trukket frem er ulikheter i smittevernrutiner mellom de ulike basene under covid-19-pandemien og at helseforetakene definerer sine egne prosedyrer som kan avvike fra sted til sted. Det er også trukket frem at høy gjennomstrømming av piloter og redningsmenn er problematisk for lokalkunnskap, samtrening og medisinsk kvalitet i helikoptertjenesten.

I ekspertgruppens rapport vises det til at Legeforeningen mener det er behov for et nasjonalt samstemt tilbud og et mer systematisk arbeid med standardisering av medisinsk kvalitet i ambulanseflyene. Det vises også til Stiftelsen Norsk luftambulanse (SNLA), i sitt innspill til ekspertgruppen, anbefaler en overordnet nasjonal eller regional ledelse for den medisinske delen av luftambulansetjenesten, og at det utarbeides nasjonale medisinske retningslinjer for tjenesten.

3. Alternative modeller

Ekspertgruppens mandat var å beskrive aktuelle modeller for framtidig drift av den operative delen av luftambulansetjenesten, og beskrive fordeler, ulemper og risiko ved de ulike modellene. I ekspertgruppens rapport er det beskrevet tre hovedalternativer til dagens organisering: i) Dagens modell med foreslåtte endringer, ii) Modell med offentlig drift og iii) Modell med drift av ideelle aktører.

For å kunne vurdere konsekvensene av de ulike modellene, må det også etableres et referansealternativ, eller «nullalternativ». Retningslinjer for utforming av nullalternativet er beskrevet i Finansdepartementets rundskriv R109/21 - Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser. Nullalternativet beskriver dagens situasjon og den forventede utviklingen i fravær av nye tiltak. Det er vedtatt politikk (regelverk, lover, grenseverdier m.v.) som skal ligge til grunn for utformingen av nullalternativet.

Nullalternativet og innholdet i modellene med undervarianter som presentert av ekspertgruppen er nærmere beskrevet i det følgende.

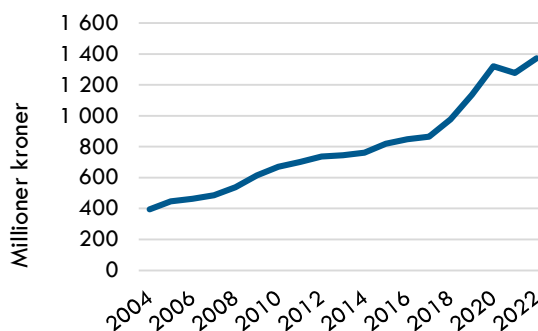
En utfordring knyttet til å vurdere konsekvensene av de tre modellene beskrevet av ekspertgruppen, er at modellene er overordnet beskrevet og har flere undervarianter. Modellene er dermed ikke entydig definert, og innenfor hver modell kan det tenkes et svært stort antall kombinasjoner av undervarianter. Det har vært utenfor de tids- og kostnadmessige rammene for denne utredningen å analysere alle mulige undervarianter i detalj. I vurderingene av konsekvenser av modellene har vi forsøkt å løse dette gjennom å synliggjøre og drøfte, for hvert tema, hvordan de ulike undervariantene vil kunne påvirke omfanget av konsekvensene.

3.1 Nullalternativet

Som sammenligningsgrunnlag for vurdering av konsekvensene av de ulike alternativene har vi lagt til grunn at nullalternativet innebærer en videreføring av det eksisterende anbudsregimet, uten vesentlige endringer. Dette innebærer at vi forutsetter en videreføring av organisering og finansiering av tjenesten slik det er beskrevet i kapittel 2.3, og at ambisjonsnivået for tjenesten i form av krav til kapasitet, materiell og beredskap videreføres på tilsvarende nivå som i 2023.

Kostnadene for drift av luftambulansetjenesten har, som vist i Figur 3-1, økt jevnt siden 2004. Kostnadene til operativ drift gjennom LAT HF utgjorde totalt 1370 mill. kroner i 2022. I forbindelse med covid-19 i 2020 og 2021 påløp det noen ekstraordinære kostnader, som forklarer noe av økningen, særlig i 2020.

Figur 3-1: Utvikling i driftskostnader for luftambulansetjenesten.



Kilde: LAT HF

Kostnadsnivået i luftambulansetjenesten har, som beskrevet av en arbeidsgruppe som gjennomgikk basestrukturen for ambulanshelikoptrene, de senere årene økt mer enn oppdragsøkningen skulle tilsi og mer enn kostnadsnivået i samfunnet for øvrig (Helse Nord RHF et al., 2020). Årsaken til dette er oppgitt å hovedsakelig knytte seg til økt kvalitet og bedret tilgjengelighet i tjenesten. Ifølge ekspertgruppens rapport er også kapitalkostnader, kostnader til drift og vedlikehold og strengere krav til flymateriell og arbeids- og hviletidsbestemmelser i det felleseuropeiske regelverket betydelige kostnadsdrivere. Det er også verdt å merke at legebiler ble inkludert i kontraktene for ambulanshelikoptrene fra 2018 som bidro til å øke kostnadene.

Fremover forventes det en fortsatt kostnadsøkning uavhengig av valgt modell. Som sammenligningsgrunnlag har vi i nullalternativet (og de alternative modellene) lagt til grunn at dagens nivå på tjenesten holdes uendret. De fremskrevne kostnadene i nullalternativet inneholder dermed kun en årlig økning på 0,9 prosent som svarer til forventet realprisvekst i Finansdepartementets perspektivmelding.

3.2 Modell 1 – Dagens modell med foreslåtte endringer

Modell 1 tar utgangspunkt i en videreføring av dagens situasjon. Dette innebærer at det fortsatt vil

gjennomføres anbudskonkurranser. Ekspertgruppen har i denne modellen imidlertid foreslått endringer som kan gi forbedringer på områdene hvor det er utfordringer i dagens modell.

Endringene som foreslås er i hovedsak følgende:

- Det stilles krav om at de som arbeider i den operative delen av tjenesten skal ha sikkerhet for at de ved et eventuelt operatørbytte kan fortsette i tjenesten på samme vilkår. Dette tiltaket er vurdert å kunne bidra til å redusere uro i forbindelse med anskaffelsesprosessen og operatørbytte, sikre kontinuitet i samarbeidet samt ivareta erfaring og kompetanse.
- Det kontraktfestes hvordan tjenesten skal overføres til en eventuell ny operatør, herunder gradvis overtakelse base for base. Dette tiltaket er vurdert å kunne forebygge risiko for tekniske og driftsmessige overgangsproblemer.
- Det foreslås å utvikle et samlet system for håndtering av avvik og hendelser for både den medisinske og operative delen av tjenesten. Dette tiltaket er vurdert å kunne styrke både pasientsikkerhet og flysikkerhet
- Det foreslås at LAT HF får en tydeligere rolle for den medisinske delen av tjenesten, herunder ansvaret for å identifisere områder med behov for nasjonal samordning, samt at de skal ha en rådgivende og koordinerende rolle for å fremme samarbeid på tvers av regionene.

I tillegg til punktene ovenfor tilrår ekspertgruppen forbedringer i anskaffelsesprosessen basert på evaluering av tidligere anbudsprosesser. Videre anbefaler de at samarbeidet med SNLA om forskning og utvikling av tjenesten videreføres, men at dette samarbeidet i større grad enn i dag bør formaliseres.

Det er også pekt på at det i fremtidige anbudsrunder bør vurderes på nytt om det bør være to operatører i ambulanshelikoptertjenesten, og at det bør være færre helikoptertyper enn i dag. Vi har i vår analyse av konsekvenser ikke vurdert disse forslagene i detalj som egne konsepter, men påpeker at det kan legges til rette for å tilby disse løsningene i de enkelte anbudene da konkret kan veie eventuelle fordeler opp mot kostnader. Vi vil imidlertid bemerke at ett krav om to eller flere operatører trolig vil medføre betydelige kostnadsøkninger sammenlignet med eksisterende regime. Dette er synliggjort også gjennom forrige anbudsprosess for helikoptertjenestene. Som beskrevet i ekspertgruppens rapport utgjorde forskjellen mellom én og to operatører 7,22 pst., målt mot det mest fordelaktige tilbudet, og det ble derfor valgt ett tilbud for hele landet. To operatører på helikoptertjenesten ville dermed kunne medføre økte kostnader på opp mot 50 millioner kroner årlig. Eventuelt krav om flere

operatører kan også forsterke samordningsutfordringer og gi økt behov for oppfølging fra LAT HF.

3.3 Modell 2 – Modell med offentlig drift

Modell 2, slik den er beskrevet i ekspertgruppens rapport, innebærer at det gjeldende anbudsregimet med tidsbegrensede kontrakter avvikes og at luftambulansetjenesten leveres som en offentlig tjeneste i egenregi. Det legges til grunn at de regionale helseforetakene også i denne modellen vil ha sørge for-ansvaret for luftambulansetjenesten, og at bestiller- og finansieringsansvaret derfor også vil ligge hos de regionale helseforetakene.

Ekspertgruppen legger til grunn at det er hensiktsmessig at operatøren eies av de fire regionale helseforetakene, slik at det harmoniserer med organiseringen av spesialisthelsetjenesten for øvrig. Da kan virksomheten opprettes som enten et helseforetak (HF) eller et ansvarlig selskap (ANS). Et annet alternativ er at operatøransvaret direkte underlegges Helse- og omsorgsdepartementet i et eget selskap.

Det er i ekspertgruppens rapport beskrevet ulike varianter av hvordan en slik modell kan realiseres. Et alternativ er oppkjøp av en eller flere eksisterende operatører. Et annet alternativ er å bygge opp et eget flyselskap. Ved offentlig drift er det videre to ulike alternativer for finansiering og anskaffelse av fly og helikopter, henholdsvis eie eller leie (leasing), og det må bygges opp en organisasjon som har påkrevd teknisk og operativ kompetanse til å gjennomføre nødvendige anskaffelser av fly og helikoptre.

Tilsvarende vil både daglig og tyngre vedlikehold kunne skje i egenregi eller ved avtale med godkjente verksteder etter anbudskonkurranser. En beslutning om valg av modell krever inngående kunnskap om dette fagområdet, og valg av modeller vil være en konsekvens av flere faktorer. En faktor er viljen til å være uavhengig av eksterne leverandører og slippe å inngå en rekke kontrakter som medfører anbud, kvalitetssikring og oppfølging. Andre faktorer er hvordan man organiserer vedlikeholdsarbeidet med hensyn til lette og tyngre vedlikehold oppgaver samt hangarfasiliteter og volum av vedlikehold på de enkelte basene. Ved anskaffelse av fly og helikopter vil man også kunne oppnå vedlikeholdsavtaler med fabrikant som vil kunne påvirke volumet av logistikk og vedlikehold av reservedeler i egen regi.

Med hensyn til ansattes lønns- og arbeidsvilkår legges det til grunn at de ansatte i tjenesten får adgang til å videreføre arbeidsforholdet ved en offentlig overtakelse av den operative driften. Dette innebærer

at arbeidsavtalene til personellet blir videreført. Hvordan lønnsbetingelser vil bli påvirket, vil være resultat av framtidige tarifforhandlinger. De ansatte vil bli innmeldt i den offentlige tjenstepensjonsordningen som gjelder for helseforetakene.

3.4 Modell 3 – Modell med drift av ideelle aktører

Modell 3, slik den er beskrevet i ekspertgruppens rapport, innebærer at driften av luftambulansetjenesten forbeholdes ideelle aktører innenfor rammene av offentlig styring og finansiering.

I modellen vil det fremdeles være de regionale helseforetakene som har sørge for-ansvaret for tjenesten. Bestillerfunksjon, oppfølging og kontroll av operatøren vil kunne ivaretas som i dagens modell ved at LAT HF er avtalepartner med den ideelle aktøren og ivaretar oppgavene knyttet til dette. Det legges til grunn at avtalen med operatøren, på samme måte som dagens kontrakter, vil omfatte en komplett tjeneste, inkludert teknisk og operativ drift. Tjenesten vil som i dag finansieres gjennom tilskudd fra de fire regionale helseforetakene.

Det er i rapporten skissert to mulige varianter av modellen. En variant innebærer at det gjennomføres anbudskonkurranser som i dag, men med den forskjell at anbudskonkurransen forbeholdes ideelle aktører. Den andre varianten innebærer en direktetildeling av oppdraget til SNLA/NLA AS.

Ekspertgruppen oppgir å ikke være kjent med at andre ideelle organisasjoner enn SNLA fremstår som aktuelle leverandører av luftambulansetjenester i Norge. Varianten med direktetildeling til SNLA/NLA AS fremstår derfor som den mest realistiske varianten innenfor modellen, og vi vil derfor gjennomføre analysen med utgangspunkt i denne.

Ved en direktetildeling til SNLA/NLA AS beskrives samarbeidet å måtte baseres på kontraktsfestede forpliktelser samt ulike typer kontroll- og rapporteringsmekanismer. Oppdragsgiver beskrives å ville få fullt innsyn i økonomien til operatørselskapet som vil ha plikt til å rapportere om faktiske påløpte kostnader og inntekter. Etter forhåndsfastsatte vilkår kan man med det sørge for at operatørselskapet ikke overstiger det som anses som en rimelig profitt.

Ansettelsesforhold og krav til personell og kompetanse beskrives å ikke påvirkes av at tjenesten anskaffes etter unntaksreglene for offentlige anskaffelser.

Ettersom en direktetildeling til SNLA/NLA fremstår som det mest realistiske varianten av denne modellen, er det verdt å merke seg at SNLA/NLA i 2023 kun har

helikopter. Dermed vil denne modellen innebære at SNLA/NLA vil måtte starte opp et nytt selskap eller utvide det eksisterende til å også omfatte ambulansefly.

4. Administrative konsekvenser

Alle de foreslåtte modellene innebærer en omorganisering av tjenesten som vil medføre administrative endringer for det offentlige. I modell 1 og 3 legger vi til grunn at den overordnede organiseringen og ansvarsdelingen mellom helseforetakene og operatørene opprettholdes, men med enkelte endringer i omfanget av oppgaver for de ulike aktørene. De mest betydelige administrative endringene oppstår i modell 2 der det må etableres et selskap i offentlig regi.

4.1 Endringer i overordnet organisering av luftambulansetjenesten

Til tross for til dels betydelige endringer fra dagens situasjon legger vi til grunn at mange av dagens administrative funksjoner vil være upåvirket av valget av modell. For det første vil det fortsatt være helseforetakene som har sørge for-ansvaret i tjenesten. Videre legger vi til grunn at oppgavene og ressursbehovet knyttet til bestillerfunksjonene, som ivaretas av LAT HF på vegne av helseforetakene, i all hovedsak vil måtte videreføres i samtlige alternativer. Selv om LAT HFs oppgaver delvis vil kunne være forskjellige i alternativene – det vil for eksempel være behov for en annen type oppfølging av en tjenesteleverandør i et anbudsregime sammenlignet med et statlig flyselskap – vil det overordnede behovet for styrings- og kontrollfunksjoner ha likheter.

Vi legger også til grunn at deler av ekspertgruppens foreslåtte forbedringer av dagens modell vil være like på tvers av alternativene og også gjelde for modell 2 og 3. Dette knytter seg særlig til anbefalingene om å styrke LAT HF og gi organisasjonen en tydeligere rolle for den medisinske delen av tjenesten i tillegg til anbefalingen om å utvikle et samlet system for håndtering av avvik og hendelser for både den medisinske og operative delen av tjenesten.

Anbefalingen om å styrke LAT HF antas å gi et økt ressursbehov i denne delen av tjenesten sammenlignet med nullalternativet, og den kan innebære endringer i ansvarsfordelingen mellom LAT HF og øvrige deler av spesialisthelsetjenesten. Tilrådingen om dette er i ekspertgruppens rapport på et overordnet nivå, og ressursmessige konsekvenser av dette må vurderes nærmere når oppgavene som legges til LAT HF er nærmere konkretisert. Forslaget innebærer at LAT HF

må styrkes, og vil derfor ha økonomiske konsekvenser. Ettersom vi legger til grunn at tilsvarende endringer vil oppstå i alle modellene har vi ikke analysert behovet for styrking i detalj. Til sammenligning har imidlertid Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) om lag 10 ansatte.

Tilsvarende vurderinger gjelder for anbefalingen om å utvikle et samlet system for håndtering av avvik og hendelser for både den medisinske og operative delen av tjenesten. Det er i utgangspunktet ulik praksis for rapportering i de to delene av tjenestene, der den flyoperative håndteringen av avvik og hendelser i stor grad er bestemt av generell regulering av luftfart. For å realisere dette, må det ses nærmere på hvordan samordningen best kan skje og i hvilken grad dette vil medføre endringer i ressursbruk og oppgavefordeling. Også disse endringene vurderes å være like i alle modeller og er ikke analysert i detalj. Av ekspertgruppens rapport fremgår det imidlertid at administrative konsekvenser vil være begrensede, og vi antar at dette vil kunne løses innenfor rammene av et styrket LAT HF.

4.2 Endringer i organisering av operatøransvaret

I tillegg til de overordnede endringene i organiseringen av luftambulansetjenesten vil de ulike modellene for organisering av operatøransvaret ha administrative konsekvenser som er særegne for hver av modellene. Konsekvensene av de ulike modellene er nærmere beskrevet i det følgende.

4.2.1 Modell 1: Dagens modell med foreslåtte endringer

De viktigste endringene i modell 1, sammenlignet med dagens modell, er:

- Det stilles krav om at de som arbeider i den operative delen av tjenesten skal ha sikkerhet for at de kan fortsette i tjenesten på samme vilkår. Med andre ord foreslås det i praksis at det blir innført krav om virksomhetsoverdragelse ved operatørbytte.
- At det skal kontraktfestes hvordan tjenesten skal overføres til en eventuell ny operatør, herunder gradvis overtakelse base for base.

Selv om innføring av krav om virksomhetsoverdragelse kan ha en viss administrativ betydning for det offentlige, antar vi at behovet for kontroll av tjenesteleverandørene i all hovedsak vil være uavhengig av en slik beslutning, og den overordnede oppgavefordelingen og ressursbehovet antas i liten

grad å påvirkes. Kravene om virksomhetsoverdragelse og å kontraktfeste hvordan tjenesten skal overføres på tvers av operatørene kan imidlertid medføre behov for utarbeidelse av nye avtaleverk og kontrakter.

Et viktig risikoelement knyttet til punktet om gradvis overtakelse base for base ved operatørbytte er imidlertid at det i overgangsfasene vil være behov for å parallelt følge opp både eksisterende og ny operatør i en lengre periode enn hva som har vært tilfelle i nåværende modell. Dette kan påvirke ressursbehovet knyttet til oppfølging og kontroll. Tilsvarende vil det, dersom man i fremtidige anbudsrunder ønsker to operatører på ambulanshelikoptertjenesten, trolig kreves flere ressurser for oppfølging og kontroll i LAT HF sammenlignet med dagens situasjon.

4.2.2 Modell 2: Drift i offentlig regi

Å etablere og utvikle et flyselskap i offentlig regi vil medføre betydelige administrative konsekvenser og økt omfang av oppgaver for det offentlige.

Å eie og drifte et flyselskap er en komplisert jobb som krever økt kompetanse utover hva de regionale helseforetakene og LAT HF innehar i dag. Oppgaven vil kreve oppbygging og vedlikehold av kompetanse og et betydelig økt behov for statlige ansatte. I denne modellen vil også operativ og økonomisk risiko i sin helhet måtte bæres av det offentlige.

I utgangspunktet vil man i modellen kunne spare noen ressurser knyttet til selve anbudsrundene som gjennomføres i dag. Det vil imidlertid fortsatt kreves ressurser for regelmessige gjennomganger av tjenesten for å vurdere behov for endringer og utvikling. I tillegg krever modellen at det offentlige selv må stå for en rekke anskaffelser som i dag gjøres av operatøren, eksempelvis fly, helikoptre og utstyr samt vedlikehold mm. Kompetanse- og ressursbehovet for anskaffelser vurderes derfor å kunne bli større snarere enn mindre sammenlignet med dagens anbudsregime. Totale lønnskostnader i LAT HF var i 2021 på om lag 25 millioner kroner, og det er oppgitt at om lag halvparten av deres ansatte jevnlig jobber med anskaffelser innenfor dagens regime. Dersom det offentlige selv skal foreta alle anskaffelser og innkjøp av helikoptre og fly samt bygge opp egne vedlikeholdsorganisasjoner, tilsier erfaringer fra andre anskaffelsesprosesser at det må påregnes at ressursbehovet i perioder blir betydelig større.

Omfanget av oppgavene knyttet til anskaffelser vil avhenge av hvilken undervariant av modellen man ønsker. Større grad av tjenestekjøp i form av leie av helikoptre, fly og vedlikeholdstjenester vil kunne forenkle anskaffelsesprosessene. Likevel forventes det

at kompleksiteten og risikoen knyttet til anskaffelser vil være høy uansett variant.

Ressursbruken antas å bli særlig stor i tiden frem til det offentlige selskapet er ferdig etablert og operasjonelt. I denne perioden vil det være behov for ressurser både til å bygge opp og etablere flyselskapet, samtidig som det er behov for å følge opp kontrakter med eksisterende operatører i anbudsregimet.

Vi antar i utgangspunktet at det vil ta fire år å etablere et statlig flyselskap fra grunnen av. Dette er under forutsetning av at det ikke finnes en eksisterende operatør som staten kan (kostnadseffektivt) kjøpe og overdra. Hvis modell 2 gjennomføres ved kjøp av en eksisterende aktør, slik at en kan overdra en hel organisasjon med tilhørende godkjenninger (AOC) og infrastruktur, vil de administrative konsekvensene kunne bli mer begrensede. Å kjøpe en eksisterende aktør vil videre kunne gjøre etableringsfasen noe kortere. En slik transaksjon i staten vil imidlertid også kunne innebære en tid- og ressurskrevende prosess, og det er ikke gitt at et selskap vil være tilgjengelig for å kunne kjøpes på det ønskede tidspunktet.

Under forutsetning av at flyselskapet etableres fra grunnen av og at selskapet skal bygges opp med ressurser i egen regi tilsvarende det omfanget som dagens selskaper besitter, forventes administrative konsekvenser som vist i Figur 4-1. Vårt estimat på tidsbruken bygger på erfaringer hentet fra Sverige og Finland ved overgang til statlig drift samt erfaring på etableringsprosesser av flyselskap. Tidsbruken for etableringen vil variere ut fra hvordan man vil bygge opp selskapet med hensyn til kjøp av eksterne tjenester, tilgjengelige luftfartøy, basestrukturer og vedlikeholdsbase og tilgjengelige ressurser som piloter, redningsmenn og flyteknikere.

Fire år før det kan antas at et flyselskap er operativt, må det nedsettes en styringsgruppe som kan foreta vurderinger av strategi og veivalg. Videre må det besluttes valg av organisasjonsform og eierstruktur. I utgangspunktet legger vi til grunn at valget av organisasjonsform i seg selv (f.eks. ANS eller HF) har begrenset betydning for ressursbruken og at behovet for styring, oppfølging og kontroll kan ivaretas uavhengig av selskapsform. Eierstrukturen kan ha noe større betydning for det administrative, men i størst grad for hvor ressursbruken og eieroppfølgingen vil ligge. Det administrative ressursbehovet knyttet til eierstyring antas å være uavhengig av om det forvaltes gjennom de regionale helseforetakene (LAT HF) eller Helse- og omsorgsdepartementet, selv om ressursbehovet vil belaste ulike offentlige budsjetter.

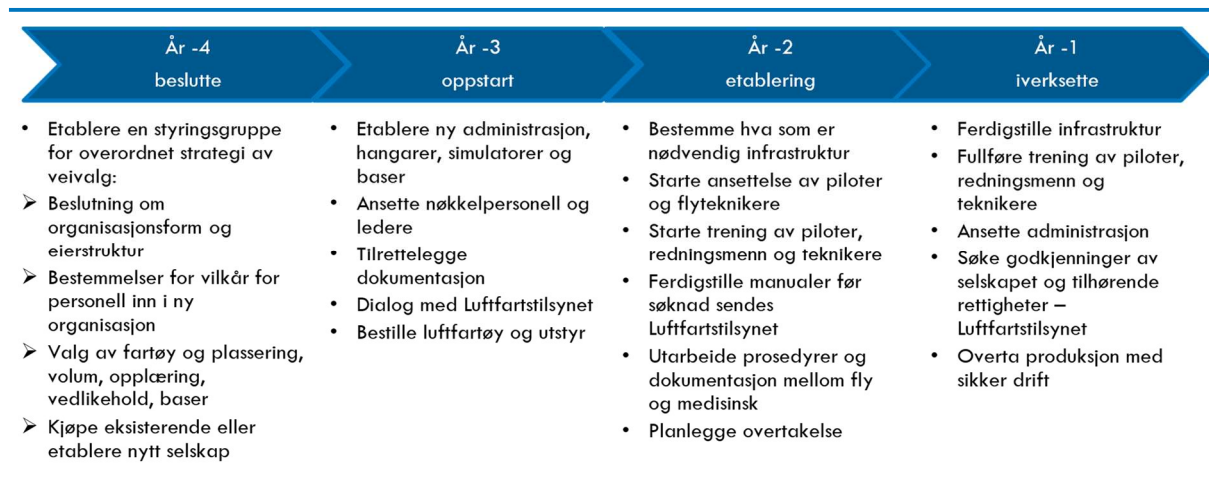
Tre år før selskapet er operasjonelt må det ansettes nøkkelpersonell og ledere, etableres en administrasjon og startes innkjøp/leie av vedlikeholdshangarer, simulatorer og baser. Betydelig ressursbruk må påregnes for å sikre nødvendig dokumentasjon, etablere avtaleverk, ha dialog med Luftfartstilsynet og foreta anskaffelser av luftfartøy, materiell og utstyr.

To år før selskapet er etablert vil det måtte foretas en rekke beslutninger på administrativt nivå. En må bestemme seg for hvilken infrastruktur som er nødvendig i virksomheten og påbegynne en større ansettelsesprosess av piloter og flyteknikere. Disse må videre ha trening i god tid før selskapet kan settes i drift. Omfanget av trening vil være avhengig av hvilken type fly eller helikopter man ønsker å benytte. Ved bruk av tilsvarende materiell som i dag vil man

kunne begrense behovet for trening. Ved innføring av nytt materiell vil imidlertid opplæring og trening bli omfattende, uansett hvilken modell som velges. Det må ferdigstilles manualer, forberedes søknad om godkjenning hos Luftfartstilsynet og utarbeides prosedyrer og dokumentasjon for samhandlingen mellom medisinsk og flyoperativt personell. Avslutningsvis dette året vil en planlegge overtakelsen fra dagens operatør.

I det siste året før virksomheten er operasjonell, vil infrastrukturen måtte ferdigstilles, treningen må fullføres og det må ansettes en fullverdig administrasjon. Selskapet må deretter godkjennes hos Luftfartstilsynet før en kan overta driften fra dagens operatør.

Figur 4-1: Administrative konsekvenser ved beslutning om opprettelse av et flyselskap.



Generelt medfører modell 2 store administrative konsekvenser, som vil berøre mange ulike forvaltningsnivåer, i ulike offentlige organer og over flere år. Det vil være behov for koordinering også på tvers av regioner. Vi vurderer risikoen for at en etablering kan komme til å overstige fire år som høy. Svært mange separate prosesser må kunne gjennomføres smidig dersom tidslinjen skal kunne være realistisk. Fordi forsinkelse i kun én av disse delprosessene vil kunne ha negative konsekvenser for fremdriften, også fordi hver delprosess er delvis avhengig av hverandre, anses risikoen for ytterligere forsinkelser å være høy. Potensielt kan slike forsinkelser bli svært ressurskrevende. Dette gjelder særlig dersom en er nødt til å inngå forlengelseskontrakter i dagens anbudsregime. Dagens avtale med Norsk luftambulansetjeneste har en maksimal varighet frem til 2028, mens ambulansetjenesten har en maksimal varighet frem til 2030. Det bør derfor fattes beslutninger raskt dersom det skal etableres en ny offentlig tjeneste før gjeldende kontrakter løper ut.

I etterkant av etableringsfasen vil forskjellen i den administrative ressursbruken sammenlignet med dagens situasjon trolig være mer begrenset (utover ressursene som kreves for å drive og operere et luftfartsselskap, se Figur 10- i Vedlegg C). Overordnet legger vi til grunn at ressursbruk knyttet til dagens oppfølging av operatørene i anbudsregimet vil frigjøres og erstattes av lignende oppfølging av ett statlig selskap. En modell i offentlig regi vil imidlertid kunne skape behov for ytterligere kompetanse også på eiernivå, ettersom god eieroppfølging avhenger av kompetanse om den spesifikke virksomheten.

4.2.3 Modell 3: Drift i ideell regi

De administrative konsekvensene i modell 3 vil avhenge av om det velges en variant med konkurranse mellom ideelle aktører eller en variant med direktetildeling til SNLA/NLA. I varianten med konkurranse mellom ideelle aktører vurderes de administrative konsekvensene å kunne bli tilsvarende det som forventes i modell 1. Oppfølgingen av leverandørene i et anbudsregime vil trolig være

relativt lik uavhengig av om tilbyderne er ideelle eller private. Likevel må det påregnes noe ressursbruk knyttet til endringer av anskaffelsesprosessen og behov for juridiske avklaringer.

Ved direktetildeling til SNLA/NLA vil dagens oppfølging av leverandørene erstattes av styring og oppfølging gjennom en løpende avtale med en enkelt aktør. Konsekvensene for det offentlige vil ha likheter med modell 2 i behovet for styring, oppfølging og kontroll, men med den forskjell at det må styres gjennom avtaler og ikke gjennom den direkte styringsretten i forvaltningshierarkiet. Behovet for ressursbruk knyttet til styring, oppfølging og kontroll antas derfor å være noe større enn i modell 1 siden anbudsregimet i større grad sikrer insentiver til kostnadseffektivitet hos operatørene. Blant annet vil modellen kreve oppmerksomhet rundt styring på områder som innovasjon og forskning, der eiers behov for nye løsninger sett i et kost/nytte-perspektiv må være førende.

Når det gjelder behovet for ressurser til etablering, forutsettes det at den ideelle aktøren vil ha operatøransvar for både fly og helikopter. SNLA/NLA driver per i dag kun helikoptervirksomhet og vil måtte bygge opp organisasjonen for å kunne drive flyvirksomhet på lignende måte som i modell 2 og Figur 4-1. SNLA/NLA har imidlertid allerede mye på plass av infrastruktur, kompetanse og godkjenninger, slik at det vil kreve mindre ressurser enn i modell 2. Trolig vil de administrative endringene i modell 3 derfor ligne på et scenario i modell 2 der en kjøper en eksisterende aktør. Også i tilfellet med direktetildeling til NLA er det imidlertid risiko for at forsinkelser og vanskelig tilgang på kompetanse kan gi økt ressursbruk.

4.3 Styring, oppfølging og kontroll

I henhold til helseforetaksloven skal helseforetakene yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Helseforetakene skal videre bidra til å sikre kvaliteten til tjenestetilbudet, at ressursene utnyttes best mulig, at tjenestetilbudet er tilgjengelig og at det er tilpasset pasientenes behov.

De alternative modellene innebærer ulik organisering som vil stille ulike krav til styring for å sikre at de helsepolitiske målene for tjenesten kan realiseres på en effektiv måte. I vurderingen av hvordan de ulike modellene vil påvirke mulighetene for styring skiller vi i det følgende på mulighetene for styring på

overordnet strategisk nivå, og mulighetene for styring, oppfølging og kontroll på taktisk og operasjonelt nivå.

4.3.1 Styring, oppfølging og kontroll med ambisjonsnivå for tjenesten

De regionale helseforetakene vil uavhengig av valgt modell ha et "sørge for"-ansvar for luftambulansetjenesten. Dette innebærer som i dag at Luftambulansetjenesten HF, eid av RHF-ene, har ansvaret for å sikre det flyoperative tilbudet, mens sykehusene og de regionale helseforetakene har ansvaret for den medisinske delen av tjenesten og for pasientbehandlingen. RHF-ene, gjennom LAT HF, vil dermed i alle modeller gjøre behovsvurderinger, sette tjenestestandard og bestemme ambisjonsnivå for tjenesten i form av krav til blant annet baser, materiell og beredskap. Uavhengig av modell vil dermed RHF-ene og staten som eier ha fullmakter til å fatte beslutninger på strategisk nivå og til å endre krav og heve kvaliteten på materiell og utstyr over tid. Det vil imidlertid være forskjeller i hvordan styringen vil kunne skje.

I modell 1 kan myndighetene fatte beslutninger i forbindelse med anbudsutlysninger, samt eventuelt benytte seg av muligheter for endringsordre underveis i kontraktperiodene. I modell 2 kan dette gjøres gjennom instruksjer i form av vedtak, bevilgninger, tildelingsbrev og så videre, mens modell 3 gir tilsvarende muligheter som modell 1 (eventuelt kun endringsordre og reforhandlinger i varianten med direktetildeling til én ideell aktør). I modell 3 kan endringsordre potensielt være relativt enklere å få implementert ettersom ideelle ikke vil ha samme krav til avkastning på kapital som private.

4.3.2 Styring, oppfølging og kontroll med kostnader og kvalitet i tjenesten

De tre modellene vurderes alle å gi muligheter for løpende styring, kontroll og oppfølging. Modell 1 og 3, der man benytter seg av anbudskonkurranser og styrer gjennom bruk av avtaler, vil gi tilsvarende muligheter for styring som i eksisterende regime. Den største endringen fra dagens situasjon vil oppstå i modell 2 der det etableres en ny offentlig eid virksomhet.

Overordnet og forenklet sett vil dermed behovet for styring, oppfølging og kontroll med kostnader og kvalitet i modell 2 ivaretas gjennom hierarki og arbeidsgivers styringsrett over egne arbeidstakere, mens man i modell 1 og 3 styrer gjennom avtaler.

For å vurdere i hvilken grad modellene vil skille seg fra hverandre, kan det være nyttig å ta utgangspunkt i prinsippal-agent-teori.³ Prinsipal-agent-teorien er, slik

³ Se eksempelvis: Hart et al. (1997) og Laffont & Martimort (2002)

det er omtalt av velferdstjenesteutvalget i NOU 2020:13, en stilisert framstilling av forholdet mellom en aktør (prinsipalen) som ønsker å oppnå et mål og en annen aktør (agenten) som er nødvendig for å få realisert dette målet, men som kan ha andre mål (lønnsomhet etc.).

Det såkalte styringsproblemet er et nøkkelbegrep i vurderingen av fordeler og ulemper ved å utføre en tjeneste i egenregi eller gjennom bruk av kontrakter. Utgangspunktet er at dersom det er mulig å inngå fullstendige kontrakter mellom det offentlige og den private aktøren uten kostnader, er det ikke noe problem at de har ulike mål for sin virksomhet. En fullstendig kontrakt innebærer på forhånd å kunne avtale alt som i fremtiden kan vise seg å få relevans for oppgavens utførelse og avlønning.

Årsaken til styringsproblemet er derfor at ikke alt kan avtales på forhånd, men at man har «(fullstendige kontrakter)». Gitt et mål om økonomisk effektivitet kan offentlig produksjon være optimal dersom tjenesten er svært kompleks, det er vanskelig å måle kvalitet og det offentlige må bruke store ressurser på kontraktsinngåelse, kontroll og sanksjoner.

Omfanget av styringsproblemet når en benytter seg av tredjeparter til å utføre tjenesten, vil dermed avhenge av tjenestens kompleksitet og mer spesifikt i hvilken grad:

- Det er vanskelig å fastsette, måle og etterprøve kvalitet på varen/tjenesten som skal leveres
- Informasjon om de faktiske forhold er ufullstendig
- Informasjon om de faktiske forhold er skjevt fordelt mellom det offentlige og den private aktøren

Med hensyn til den flyoperative delen av luftambulansetjenesten, som er gjenstand for vurdering i denne utredningen, er dette åpenbart omfattende og kompliserte operasjoner. Tjenesten som leveres er imidlertid målbar og kan observeres av oppdragsgiver. I kontraktene stilles det krav til blant annet materiell, innredning og utstyr samt beredskap. Disse kvalitetsaspektene, samt beredskapsmessige parametere som krav til responstid og så videre, er observerbare og kan underlegges sanksjoner for å sikre riktige insentiver for leverandører av tjenestene.

Sammenlignet med andre deler av helsetjenesten, som for eksempel rusomsorg, barnevernstjenester eller fastlegetjenester, fremstår den flyoperative delen av luftambulansetjenesten som mindre kompleks å styre gjennom kontrakter for å sikre kvalitet og kostnadseffektivitet. Viktige kvalitetsaspekter er i stor grad observerbare, og avvik fra avtalt nivå kan sanksjoneres for å sørge for hensiktsmessige insentiver. Denne vurderingen understøttes også av at det er vanlig å styre flyoperative tjenester gjennom kontrakter på andre områder som eksempelvis offshore og FOT-ruter.

Oppsummert er våre vurderinger at forutsetningene er til stede i luftambulansetjenesten for å benytte kontrakter til å styre, følge opp og kontrollere at tjenestene som leveres har riktig kvalitet. Med hensyn til kostnadskontroll vil også anbudskonkurranser kunne være et effektivt virkemiddel for å sikre at ønsket kvalitet kan oppnås til lavest mulige kostnad. Fordeler og ulemper med de ulike modellene sammenlignet med dagens situasjon er oppsummert i tabellen nedenfor.

Tabell 4-1: Muligheter for styring, oppfølging og kontroll med kvalitet og kostnader – fordeler og ulemper

	Modell 1: Dagens modell med foreslåtte endringer	Modell 2: Drift i offentlig regi	Modell 3: Drift i ideell regi
Fordeler	<ul style="list-style-type: none"> Anbudsregime og konkurranser sikrer fortsatt incentiver til kostnadseffektivitet Samlet system for håndtering av avvik og hendelser for både den medisinske og operative delen av tjenesten kan gi bedre og mer helhetlig styringsinformasjon 	<ul style="list-style-type: none"> Mer direkte styring, oppfølging og kontroll innenfor rammene av en offentlig virksomhet kan redusere kostnader og komplikasjoner knyttet til reforhandling av kontrakter 	<ul style="list-style-type: none"> I variant med anbudskonkurranser blir virkningene i hovedsak som i modell 1 Ved direktetildeling til NLA vil muligheten for å gå tilbake til et regime med anbudskontrakter kunne ha en disiplinerende effekt
Ulemper	<ul style="list-style-type: none"> Endringsordrer kan bli kostbare Videreføring av ansattes vilkår i tjenesten ved operatørbytte vil kunne begrense tilbyderens muligheter i innretningen av selskapet og i anbudskonkurranser 	<ul style="list-style-type: none"> Den offentlige virksomheten får monopol på tjenesten og den disiplinerende effekten av anbudskonkurranser mht kostnadseffektivitet vil falle bort Dette kan kreve tettere oppfølging av et område det offentlige har begrenset kompetanse på i dag Beslutningsprosesser kan bli mer tidkrevende i offentlige virksomheter Ansatte vil komme inn under offentlige lønns- og arbeidsvilkår og kan som i modell 1 redusere fleksibilitet med hensyn til innretning av tjenesten 	<ul style="list-style-type: none"> I varianten med anbudskonkurranser blir virkningene i praksis som i modell 1, men med potensielt svakere konkurranse kan det bli vanskeligere å legge til rette for kostnadskontroll og incentiver til utvikling av tjenesten Ved direktetildeling vil NLA få monopol på drift av luftambulansetjenestene. Den disiplinerende effekten av anbudskonkurranser mht kostnadseffektivitet vil falle bort og skape behov for tettere oppfølging av et område det offentlige har begrenset kompetanse på i dag Endringsordre kan bli kostbare – selv om kvalitetshevinger trolig vil være enklere å realisere med en ideell stiftelse som heller ikke vil ha samme krav til avkastning på kapital som private

5. Økonomiske konsekvenser

Å drive et flyselskap krever en lang rekke funksjoner, kompleks infrastruktur og personell med svært spesifikk kompetanse. Det kan derfor forventes kostnadsforskjeller som følge av valgt organisering, særlig grunnet ulike muligheter til å oppnå effektivitetsgevinster ved konkurranse og/eller stordriftsfordeler. Erfarne operatører vil kunne ha betydelige fortrinn grunnet deres evne til å fullt ut benytte luftfartøylene, samtidig som de sikrer høy tilgjengelighet og har tilgang til reservemaskiner og reservedeler. Andre kilder til kostnadseffektivitet er fleksibilitet i driften og muligheten til å kombinere roller og slik ha behov for færre årsverk.

5.1 Innledning

Viktige drivere for ressursbruk er felles for samtlige alternativer utredet i denne rapporten. I vår analyse legger vi til grunn at tilsvarende krav til kapasitet og kvalitet som gjelder i inneværende kontrakter videreføres. Dette innebærer at vi for analyseformål legger til grunn at tjenesten i alle modeller vil opereres med samme type luftfartøy, samme base- og infrastruktur og samme krav til tilgjengelighet, responstid, personell og kompetanse med videre som i dag. Likevel forventes kostnadsforskjeller som følge av valgt organisering, særlig grunnet ulike muligheter til å oppnå effektivitetsgevinster ved konkurranse og/eller stordriftsfordeler.

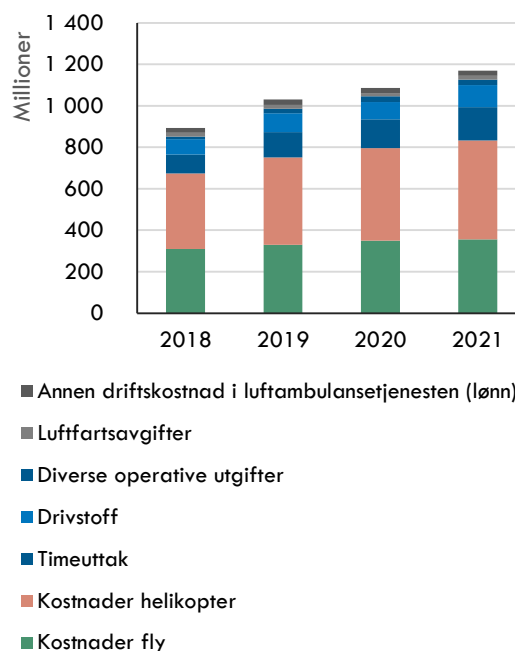
Vår utredning av økonomiske og administrative konsekvenser baseres på analyser av de direkte kostnadene knyttet til det operative, vist i Figur 5-1, ettersom det er disse som forventes å bli påvirket av endret organisering. Indirekte kostnader i tjenesten (som reflekteres i totalkostnadene beskrevet i 3.1), f.eks. knyttet til medisinsk personell, leie av baser/hangarer og så videre, antas å ikke påvirkes av endret organisering og holdes derfor utenfor analysen i samtlige modeller.

I kostnadsanalysen tar vi utgangspunkt i de faste og variable vederlagene fra LAT HF for henholdsvis fly og helikopter, vist i Figur 5-1. I dag utgjør kostnaden ved fly månedlige faste vederlag til Avincis (tidligere Babcock), mens kostnaden ved helikopter er vederlag til Norsk Luftambulans AS.⁴ I 2021 utgjorde de faste

vederlagene for fly 355 millioner kroner, mens de for helikopter tilsvarte 477 millioner kroner (inkludert legebiler). Kostnader for fly har i perioden 2018–2021 årlig økt med 2,4 prosent i snitt (reelt), mens ved helikopter er økningen 6,9 prosent (reelt). De variable vederlagene i tjenesten omfatter timeuttak, drivstoff, diverse operative utgifter og luftfartsavgifter. Totalt utgjorde disse 312 millioner kroner i 2021.

Annen driftskostnad i luftambulansetjenesten, også vist i Figur 5-1, tilsvarende administrative kostnader i LAT HF. Disse kostnadene er av begrenset størrelse sammenlignet med andre drivere av ressursbruk og forutsettes å påløpe uavhengig av valgt organisering. Selv om de administrative kostnadene i LAT HF vil kunne oppstå som følge av til dels forskjellige aktiviteter i de ulike modellene (for eksempel vil kostnader knyttet til gjennomføring av anbud ikke være relevant i modell 2), forventes ressursbehovet i utgangspunktet å være relativt likt. Det kan imidlertid ikke utelukkes at også den administrative ressursbruken vil kunne påvirkes av hvorvidt bestillingen og oppfølgingen skjer gjennom anbud eller egenregi. Dette hensyntas i sensitivitetsanalysene.

Figur 5-1: Kostnadene i luftambulansetjenesten



Kilde: Årsregnskap LAT HF

I det følgende presenteres kostnadene i hver modell som differansen fra nullalternativet, ettersom det er denne forskjellen som er mest relevant i en eventuell

⁴ Legebiler på basene ble inkludert i kontraktene for ambulanshelikopter fra 2018.

beslutning om organisering. For eksempel forventes det at de foreslåtte endringene fra ekspertgruppen, om blant annet virksomhetsoverdragelse, vil kunne svekke konkurransen slik at kostnadene øker noe ved neste leverandørbytte. For modell 2 og 3 vil kostnadsutviklingen avhenge av forutsetninger om blant annet hva som vil være den økonomiske virkningen av bortfall av konkurranse, muligheter for utnyttelse av stordriftsfordeler samt ressursbehovet ved å bygge opp en organisasjon og anskaffelse av luftfartøy og annen infrastruktur.

I tillegg til at kostnadene vil variere på tvers av modellene, kan de også variere med ulike innretninger innenfor hver modell. Videre forventes betydelige forskjeller i periodiseringen av kostnadene, også selv om nåverdien er relativt lik. I modell 1 vil kostnadene kunne utvikle seg jevnt i tråd med kontraktsfestede vederlag. I en modell der det etableres et statlig flyselskap, vil det på den annen side, i tillegg til løpende driftskostnader, oppstå betydelige investeringer som vil ha budsjettmessig konsekvenser og medføre finansieringsbehov tidlig i perioden.

Vår vurdering av økonomiske konsekvenser er delt inn i to og baseres på analyser av henholdsvis

- Etableringskostnader
- Løpende drifts-/forvaltningskostnader

Mens etableringskostnadene antas kun å oppstå i alternativene der det etableres en ny operatør (alternativ 2 og 3), vil drifts- og forvaltningskostnader være relevante i samtlige alternativer. For den samlede økonomiske virkningen benyttes summen av de to nåverdiene og differansen fra nåverdien til nullalternativet.

5.2 Etableringskostnader

Investeringer og etableringskostnader forventes å påløpe som følge av at det etableres en ny operatør. Kostnadene omfatter all infrastruktur som eventuelt er nødvendig for å opprette en ny virksomhet, herunder fly og helikoptre. I kostnadene inkluderes også for eksempel oppstartskostnader knyttet til sertifiseringer. For en samlet oversikt over typen investeringskostnader som omfattes av analysen, se Vedlegg A.

5.2.1 Modell 1: Dagens modell med foreslåtte endringer

I modell 1, der dagens modell videreføres med endringene foreslått av ekspertgruppen, forventes det ikke å oppstå ytterligere investerings-

/etableringskostnader. Ved behov for oppgraderinger av infrastruktur, luftfartøy eller andre investeringer blir dette foretatt av leverandørene og eventuelt belastet staten via årlige vederlag. For staten vil kostnadene i modell 1 påløpe på samme måte som i dag, henholdsvis som faste og variable vederlag, vist i Vedlegg A.

5.2.2 Modell 2: Drift i offentlig regi

Hovedforskjellen mellom dagens modell og en modell der staten opererer luftambulansetjenesten i egen regi er investeringskostnader knyttet til etablering av et statlig selskap samt eventuell anskaffelse av luftfartøy og annen infrastruktur. Størrelsen på investeringskostnadene avhenger av antall og typen luftfartøy som skal benyttes av det statlige selskapet. Dersom det besluttes at det ved en eventuell overgang til offentlig regi skal foretas endringer i flåten av fly eller helikoptre, vil kostnadene endres tilsvarende (med prisene gitt i Vedlegg A). I vårt basisestimat i modell 2 forutsetter vi at et statlig selskap vil ha en flåte tilsvarende som dagens operatører, med samme kapasitet og helikopter-/flytyper.

I en modell der en offentlig aktør anskaffer luftfartøyene (ikke leaser) forventes det at det vil oppstå investerings-/etableringskostnader på om lag 3,4 milliarder kroner (nåverdi på om lag 2,9 milliarder kroner gitt etablering i år 4). Av dette er det forutsatt at cirka 1,4 milliarder kroner knytter seg til anskaffelse av 12 fly, 1,9 milliarder kroner oppstår ved kjøp av 17 helikoptre og resterende knyttes til andre behov som oppstår ved etablering. For en oversikt over investeringskostnadene, se Vedlegg A. I en modell der et statlig selskap anskaffer og eier luftfartøyene, vil materiellet også ha en restverdi ved utgangen av analyseperioden, beregnet til 540 millioner kroner som må medregnes for å gjøre totalkostnaden sammenlignbar med alternativene der luftfartøyene leies. Det er lagt til grunn at fly og helikoptre har en levetid på 25 år og at luftfartøyene anskaffes i år fire av analyseperioden på 20 år.⁵

Et delalternativ i modell 2 som kan ha betydning for investeringskostnadene (og risikoen i disse), er hvorvidt et statlig selskap etableres fra grunnen av eller ved oppkjøp av en eksisterende aktør. I utgangspunktet vil det være behov for samme type infrastruktur og personell i begge disse tilfellene, men dersom det ved etablering fra grunnen av viser seg å være krevende å skaffe eller bygge opp for eksempel kompetanse eller nødvendig infrastruktur, kan det oppstå forsinkelser eller kostnadsøkninger. Ifølge informantene er det behov for en stor mengde

⁵ Følgelig beregnes en total restverdi med nåverdi på 540 millioner kroner:

$$\frac{1,18 \text{ mrd.}}{(1,04)^{20}} = 540 \text{ mill.}, \text{ der } 1,18 \text{ mrd.} = \frac{9 \text{ år}}{25 \text{ år}} \times 3,285 \text{ mrd.}$$

funksjoner og strukturer i etableringen av et nytt flyselskap med nødvendige godkjenninger (AOC). Ved oppkjøp av en eksisterende aktør kan det forventes at risikoen reduseres og at tiden det tar før oppstart kortes ned. Dette kan gjøre at nedsiden reduseres og at investeringskostnadene påløper tidligere i analyseperioden. På den annen side vil muligheten for å kjøpe opp en eksisterende aktør, samt prisen og den økonomiske risikoen knyttet til dette, avhenge av situasjonen i markedet. Virkningen av disse forholdene drøftes i forbindelse med sensitivitetsanalysene.

Prisene på luftfartøy er basert på observerte markedspriser og innspill fra informanter. Selve prisen på luftfartøyene forutsettes å være lik i alle alternativer. Fordi det imidlertid kan tenkes at det er forskjeller i muligheten til å forhandle om luftfartøypriser og så videre, foretar vi sensitivitetsanalyser knyttet til disse investeringskostnadene, vist under.

Ved leasing oppstår det ingen investeringskostnad knyttet til selve luftfartøyene. I stedet vil staten betale en årlig leiekostnad, som vi i analysen antar at utgjør 8 prosent av luftfartøyenes verdi. Leasingkostnaden fører til en økning i drifts- og forvaltningskostnader, beskrevet under. Fordi det også i en modell med leasing etableres et statlig flyselskap, oppstår det etableringskostnader knyttet til blant annet sertifiseringer, se Vedlegg B.

5.2.3 Modell 3: Drift i ideell regi

På samme måte som i modell 1 og 2 vil størrelsen på investeringskostnadene i modell 3 avhenge av hvilke luftfartøy og annen infrastruktur som skal benyttes i tjenesten. I vårt basisestimat forutsetter at investeringskostnadene i modell 3 vil være tilsvarende som i modell 2. Når luftambulansetjenesten opereres av én ideell aktør, vil det være samme behov for tilgang på luftfartøy og øvrig infrastruktur. Størrelsen på investeringskostnaden vil dermed avhenge av hvorvidt en ideell aktør vil eie eller leie luftfartøyene. Dersom luftfartøyene leases, antar vi at investeringskostnadene vil være tilsvarende som i modell 2 med leasing, mens dersom en eier luftfartøyene, oppstår det investeringskostnader som i modell 2 med eierskap til luftfartøyene. Spørsmålet om leasing eller anskaffelse av luftfartøy for den ideelle aktøren (og mulig staten, enten direkte eller indirekte) vil i hovedsak påvirke periodiseringen og ikke nivået på kostnaden. Videre vil formen på disse kostnadene for staten avhenge av kontraktsformen, herunder om staten direkte skal betale investeringskostnader i avtalen. I vårt basisestimat legger vi til grunn at staten betaler løpende drift- og vedlikeholdskostnader i modell 3, og at staten implisitt betaler en leiekostnad for fly og helikopter gjennom årlige vederlag.

Dersom modell 3 innrettes slik at det legges til rette for konkurranse mellom ideelle aktører, kan det påvirke størrelsen på investeringskostnadene. Hvis kontraktene ligner på innretningen i dagens modell, vil det ikke nødvendigvis oppstå et investeringsbehov for anskaffelse av luftfartøy, men at disse heller reflekteres i faste vederlag. Vi antar som nevnt i utgangspunktet at det skjer en direktetildeling til en ideell aktør som leaser luftfartøyene. Det antas derfor at investeringskostnader knyttet til etablering av en ideell operatør vil belastes staten på samme måte som i modell 2.

5.3 Løpende drifts- og forvaltningskostnader

Drifts- og forvaltningskostnader omfatter de løpende kostnadene i tjenesten og påløper årlig. Dette består av både rent variable kostnader (f.eks. drivstoff), lønnskostnader (som enten indirekte belastes i et anbudsregime/i en kontrakt eller direkte i modell 2), andre driftskostnader samt eventuelle leiekostnader ved fly og helikopter. For en oversikt over kostnadskomponentene som fremskrives i hver modell, se Vedlegg A. I tillegg omfattes kostnader ved en eventuell overgangsperiode. Dette kan være relevant dersom det tar tid å etablere en ny operatør og en samtidig er nødt til å betale eksisterende operatører. En oversikt over relevant datagrunnlag for drifts- og forvaltningskostnader er også vist i Vedlegg A. Som vist i vedlegget har de løpende drifts- og vedlikeholdskostnadene i perioden 2018–2021 vært på om lag 0,9 til 1,1 milliarder kroner.

5.3.1 Modell 1: Dagens modell med foreslåtte endringer

Ved en videreføring av modell 1 forutsettes det at driverne av drifts- og vedlikeholdskostnadene i utgangspunktet er uendret fra utviklingen i nullalternativet. Det forventes derfor en utvikling der vederlagene vist i Vedlegg 0 fortsetter, og vi fremskriver følgelig kostnadselementene vist i Tabell 10-2. Det forventes imidlertid at ekspertgruppens forslag til forbedringer av modell 1, herunder å innføre et kontraktkrav om at reglene om virksomhetsoverdragelse skal følges for å sørge for mer forutsigbarhet i lønns- og arbeidsvilkår, kan drive kostnadene noe opp. Dette skyldes at vissheten i fremtidige konkurranser om at øvrige aktører kan bringe med seg de akkumulerte lønnskostnadene, kan begrense konkurransen (fordi det potensielt blir mindre å konkurrere om). Ved krav om at reglene om virksomhetsoverdragelse skal følges vil leverandørene i en konkurranse måtte prise inn risikoen for at en overtar for eksempel høyere lønns- og andre personalkostnader som følge av spesielle avtaler hos eksisterende leverandør.

Fordelene de ansatte eventuelt tar med seg er i praksis normalt begrenset i tid ettersom de integreres i det nye selskapet, der lønns- og arbeidsvilkårene typisk vil bli harmonisert over tid. Videre finnes det etter omstendighetene muligheter for en ny operatør til å reservere seg mot tariffavtaler hos eksisterende arbeidsgiver, og dersom ny operatør er i posisjon til å gjøre eventuelle egne tariffavtaler gjeldende for de overførte arbeidstakerne, kan ny operatør ganske raskt harmonisere en del av lønns- og arbeidsvilkårene. Disse forholdene kan begrense kostnadsøkningen, men det må likevel antas at kostnadsnivået generelt vil gå opp ettersom det blir færre parametere å konkurrere om.

Hvor stor kostnadsøkningen blir i modell 1 sammenlignet med nullalternativet, avhenger av innretningen av tjenesten og konkurransene. I sensitivitetsanalyser viser vi hvordan det slår ut på totalkostnaden i modellen dersom det skjer endringer i lønns-/arbeidsvilkår eller behov for økt bemanning.

5.3.2 Modell 2: Drift i offentlig regi

Mange av forutsetningene i modell 2 er like som i modell 1. I basisestimatet forutsetter vi imidlertid at de samlede driftskostnadene vil være høyere enn det som ligger implisitt i vederlagene i dagens modell. Erfaringsmessig organiserer offentlige selskaper seg annerledes enn private, og det må i modell 2 bygges en stor organisasjon. En har behov for en lang rekke funksjoner i et flyselskap, og det kan være risiko knyttet til rask nok tilgang på relevant kompetanse.

Observert utvikling i sammenlignbare tjenester indikerer både behov for flere ansatte og høyere kostnad per årsverk. Det forutsettes at en kombinasjon av høyere kostnader per årsverk og behov for høyere bemanning vil kunne øke lønns- og personalkostnadene. Implisitt i den forventede kostnadsøkningen per årsverk er også mulige forskjeller i pensjonskostnader. Det er ifølge informantene sannsynlig at ansatte i et eventuelt statlig selskap vil ha offentlig tjenestepensjon, og tidligere erfaringer, blant annet fra overgangen til egenregi i bilambulansetjenesten, kan tyde på at dette vil medføre høyere kostnader i modell 2. I sensitivitetsanalyser fremstiller vi hvordan totalkostnaden påvirkes dersom vi endrer på forutsetningene om lønns-/personalkostnader.

Videre forventes det at betydelige lønns- og personalkostnader også vil påløpe før flyselskapet er ferdig etablert. Som vist i beskrivelsen av

administrative konsekvenser over vil en vesentlig del av arbeidet påbegynne fire år før etablering, mens nøkkelpersonell og ledere vil måtte ansettes 3 år før selskapet kan starte driften. Piloter, flyteknikere og så videre vil måtte ansettes to år før selskapet er operativt, ettersom disse også må igjennom trening, mens øvrig administrasjon forutsettes at blir ansatt i løpet av året før selskapet starter driften. I modell 2 antar vi derfor at lønnskostnadene vil øke lineært fra år 1 til år 4 og påløpe fullt ut fra år 5.

Det forventes også at fraværet av konkurranse vil kunne medføre økninger i andre drifts- og vedlikeholdskostnader sammenlignet med et anbudsregime. Det forventes videre at konkurransedyktige flyselskaper vil ha et fortrinn i utnyttelse av materiell og personell. Også disse kostnadene forventes derfor å øke i fravær av konkurranse i modell 2. Ifølge informantene har for eksempel større og internasjonale private aktører betydelige stordriftsfordeler når det gjelder tilgang på materiell og fleksibilitet i daglig drift. Så lenge konkurransen i markedet er velfungerende, vil en forvente at slike eventuelle konkurransefortrinn reflekteres i en lavere pris for det offentlige i dagens modell. En offentlig operatør av luftambulansetjenesten, som vil ha en begrenset flåte og ingen stordriftsfordeler på tvers av land, forventes å ha en kostnadsuleppe. Størrelsen på kostnadsforskjellen vil avhenge av hvorvidt det er mulig å oppnå god utnyttelse av luftfartøy og annen infrastruktur⁶ i offentlig regi.

Forventningen om høyere løpende kostnader i modell 2 kommer generelt av forventninger om at anbudsprosesser og konkurranse i markedet skaper insentiver til kontinuerlig kostnadseffektivisering og utnyttelse av stordriftsfordeler og andre fortrinn. I dagens anbudsregime vil effektive aktører kunne konkurrere ut mindre effektive og følgelig tilby en lavere pris. Det er lite sannsynlig at en offentlig aktør, i fravær av konkurranse, vil ha nødvendige fortrinn til å oppnå like lav kostnad som den beste tilbyderen i modell 1.

At kostnaden må forventes å være høyere i offentlig regi enn ved konkurranseutsetting, er beskrevet også i ekspertgruppens rapport. Som ekspertgruppen påpeker, er ikke eie og drift av et flyselskap en del av helsetjenestens kjernevirksomhet, og å ha luftambulansetjenesten i egenregi vil kreve oppbygning av en virksomhet på et område der

⁶ Andre kilder til kostnadsforskjeller kan være leie av kontorbygg samt bruk av IT-system for flåtestyring, økonomi og administrasjon, HR og så videre, der det heller ikke kan utelukkes at det offentlige innretter seg mindre kostnadseffektivt enn private. Grunnlaget for «andre driftskostnader» i modell 2 og 3 er dagens «andre

driftskostnader» i henholdsvis Avincis og Norsk Luftambulansetjeneste. Dersom tilgangen på kontorlokaler eller diverse systemer blir dyrere i offentlig regi enn det som i dag påløper for operatørene, vil også dette forventes å føre til en økning i «andre driftskostnader».

private selskaper har særlig kompetanse og et betydelig fortrinn.

Det er generelt veletablert i økonomisk teori og relevant litteratur at en mulig gevinst ved konkurranseutsetting vil være lavere kostnader. Som påpekt av Velferdstjenesteutvalget, er en potensiell gevinst ved bruk av private aktører at disse produserer mer kostnadseffektivt fordi de er underlagt markedets disiplinerende mekanismer og eksplisitte lønnsomhetskrav (NOU 2020:13, s. 68). I NOU 2000:19 ble det for øvrig pekt på at anbudskonkurranser ifølge internasjonale erfaringer normalt leder til kostnadsbesparelser i størrelsesorden 10–30 prosent. Sannsynligvis er det betydelig variasjon på tvers av sektorer hvor store kostnadsbesparelser som kan oppnås. Gitt at drift og eierskap av et flyselskap krever svært spesifikk kompetanse, og det er betydelige skalafordeler i en slik tjeneste, finner vi at det er sannsynlig at besparelsen ved konkurranseutsetting i luftambulansetjenesten vil kunne ligge i den øvre delen i dette intervallet. Dette skyldes særlig at konkurranseedyktige selskaper kan oppnå stordriftsfordeler og fleksibilitet gjennom at de også opererer i andre markeder (både geografisk og tjenestemessig), mens man i modell 2 forutsetter at staten begrenser seg til å operere kun i det norske luftambulansemarkedet.

Relevant empiri og erfaringer fra lignende tjenester og markeder i andre land tyder også på at kostnadene kan være lavere ved konkurranseutsetting. For eksempel har informanter påpekt at erfaringene ved overgang til egenregi av bilambulansetjenesten var at kostnadene økte betydelig mer enn 50 prosent. Et annet eksempel er Avinor AS og deres konkurranseutsetting av flysikringstjenester i 2019. Her ble det spanske selskapet Saerco tildelt kontrakt for drift av tårntjenester ved flyplassene på Kjevik og Vigra. Saerco vant anbudskonkurransen i konkurranse med fem tilbydere, deriblant Avinor Flysikring AS, og skåret høyest både på pris og kvalitet. Avtalen har en lengde på fem år og Avinor reduserte sine kostnader knyttet til tjenesten med 37 prosent. En kan her tilføye at Avinor etablerte Avinor Flysikring AS i 2013 nettopp for å effektivisere flysikringstjenesten og sette selskapet i stand til å kunne tilby flysikringstjenester i et internasjonalt marked.

Modell 2 vurderes også å ha vesentlig større risiko knyttet til kostnadsutvikling enn nullalternativet og modell 1. Økningen i totalkostnaden i modell 2 kan bli betydelig, illustrert i sensitivitetsanalyser under. Det kan ikke utelukkes at ulemper ved liten skala og manglende fleksibilitet i et statlig selskap blir så store

at en er nødt til å operere med en overskuddskapasitet. Dersom dette krever mer personell eller flere luftfartøy med lavere utnyttelsesgrad kan merkostnadene bli betydelige. Det samme gjelder dersom en i offentlig regi ikke klarer å sikre tilgang på nødvendig kompetanse. Flere informanter peker på at større private aktører kan ha betydelige fortrinn gjennom tilgang på internasjonale nettverk av både personell, materiell, reservedeler og øvrig infrastruktur.

Hvis man ser bort fra leasingkostnader, forventes kostnadene i stor grad å være uendret som følge av et valg om å eie eller leie luftfartøyene. Både lønnskostnader og andre driftskostnader er holdt konstant på tvers av variantene i modell 2. Videre, som beskrevet over, er mange av forutsetningene felles også med modell 1, blant annet kapasiteten i tjenesten og andre generelle forutsetninger. Samlet beregnes totalkostnaden marginalt høyere i et alternativ med leasing sammenlignet med eierskap til luftfartøy.

Det som kan observeres som en vesentlig forskjell mellom henholdsvis eie og leie av luftfartøy er at en med leasing av luftfartøy vil kunne spre kostnadene i større grad over perioden. I stedet for at det oppstår et stort hopp i den totale kostnaden i år 4 (illustrert i Figur 10-11), påløper det en årlig kostnad på 8 prosent av den samlede prisen for luftfartøyene. Satsen på 8 prosent er basert på innspill fra informanter om markedspriser og vil påløpe årlig gjennom hele perioden. De samlede kostnadene er noe høyere ved leasing siden statlig egenfinansiering av flyene vil være noe rimeligere enn å lease (og at luftfartøyene vil ha en restverdi).⁷ Dette er i tråd med det som er observert i Finland og Sverige.

Generelt vil store deler av kostnadsutviklingen i modell 2 avhenge av fremtidige beslutninger. Valgt ressursbruk er i stor grad innenfor beslutningstakeres kontroll. Det kan også tenkes at størrelsen på for eksempel drifts- og vedlikeholdskostnader avhenger av valgte driftsmodeller og for eksempel outsourcing/insourcing av vedlikehold. Dersom en privat aktør forventes å kunne vedlikeholde mer kostnadseffektivt, vil kjøp av denne delen av tjenesten i markedet kunne medføre besparelser. Generelt vil en rekke driftsmessige beslutninger i modell 2 påvirke risikoen for fremtidige kostnadsøkninger. Dette gjenspeiles i sensitivitetsanalysene under.

5.3.3 Modell 3: Drift i ideell regi

I modell 3 har vi i utgangspunktet forutsatt at en ideell virksomhet vil lease luftfartøyene. Følgelig vil kostnadsutviklingen ligne på utviklingen i modell 2

⁷ Leasingsselskapene kan potensielt ha større kjøpermakt, men samlet forventes høyere kostnad ved leasing.

med leasing, inkludert lønns- og personalkostnadene som forventes i en overgangsperiode før selskapet blir operativt. Basert på erfaringer og tilgjengelig informasjonsgrunnlag om sammenlignbare tjenester og markeder i andre land forventes det imidlertid at ideelle aktører vil kunne ha noen fortrinn sammenlignet med en ren offentlig aktør. Trolig vil en ideell aktør, i likhet med kommersielle aktører, ha større handlingsrom og fleksibilitet, samt kunne ta raskere beslutninger med hensyn til å iverksette effektiviserende tiltak enn en offentlig aktør. Vi forventer derfor at kostnadsøkningen fra dagens modell vil være noe mindre i modell 3 enn i modell 2.⁸

Vår forventning er at jo mer konkurranseeksponering som innbefattes i modell 3, med definerte avtaleperioder, spesifikke målekriterier og så videre, jo nærmere forventes det at modell 3 vil nærme seg dagens kostnadsnivå. Ved svakere konkurranseeksponering, for eksempel ved en direktetildeling uten noe fremtidig utsidealternativ, vil det forventes at kostnadsutviklingen vil ligge nærmere modell 2. I sensitivitetsanalysen under viser vi de økonomiske konsekvensene av å endre på disse forutsetningene.

5.4 Oppsummering økonomiske konsekvenser

Det største utslaget i **etableringskostnader** forventes i modell 2, der staten anskaffer og eier luftfartøy. Dette skyldes at en i dette alternativet anskaffer samtlige luftfartøy og bygger opp et statlig flyselskap fra grunnen av. På tvers av modellene der operatørene leaser flyene, forventes det ikke betydelige forskjeller i etablerings-/investeringskostnader. I modell 1, der en viderefører dagens modell med et rent anbudsregime, vil ikke etableringskostnader oppstå, og staten blir derfor i sin helhet belastet løpende drifts- og forvaltningskostnader via leverandørene.

Vår analyse tyder på den kraftigste økningen i **drifts- og forvaltningskostnader** vil oppstå i modell 2, der en etablerer et statlig flyselskap. I en variant av modell 2 der luftfartøyene anskaffes, finner vi at drifts- og forvaltningskostnadene kan være noe lavere enn i et alternativ der luftfartøyene leases. Dette motvirkes imidlertid direkte av nesten tilsvarende høyere investeringskostnader. I modell 1 antas det i basisscenarioet at svakere konkurranse, blant annet grunnet krav om virksomhetsoverdragelse, vil gjøre at løpende kostnader øker noe. .

Den totale forventede kostnadsforskjellen fra nullalternativet over en 20-årsperiode, som baseres

⁸ Videre vil en ideell aktør ha andre insentivmekanismer enn private, der motivasjonen for å få mest mulig ut av

på nåverdien av både drifts-/vedlikeholdskostnader og etableringskostnader i hver modell, er vist i hvert av estimatene i figurene under. Rød farge indikerer høyere kostnader (større økning fra nullalternativet), mens grønt indikerer mindre kostnadsøkning.

Analysen tyder på at kostnaden vil være lavest i modell 1, der en fortsetter med anbudskonkurranser mellom private tilbydere. I varianten av modell 2 (offentlig regi) der luftfartøyene leases av staten, forventes den totale kostnaden å bli høyest. Forskjellen fra andre varianter av modell 2 forventes imidlertid å være marginal uansett verdien av øvrige forutsetninger. Videre forventes det i modell 3 (drift av ideelle) at totalkostnaden vil bli noe lavere enn i offentlig regi (modell 2), men høyere enn i et anbudsregime (modell 1).

En illustrasjon av kostnadsutviklingen i vårt basisestimat er gjengitt i Vedlegg B.4. Fordi det er en rekke kilder til usikkerhet i kostnadsestimaterne, er det hensiktsmessig å foreta sensitivitetsanalyser. Disse analysene kan brukes til å vise hvor stort utslag det vil ha på kostnadene dersom forutsetninger rundt fremtidige drivere endres. I Figur 5-2 har vi vist utslaget det vil ha på differansen fra nullalternativet over 20 år dersom det skjer endringer i generelle driftskostnader (ekskl. drivstoff og luftfartsavgifter). Det kan for eksempel observeres at en 15 prosents økning i driftskostnader i modell 1 (ekskl. drivstoff og luftfartsavgifter) vil øke totalkostnaden 1,75 milliarder kroner sammenlignet med nullalternativet.

Det er primært differansen i kostnad mellom alternativene som er av interesse. Vår sensitivitetsanalyse foretas derfor på forutsetningene som vil forventes å påvirke kostnadsforskjellen med dagens modell. Vi foretar følgelig ikke sensitivitetsanalyser av forutsetninger som har betydning for den generelle ressursbruken i tjenesten (og som endrer kostnadene i samtlige modeller).

I basisberegningen (gjengitt i Vedlegg A) forutsettes det at antall år for oppstart vil være 4 år, mens det er ingen endringer i kostnader på luftfartøy sammenlignet med observerbare markedspriser og dagens flåte. Som vist i figuren, dersom en endrer på disse forutsetningene, for eksempel ved å anta at statens anskaffelser av fly og helikoptre viser seg å bli mer kostbar enn beregnet fra markedspriser og dagens situasjon, øker totalkostnaden. Det vil forventes at en slik kostnadsøkning både kan oppstå som endring i investeringskostnadene (via kostnaden ved selve anskaffelsen av luftfartøyene) og i løpende kostnader.

ressursene er å tjene formålet fremfor å maksimere avkastning.

Illustrasjonene under baseres på våre forventninger om hva som kan være rimelige kostnadsintervaller under hver forutsetning. Som vist i figurene, vil ingen av de antatte forutsetningene innebære lavere kostnader i modell 2 eller 3 sammenlignet med modell 1. Selv med mer optimistiske forutsetninger om fremtidig kostnadseffektivitet i for eksempel modell 2 (f.eks. 20 prosent økning i lønnskostnader og andre driftskostnader sammenlignet med en konkurransesituasjon der den mest kostnadseffektive private aktøren vinner) vil kostnaden øke med mer enn 4 milliarder kroner i nåverdi (nesten 25 prosent gitt nåverdien beregnet i nullalternativet). Oppsummert tyder vår analyse på følgende:

- Modell 1: Kostnadsøkning sammenlignet med nullalternativet på mellom 0,4 og 1,8 milliarder (cirka 2 til 10 prosent)

- Modell 2: Kostnadsøkning sammenlignet med nullalternativet på mellom 4,3 og 9,4 milliarder (cirka 25 til 55 prosent)
- Modell 3: Kostnadsøkning sammenlignet med nullalternativet på mellom 3,0 og 5,2 milliarder (cirka 15 til 30 prosent)

Figur 5-2: Modell 1 (mill. kr. kostnadsforskjell fra nullalternativet, nåverdi over 20 år)

Endring i kostnadsnivå (ekskl. drivstoff og luffartsavgifter)		
3 %		350
6 %		700
9 %		1 051
12 %		1 401
15 %		1 751

Kilde: Analyser av Oslo Economics

Figur 5-3: Modell 2 – kjøp av luffartøy (mill. kr. kostnadsforskjell fra nullalternativet, nåverdi over 20 år)

		Endring i kostnad for finansiering av luffartøy (antall og/eller pris)				
		0 %	10 %	20 %	30 %	40 %
Antall år for oppstart	2	6 584	6 846	7 108	7 370	7 631
	3	6 498	6 742	6 986	7 230	7 474
	4	6 524	6 750	6 977	7 204	7 431
	5	6 708	6 918	7 128	7 338	7 548
	6	6 887	7 080	7 274	7 468	7 661

		Endring i andre driftskostnader				
		20 %	30 %	40 %	50 %	60 %
Endring i lønnskostnader	20 %	4 270	4 821	5 373	5 924	6 475
	30 %	4 845	5 397	5 948	6 499	7 051
	40 %	5 421	5 972	6 524	7 075	7 626
	50 %	5 996	6 548	7 099	7 650	8 202
	60 %	6 572	7 123	7 674	8 226	8 777

Kilde: Analyser av Oslo Economics

Figur 5-4: Modell 2 – leasing av luffartøy (mill. kr. kostnadsforskjell fra nullalternativet, nåverdi over 20 år)

		Endring i kostnad for finansiering av luffartøy (antall og/eller pris)				
		0 %	10 %	20 %	30 %	40 %
Antall år for oppstart	2	7 348	7 694	8 040	8 386	8 732
	3	7 198	7 520	7 842	8 164	8 486
	4	7 164	7 462	7 760	8 059	8 357
	5	7 291	7 566	7 842	8 117	8 393
	6	7 414	7 667	7 921	8 174	8 428

		Endring i andre driftskostnader				
		20 %	30 %	40 %	50 %	60 %
Endring i lønnskostnader	20 %	4 910	5 462	6 013	6 564	7 115
	30 %	5 486	6 037	6 588	7 140	7 691
	40 %	6 061	6 613	7 164	7 715	8 266
	50 %	6 637	7 188	7 739	8 291	8 842
	60 %	7 212	7 763	8 315	8 866	9 417

Kilde: Analyser av Oslo Economics

Figur 5-4: Modell 3 (mill. kr. kostnadsforskjell fra nullalternativet, nåverdi over 20 år)

		Endring i kostnad for finansiering av luftfartøy (antall og/eller pris)				
		0 %	10 %	20 %	30 %	40 %
Antall år for oppstart	2	3 503	3 848	4 194	4 540	4 886
	3	3 544	3 866	4 188	4 510	4 831
	4	3 671	3 969	4 268	4 566	4 864
	5	3 930	4 206	4 482	4 757	5 033
	6	4 182	4 436	4 689	4 943	5 196
		Endring i andre driftskostnader				
		3 %	6 %	9 %	12 %	15 %
Endring i lønnskostnader	3 %	2 995	3 160	3 326	3 491	3 656
	6 %	3 167	3 333	3 498	3 664	3 829
	9 %	3 340	3 505	3 671	3 836	4 002
	12 %	3 513	3 678	3 843	4 009	4 174
	15 %	3 685	3 851	4 016	4 182	4 347

Kilde: Analyser av Oslo Economics

6. Konsekvenser for kvalitet i tjenesten

Norge har en av verdens beste luftambulansetjenester, og det vil være mulig å opprettholde denne kvaliteten innenfor alle de foreslåtte modellene. Kvaliteten i tjenesten vil i stor grad avhenge av myndighetenes prioriteringer og generelle ressursbruk – ikke valg av organisering.

Ekspertergruppens rapport, som også underbygges av flere av våre informanter, peker på at Norge har en av verdens beste luftambulansetjenester, og ekspertergruppen har også hatt som utgangspunkt at man i Norge har bygget opp en luftambulansetjeneste i verdensklasse. Anbudskonkurransene har gjort det mulig å stille nye krav og heve kvaliteten på materiell og utstyr. Anbudskonkurransene har også, som beskrevet av ekspertergruppen, bidratt til å drive frem innovasjon og nye løsninger som har hevet kvaliteten og gitt mer effektiv drift.

Til tross for høy kvalitet i tjenesten er det også kommet frem at det finnes en del utfordringer knyttet til den overordnede organisering av luftambulansetjenesten. I 2020/2021 gjennomførte Helsetilsynet tilsyn med ambulanseflytjenesten (Fixed-wing delen av luftambulansetjenesten, ikke helikoptertjenestene). Spesifikt var det en undersøkelse av om befolkningen i Nord-Norge får forsvarlige ambulanseflytjenester. Helsetilsynet fant i sin gjennomgang at pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp har fått forsinket transport til forsvarlig behandlingssted, og faktorer innenfor tjenestens kontroll har bidratt til forsinkelsene. Videre avdekket tilsynet at de regionale helseforetakene ikke har oppfylt sitt ansvar for tilrettelegging og styring av ambulanseflytjenestens aktiviteter. Svikten gjaldt plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tjenesten.

Kvaliteten i en tjeneste handler i stor grad om hvorvidt egenskapene ved tjenesten oppfyller gitte krav og spesifikasjoner. Disse kravene kan være nedfelt i lover, forskrifter, retningslinjer og/eller faglige standarder. Luftambulansetjenesten er en sammensatt tjeneste, og følgelig vil kvaliteten omfatte både krav fastsatt av LAT HF som bestiller av tjenesten, lover og rammeverk knyttet til luftfarten samt lover, retningslinjer og standarder innen helsesektoren og det medisinske fagområdet.

God kvalitet i helse- og omsorgstjenesten er ytterligere definert som at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukerne, være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte

ressursene på en god måte samt være tilgjengelig og rettferdig fordelt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022).

Dette innebærer at man ikke kan se kvalitet i luftambulansetjenesten isolert, men må se tjenesten i sammenheng med øvrige prehospitale tjenester og helse- og omsorgstjenesten i helhet. Dette gjelder særlig de tre sistnevnte kjennetegnene på kvalitet i helsetjenesten.

Samordning og kontinuitet handler om at pasientenes kontakt med tjenesten skal utgjøre en mest mulig sammenhengende og helhetlig kjede av tiltak. Dette forutsetter tydelig fordeling av ansvar og samhandling på tvers av tjenestetypene og -nivåer. Tilgjengelighet og rettferdig fordeling innebærer at alle skal ha likest mulig tilgang til tjenesten uavhengig av hvor de bor i landet, sosial status, kjønn og alder. Helsetilsynets gjennomgang av ambulanseflytjenesten i 2021 avdekket at dette ikke var ivaretatt, da pasienter i Nord-Norge ikke fikk transport i samsvar med sitt behov. Blant årsakene er tidkrevende prosesser for rekvirering og bruk av ambulansefly, tidkrevende avklaring av forsvarlig behandlingssted, mangel på medisinsk følgepersonell og mangelfull beslutningsstøtte for sentrale vurderinger knyttet til iverksettelse av ambulanseflyoppdrag og koordinering av ambulansebil og ambulansefly.

Flere har også pekt på at det mangler standardiserte prosedyrer mellom basene og gode beslutningsverktøy hos AMK-sentralene som skal vurdere behovet for å rekvirere bilambulanse eller luftambulanse. Sistnevnte henger tett sammen med behovet for at ressursene skal utnyttes på en god måte og tilby rett tjeneste, til rett bruker, på rett måte og til rett tid.

For de foreslåtte modellene er det vår vurdering at behovet for bedre koordinering på overordnet nivå, økt standardisering, bedre beslutningsverktøy og et samlet system for avviksrapporing, slik det er beskrevet i ekspertergruppens forslag til forbedringer av gjeldende modell, kan løses uavhengig av hvem som er operatør av luftambulansetjenesten. Dette ansvaret ligger hos de regionale helseforetakene og LAT HF, og ingen av modellene vil slik vi vurderer det endre på dette. Tiltak for å forbedre tjenesten og øke kvaliteten på disse områdene kan derfor realiseres i alle modeller uavhengig av hvem som er operatør, og dette er derfor ikke drøftet nærmere. I det følgende drøftes derfor kun i hvilken grad valg av modell for organisering av operatøransvaret vil kunne påvirke kvalitetsaspektene pasientsikkerhet (og tilhørende trygghet i befolkningen) og flysikkerhet. Videre vurderer vi modellenes mulige påvirkning på

fagutvikling og innovasjon samt ansattes lønns- og arbeidsvilkår.

6.1 Pasientsikkerhet

Det har de seneste årene vært stor oppmerksomhet rettet mot å redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten. Med pasientsikkerhet menes det at pasienter ikke skal utsettes for unødig skade eller risiko som følge av hestetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme (Helsedirektoratet, 2022). Overordnet er det to sentrale faktorer som kan påvirke pasientsikkerheten i luftambulansetjenesten; i) medisinsk- og redningsteknisk kvalitet og ii) tilbudt beredskap.

6.1.1 Medisinsk- og redningsteknisk kvalitet

Det stilles strenge krav til den helsefaglige bemanningen og kompetansen i luftambulansetjenesten gjennom Nasjonal standard for luftambulansелеger og Nasjonal standard for flysykepleiere (Luftambulansetjenesten, 2022). I tillegg skal det vurderes om det er behov for ytterligere personell dersom pasienten har behov for behandling eller overvåking mellom ulike behandlingssteder i helsetjenesten. Gjennom Nasjonal standard for redningsmenn stilles det krav til redningsteknisk- og medisinskfaglig kompetanse for redningsmenn som skal jobbe i luftambulansetjenesten.

I dag er det helseforetakene som har ansvaret for det medisinske personellet og sørger for at de oppfyller de generelle kravene i helsetjenesten samt de spesifikke kravene knyttet til luftambulansetjenesten. Operatøren av ambulanshelikoptertjenesten har ansvaret for redningsmennene og for å sikre og vedlikeholde kompetansen i henhold til kravene på dette området.

Luftambulansetjenesten HF anskaffer, eier og drifter alt medisinsk teknisk utstyr i luftambulansetjenesten. Medisinskteknisk verksted i Trondheim er rådgivende overfor de regionale helseforetakene om prehospital medisinskteknisk utstyr. De utfører også planlegging, utskiftning og vedlikehold av utstyret. Det stilles videre strenge krav til utstyret som benyttes i luftambulansetjenesten. Utstyret er i stor grad standardisert og består av blant annet defibrillator, multimonitor, kapnograf, sprøytepumper, respirator, sug, brystkompresjonspumpe og transportkuvøser (Luftambulansetjenesten, 2022).

Konsekvenser av alternativene

Med hensyn til alternativene for organisering av luftambulansetjenesten vurderer vi at medisinsk og redningsteknisk kvalitet kan ivaretas på lik måte i alle modellene. I alle modeller vil helseforetakene være ansvarlig for det medisinske personellet. Krav til medisinteknisk innredning og utstyr i ambulansflyene

og -helikoptrene vil fortsatt settes av LAT-HF eller annen offentlig bestillerorganisasjon, og myndighetene vil som i dag fastsette krav til kompetanse hos redningsmennene gjennom nasjonal standard for redningsmenn. I modell 1 og 3 vil kravene til dette kunne fastsettes i kontrakter, mens i modell 2 skjer dette gjennom hierarkiske styringslinjer og krav i ansettelsesforhold. De mest sentrale forutsetningene for å kunne ivareta kvalitet i denne delen av tjenesten vil dermed i alle modellene være underlagt offentlig kontroll, og vi ser ikke grunnlag for å skille mellom modellene på dette punktet.

6.1.2 Beredskap og trygghet i befolkningen

Luftambulansetjenesten skal være i beredskap døgnet rundt hele året, og den skal bidra til at de regionale helseforetakene ivaretar sitt sørge for-ansvar. For å oppnå dette, og gi trygghet i befolkningen om at tjenestene kan leveres, stilles det krav til tilgjengelighet i tjenesten, altså kapasitet til å nå deler av befolkningen innen en gitt tid (responstid).

For å sørge for denne tilgjengeligheten i luftambulansetjenesten er det behov for tilstrekkelig med personell (piloter, redningsmenn, medisinsk personell og teknisk personell), helikopter/fly og god koordinering og samhandling med øvrige deler av helsetjenesten. Reservekapasitet er derfor et sentralt element i å sikre høy beredskap. Nivået på reservekapasiteten er i dag bestemt av LAT HF gjennom kontraktene med operatørene.

Konsekvenser av alternativene

Med hensyn til alternativene for organisering av luftambulansetjenesten vurderer vi også på dette området at behovet for reserveberedskap kan ivaretas på lik måte i alle modellene. LAT HF, eller en annen offentlig bestillerorganisasjon, vil i alle modeller kunne fastsette krav til reservekapasitet i tjenesten. I modell 1 og 3 kan dette gjøres gjennom kontrakter, tilsvarende som i dagens modell, eller i modell 2 gjennom direkte styring og krav som stilles gjennom eierlinjen. Det er imidlertid verdt å merke seg at et gitt nivå på reservekapasitet potensielt kan være dyrere å realisere i modell 2, der luftambulansetjenesten driftes i offentlig regi. Dette reflekteres i analysen av økonomiske konsekvenser og vurderingene av risiko.

Slik det er beskrevet i ekspertgruppens rapport, vil ikke et offentlig selskap kunne dra nytte av stordriftsfordelene ved å operere i flere land slik dagens operatører gjør. For å sikre beredskap kan det derfor være nødvendig å kjøpe eller lease flere fly- og helikopter eller inngå beredskapsavtaler i det kommersielle markedet for å sikre reservekapasitet. Dette kan innebære økte kostnader for å sikre samme beredskapsnivå.

Enkelte intervjuobjekter har også trukket frem at det kan være tilfeller der modell 1 med private operatører kan gi fordeler med hensyn til beredskap dersom det dukker opp uforutsette hendelser som ikke ivaretas av den kontraktsfestede reservekapasiteten. Dette fordi mange av operatørene har en flåte utover det som kreves for å drifte luftambulansetjenesten i Norge og dermed mulighet til å hente inn ekstra helikopter eller fly ved behov. Dette kan illustreres av et konkret eksempel fra høsten 2019 da operatøren av ambulansflyene hentet inn ekstra fly i forbindelse med tekniske utfordringer. Dette eksempelet kan indikere et mulig fortrinn ved å bruke anbuds konkurranse som kan tiltrekke seg større internasjonale aktører. Samtidig er det ikke gitt at operatør(e) som vinner anbudene i modell 1 vil ha en størrelse på flåten som sikrer en slik kapasitet.

Et viktig risikoelement for beredskapen er videre teknisk feil på en helikopter- eller flytype som gjør at disse blir satt på bakken frem til problemet er løst. Dette kan gi betydelige konsekvenser for beredskapen, men også denne risikoen er i utgangspunktet modelluavhengig og handler mer om sammensetningen av flåten i tjenesten. Risikoen kan reduseres gjennom å operere med flere ulike typer fly og helikoptre, men dette vil igjen kunne ha betydelige kostnadskonsekvenser.

Overordnet er det vår vurdering at de ulike modellene for organisering av tjenesten ikke i seg selv medfører forskjeller i beredskapen. Beredskap og reservekapasitet vil i alle modeller bestemmes av myndighetenes prioriteringer, ressursbruk og beslutninger om kapasitet. Grunnet momentene påpekt ovenfor er det imidlertid grunn til å tro at det i en normalsituasjon vil være mindre kostnadskrevende å sikre beredskap og trygghet i befolkningen innenfor et anbudsregime i modell 1, og trolig også i modell 3, enn i modell 2 der luftambulansetjenesten driftes i offentlig regi. Dette er også hensyntatt i vurderingene av økonomiske konsekvenser av modellene i kapittel 5.

Operatørbytter kan på den annen side gi en forhøyet risiko for redusert beredskap i overgangsperiodene, som kan måtte kompenseres med kostnadskrevende tiltak. Viktige forhold knyttet til risiko er beskrevet nærmere i det følgende.

6.1.3 Risikofaktorer knyttet til å opprettholde beredskap

En vurdering av risiko (og betydningen av risikoen) vil måtte relateres til vurderingene av økonomiske konsekvenser og kvalitet. Som påpekt i beskrivelsen av økonomiske konsekvenser er det flere kilder til risiko som kan forventes å gi utslag på fremtidige kostnader. Dersom det for eksempel oppstår forsinkelser i etableringen av et statlig flyselskap, vurderer vi at den mest sannsynlige konsekvensen vil

være at det medfører en kostnadskrevende overgangsperiode. Det er derfor ikke nødvendigvis slik at risikoen vil gi utslag i redusert beredskap eller kvalitet, men heller i økte kostnader.

Gitt at luftambulansetjenesten er en kritisk del av helsevesenet, anser vi det som sannsynlig at risikoelementene heller vil kunne virke fordyrende enn å gi svekket kvalitet eller beredskap. I vår vurdering legger vi derfor til grunn, uavhengig av valgt modell, at det langt på vei vil være mulig å oppnå ønsket kvalitet selv om kostnadene kan komme til å variere.

Flere viktige kilder til risiko er beskrevet i de økonomiske konsekvensene ovenfor, for eksempel at manglende konkurranse, stordriftsfordeler eller fleksibilitet i det operative gjør at kostnadene i tjenesten øker. Andre kilder til risiko som anses å være viktige i utviklingen av tjenesten, for eksempel at en politisk beslutning om organisering trekker ut i tid, vil være felles for samtlige modeller. Muligheter for streik og aksjoner som overtidsnekt og samlede oppsigelser er også forhold som kan oppstå i alle modeller, men som kan kompenseres gjennom kostnadskrevende tiltak.

I det følgende beskrives derfor risikoelementene som ikke implisitt inngår i vurderingen av økonomiske konsekvenser og som kan knyttes isolert til valget av organisering.

Risiko knyttet til tilgang på kompetanse og fremdrift i etableringsfasen

Beskrivelse av risiko

Som tidligere beskrevet vil en i etableringen av et flyselskap måtte ha tilgang på mange ulike funksjoner og spesifikk kompetanse. For å kunne levere en komplett tjeneste, med nødvendige godkjenninger, vil tilgang på samtlige funksjoner vist i Figur 10-12 i Vedlegg C være nødvendige. Samlet utgjør dette minst 350 ansatte med ulik fagbakgrunn og kompetanse. Det er derfor relevant å vurdere risikoen knyttet til at en eventuelt ikke får tilgang på nødvendig kompetanse og funksjoner.

Vurdering av risiko

I modell 1 anses risikoen knyttet til kompetanse og tilgang på nødvendige funksjoner å være ubetydelig. Ved å kontraktfeste behovene i tjenesten, vil en ved å gjennomføre anbuds konkurranser kunne oppnå ønsket nivå på tjenesten. Tilgangen på kompetanse skaffes gjennom operatørene, og ettersom markedet anses å være relativt velfungerende, vil det i modell 1 kunne forventes flere tilbydere også i fremtiden. Krav om virksomhetsoverdragelse ved operatørbytte gjør også at prosedyrer og samarbeidet med den medisinske delen av tjenesten og LAT HF i stor grad kan videreføres.

I modell 2 anses risikoen å være høy i overgangen til ny modell, selv om deler av den vil kunne være påvirkbar. Dersom en for eksempel kjøper en allerede eksisterende aktør, vil risikoen reduseres fordi funksjonene allerede vil ligge i virksomheten. Risikoen vil imidlertid ikke være helt eliminert ved en slik beslutning, fordi i) denne muligheten avhenger av at det faktisk finnes en slik aktør i markedet som kan bli kjøpt opp og ii) en må lykkes med å få overdratt de ansatte med tilhørende kompetanse etter et oppkjøp. I tillegg må et eventuelt oppkjøp av en eksisterende aktør, og virkningen dette har på redusert risiko, veies opp mot eventuelle økte kostnader et slikt valg vil medføre.

Et annet mulig risikoreduserende tiltak kan være å outsource deler av funksjonene, for eksempel vedlikehold, til private aktører. Dette vil også kunne redusere den spesifikk risikoen i modell 2.

Uavhengig av innretningen av modell 2 anses risikoen å være betydelig. Sannsynligheten for at utfordringer ved å få tilgang til kompetanse vil oppstå for et nyetablert statlig flyselskap anses å være høy, med tilhørende store konsekvenser. Vår forventning er at den mest sannsynlige konsekvensen vil være kostbare overgangsperioder der en må forlenge nåværende avtaler parallelt med en tid- og ressurskrevende etableringsprosess.

Risikoen i modell 3 anses å være moderat ettersom det finnes ideelle som har tilgang på relevant kompetanse. Dersom en har mulighet til å tildele direkte til en aktør som har nødvendige funksjoner, er risikoen også betydelig lavere. Det vil her også, for å redusere risikoen, være mulig å stille krav til at det kan dokumenteres en plan for å skaffe nødvendig kompetanse.

Det finnes per i dag ikke ideelle aktører som leverer en komplett tjeneste (både fly og helikopter) slik det er behov for i Norge. I modell 3 kan man imidlertid kontraktfeste behovene for tjenesten og deretter enten gjennomføre en anbudskonkurranse blant ideelle eller undersøke muligheten for direktetildeling, noe som allikevel vil redusere risikoen sammenlignet med modell 2.

Samlet er vår vurdering at risikoen knyttet til å raskt og kostnadseffektivt sikre tilgang på kompetanse og nødvendige funksjoner er høy i modell 2, og at dette bør hensyntas i en beslutning. Før en eventuelt foretar en endelig beslutning om modell 2, bør en derfor kartlegge hvilke muligheter som finnes i markedet. En slik kartlegging bør minst omfatte undersøkelser av i) hvilke eventuelle eksisterende aktører som kan kjøpes og overdras og ii) hvilken kompetanse som er tilgjengelig i markedet og som kan rekrutteres til en statlig virksomhet gitt bestemmelser for lønns- og

arbeidsvilkår. I modell 3, særlig i varianten med direktetildeling til NLA, anses risikoen å være moderat, ettersom det er større usikkerhet rundt behovet for funksjoner sammenlignet med det som er tilgjengelig hos de aktuelle aktørene i dag. I modell 1 vurderes risikoen å være ubetydelig ettersom tidligere anbudskonkurranser har synliggjort at det finnes aktører i markedet med tilgang på relevant kompetanse.

Risiko for redusert beredskap i forbindelse med anbudsprosesser og operatørbytter

Beskrivelse av risiko

Som beskrevet av ekspertgruppen har det ved operatørbytter tidligere oppstått usikkerhet og uro i forbindelse med anskaffelsesprosessene, og senere når nye medarbeidere og prosedyrer skal fases inn. Konkurransen om ansattes vilkår, med risiko for lønnsreduksjon, dårligere tjenestepensjon og usikkerhet rundt framtidig jobbsituasjon, har skapt uro i det operative miljøet. Nye ansatte med ulike lønns- og arbeidsbetingelser, og fagforeninger som gjerne vektlegger ansiennitet, kan gjøre prosesser krevende. Uroen er også beskrevet å innebære en sikkerhetsrisiko dersom de ansatte ikke klarer å legge vekk usikkerheten rundt anbudskonkurransen når de er på jobb.

Det er svært strenge sikkerhetskrav innenfor luftfarten. Ansvaret for å kartlegge, følge opp og iverksette tiltak for å minimere risiko er personlig og lagt til selskapenes ledelse ved Accountable Manager. Ansatte som er sertifisert av myndighetene, flyteknikere og piloter, er også pålagt å melde om avvik om de anser situasjonen som så alvorlig at det kan svekke flysikkerheten. Selskapene risikerer dermed en stans i driften dersom usikkerhet om ansattes vilkår kan føre til redusert flysikkerhet. Vår vurdering er derfor at risikoen først og fremst må tolkes å knytte seg til redusert beredskap som kan kompenseres med (kostnadskrevende) tiltak. En relatert kilde til risiko er at det kan oppstå redusert driftsstandard fra avgivende operatør. Denne risikoen er tett knyttet til vurderingen av andre risikoelementer ved operatørbytte, og disse beskrives derfor samlet under.

Fordi det i samtlige modeller vil skje et mulig bytte av operatør, enten i neste anbudsprosess (modell 1), i etableringen av et statlig selskap (modell 2) eller ved innfasing av en ideell aktør (modell 3), er deler av risikoen felles for alternativene. Vi antar derfor at risikoen ved neste operatørbytte i all hovedsak vil være lik i alle modeller (denne kan imidlertid reduseres f.eks. ved å stille krav om at ansatte skal få tilbud om videreføring av arbeids- og lønnsvilkår i nytt selskap). I det følgende vurderes derfor forskjellen i

risiko som forventes etter at modell 1, 2 eller 3 er iverksatt – altså i perioden etter neste operatørbytte.

Vurdering av risiko

I utgangspunktet vil risiko knyttet til operatørbytte bare kunne reduseres helt ved enten en etablering av et statlig selskap (modell 2) eller ved direktetildeling til en ideell aktør (modell 3). I disse modellene vil risikoen kunne elimineres på lang sikt ved å ha én fast operatør slik at fremtidige bytter ikke vil skje. Derfor, selv om fravær av konkurranse vil forventes å ha negative økonomiske konsekvenser, vil risikoen knyttet til operatørbytte forsvinne.

Vår vurdering er at endringene i dagens modell (modell 1) trolig vil kunne gi en betydelig reduksjon i risikoen ved operatørbytter og anskaffelsesprosesser. Et krav om virksomhetsoverdragelse og at det kontraktfestes hvordan tjenesten skal overføres til en eventuell ny operatør, herunder gradvis overtakelse base for base, vil i stor grad bidra til risikoreduksjon. Videre er det innenfor modell 1 mulig å gjøre tilpasninger dersom en ønsker å redusere denne risikoen ytterligere. Et mulig tiltak som i så fall kan vurderes, som imidlertid anses å være utenfor mandatet for denne utredningen, er å ha lengre kontraktperioder innenfor anbudsregimet, eventuelt flere opsjonsperioder. Dette bør imidlertid veies opp mot konsekvensene ved svakere konkurranse som følge av at en sjeldnere får testet konkurransen i markedet.

Generelt vurderer vi at risikoen knyttet til anskaffelsesprosesser og operatørbytte vil være lav i modell 1 og ubetydelig i modell 2 og 3. Videre, i den grad risikoen vil gi utslag og medføre konsekvenser, forventes disse å være økonomiske. De forventede økonomiske konsekvensene vil imidlertid ved denne kilden til risiko, gitt endringene som er foreslått i dagens modell, være relativt små sammenlignet med andre viktige kostnadsdrivere. Samlet er vår vurdering derfor at denne kilden til risiko ikke bør vektlegges i en beslutning om valg av modell.

6.1.4 Oppsummering av konsekvenser for pasientsikkerhet

De mest sentrale forutsetningene for å kunne ivareta pasientsikkerhet vil i alle modellene være underlagt offentlig kontroll. Det stilles strenge krav til kompetansen hos medisinsk personell og redningsmannskap, og krav til beredskap og reservekapasitet vil i alle modeller fastsettes av myndighetene. På bakgrunn av dette vurderer vi at de ulike modellene ikke vil gi kvalitetsmessige forskjeller som har konsekvenser for pasientsikkerheten. Det er myndighetene som setter et ønsket nivå på kvaliteten i tjenesten uavhengig av modell. Som beskrevet over vil imidlertid særlig modell 2 med drift i offentlig regi kunne medføre høyere kostnader for å ivareta behovet for

reservekapasitet i tjenesten. Modell 2 vurderes samtidig å ha den høyeste risikoen med hensyn til å sikre kontinuitet i tjenesten i etableringsfasen og i tilgangen på kompetanse, men vil samtidig gjøre at man unngår fremtidig risiko forbundet med operatørbytter.

6.2 Flysikkerhet

Flysikkerhet er en samlebetegnelse som omfatter alle krav, rammer og aktiviteter som iverksettes for å redusere eller eliminere risikoen for ulykker i lufttrafikken.

All luftfart er generelt strengt regulert med svært høye krav til sikkerhet. Ambulanseflyvninger, både med fly og helikopter, er ansett som kommersiell luftfart og er med det regulert i felleseuropeisk luftfartsregler gjennom EØS-avtalen. Det meste av luftfartsregelverk utvikles i dag av EU og tas inn i norsk rett. På de områdene hvor det ikke utvikles noe regelverk i EU, men hvor det anses som nødvendig for flysikkerheten, fastsettes det nasjonalt regelverk. Videre skal alle flysikkerhetsregler gitt av EU eller den enkelte stat være i samsvar med flysikkerhetsstandardene gitt av FNs organisasjon for sivil luftfart, International Civil Aviation Organization (IAOC).

Luftambulansetjenesten er dermed underlagt de samme operative, tekniske og administrative krav som andre selskaper som driver kommersiell luftfart. Dette innebærer at selskapene må gjennomgå en sertifisering for å få utstedt Air Operator Certificate (AOC) fra Luftfartstilsynet som også fører tilsyn med luftfartsselskapene.

AOC er en godkjenning av organisasjon, fartøy og håndbøker sett opp mot selskapets konkrete drift. Det stilles krav til at operatøren har myndighetsgodkjent organisasjon og personell, godkjente operasjonsmanualer og prosedyrer for systematisk trening og at vedlikeholdssystemer er på plass for å ivareta sikkerheten til besetningen, passasjerer og publikum. I tillegg til en AOC kreves det at selskap som skal drive med kommersiell virksomhet skal ha en lisens. Lisensen utstedes etter vurdering av selskapets økonomiske soliditet, forretningsplaner og budsjett.

Utover de generelle kravene til kommersiell luftfart omfattes luftambulansetjenesten også av spesifikke krav. Ambulanseflyene benytter seg for eksempel mye av kortbanenettet, og de omfattes derfor av Forskrift om kortbaneoperasjoner (2018). Det stilles her krav til trening og at flytypen som benyttes er godkjent for å fly på kortbanenettet. Det er også spesifikke bestemmelser, gjennom Forordning 965/2012 SPA.HEMS.100, for Helicopter Emergency Medical Services (HEMS). Bestemmelsene omfatter blant annet krav til helikopterets ytelse, tilleggsutstyr,

operasjonelle værbegrensninger, besetningens erfaringsnivå og trening, operative prosedyrer med mer. I tillegg er det regler og krav for når HEMS-operasjoner gjennomføres i mørket.

Lufftartsmyndighetene har videre fastsatt spesifikke krav til arbeids- og hviletid som ikke kan fravikes. De enkelte selskapene bygger sine turnuser basert på dette, der myndighetene følger opp både gjennom innmeldte avvik og inspeksjoner. Piloter og personell er dessuten pliktige til å melde fra dersom de ikke er «fit for flight» for å ivareta flysikkerhet. Operatører plikter videre å melde avvik om mulige sikkerhetsbrister til Luftfartstilsynet for oppfølging og kontroll.

Konsekvenser av alternativene

Vår vurdering er at flysikkerheten ikke vil påvirkes av valgt modell for organisering av luftambulansetjenesten. Som beskrevet over er all luftfart strengt regulert med en rekke krav til sikkerhet som vil gjelde uavhengig av modell.

I ekspertgruppens rapport og innspill fra enkelte interessenter er det oppgitt at uro rundt anbuds konkurranser og fremtidig jobbsikkerhet kan svekke flysikkerheten. Alle de tre modellene innebærer, slik vi vurderer det, garantier for fremtidige lønns- og arbeidsvilkår som vil kunne dempe uroen blant ansatte i omstillingsprosessen. Vi er også usikre på i hvilken grad anbudsregimet i dagens modell faktisk innebærer en fare for flysikkerheten, og vi har ikke kunnet finne dokumentasjon på at dette er medvirkende til å svekke flysikkerheten. Konsekvensene av uro synes å eventuelt kunne gi noe svekket regularitet, og ikke redusert flysikkerhet.

Ved en gjennomgang av Safetecs Sikkerhetsstudie for innenlandshelikopter II (2022) finner vi ikke sikkerhetstilrådingen tilknyttet særlige bekymringer rundt flysikkerheten ved operatørbytter eller anbudsprosesser i seg selv. Studien er gjort på bestilling av Luftfartstilsynet og omfatter en stor mengde innhentet data på avviksrapporter, havarirapporter og intervjuer av ansatte og ledelse samt operatørenes kunder. Rapporten har omtalt flere risikofaktorer, deriblant menneskelige og operasjonelle faktorer, men sikkerhetsbrist ved omstillinger synes ikke å være en spesifikk bekymring. En tilråding i rapporten er tiltak 18 som omhandler krav om gjennomføring av kunderevisjoner og at kunden må besitte tilstrekkelig kompetanse på det flerfaglige området. Spesifikt vises det her til behov for samarbeid for en omforent forståelse av

⁹ Der markedet alene ikke gir et tilfredsstillende flyrutetilbud kan Samferdselsdepartementet, for å sikre et godt flytilbud over hele landet, kjøpe flyrutetjenester etter en offentlig konkurranse blant flyselskapene, og pålegge såkalte forpliktelser til offentlig tjenesteytelse (FOT) på

problemstillinger som kan oppstå frem til oppstart av kontrakten og under oppdragets gang. Rapporten viser overordnet også en positiv utvikling med hensyn til sikkerheten i innlandsmarkedet. Havarifrekvensen er redusert med 56 prosent i perioden 2012–2020, noe som tilskrives blant annet bedre ansettelsesforhold med krav relatert til flyve- og hviletidsbestemmelser (“flight and duty”), bedre sikkerhetskultur, bruk av nye tekniske hjelpemidler og nytt regelverk.

Virkinger av konkurranse og markedsførhold på flysikkerhet er også drøftet i Sintef-rapport - Helikoptersikkerhetsstudie 4 (2023). I rapporten beskrives det at det er et kontinuerlig press for å redusere kostnader, effektivisere og digitalisere i bransjen. Til tross for dette fremkommer det av rapporten at helikopterselskapene mener at industriens sikkerhetsstandard fortsatt er meget god. Det fremgår at det fokuseres på å skjerme personell i driften – teknikere, flygere og annet personell som holder helikoptrene i luften i henhold til luftdyktighetskrav. Dersom luftdyktighetskravene ikke kan overholdes vil driften stoppe, og ledelsen vil måtte ta konsekvensene. Det vises også at kunde- og myndighetsrevisjoner har gitt gode tilbakemeldinger og at helikopterselskapene opplever at de opprettholder egne høykvalitetskrav i tillegg til omverdenens krav. Samtidig pekes det også på at kostnadspress og nedbemanning som følge av effektivisering kan resultere i for få teknikere og flygere, noe som kan by på utfordringer hvis og når det trengs ekstra ressurser. Rapporten kommer ikke med anbefalinger om tiltak knyttet til konkurranse- og markedsførhold.

Intervjuobjekter har videre trukket frem at endringer som følge av anbudsprosesser er en normal del av driften innen luftfart, og at det ikke synes å påvirke flysikkerhet. Eksempler på dette er anbud på bakkjetjenester, charterflyvninger og ikke minst statens kjøp av FOT-rutene⁹ og helikoptertjenester knyttet til offshore-industrien. I tillegg endrer selskapene sine volumer ved etablering av sommer- og vinterprogram, som igjen vil kunne påvirke jobbvolum og turnusplaner, uten at dette synes å reise flysikkerhetsmessige bekymringer.

Oppsummert synes flysikkerhet i liten grad å påvirkes av faktorene som en omstilling medfører, uavhengig av om denne skjer ved organisasjonsendringer, oppkjøp eller anbud. Denne vurderingen reflekterer at operatørene forventes å ha en robusthet i situasjoner der det gjennomføres endringer i organisasjonen. Dette fokuset må videreføres og involvere alle

flyruter, der det stilles krav til billettpris, kapasitet, frekvens, ruteføring mv. Kontrakt tildeles normalt flyselskapet som tilbyr tjenesten til den laveste kostnaden for staten, og flyselskapet får i kontraktsperioden enerett på rutetraffikk på den aktuelle flyruten.

partene under omstilling som ledelse, ansatte og oppdragsgiver/kunde.

6.3 Fagutvikling og innovasjon

Fagutvikling og innovasjon omhandler i denne sammenheng nye eller forbedrede produkter og tjenester samt nye og forbedrede behandlingsmetoder. I vurderingen av fagutvikling og innovasjon er det viktig å ha med seg behovet for at fagutvikling og innovasjon innenfor luftambulansetjenesten ses i sammenheng med behovene i helse- og omsorgssektoren som helhet. Dette synet er fremmet også av Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) som i sitt høringsvar til ekspertgruppens rapport har pekt på behovet for at forskningsstrategien for det luftambulansefaglige området inngår i en helhetlig utviklingsplan for alle fag- og tjenesteområder innen prehospital akuttmedisin (ambulansetjenestebil, -båt, -luft, medisinsk nødmeldetjeneste, legevakt og allmenn og livreddende førstehjelp).

Av dette følger det at man ikke nødvendigvis ønsker mest mulig ressursbruk på innovasjon innenfor luftambulansetjenesten, men snarere at ressurser benyttes på de områder der de forventes å kaste mest av seg.

Innen luftambulanssevirkosomhet foregår fagutvikling og innovasjon innenfor to hovedområder; flyfaglig virksomhet og prehospital akuttmedisin.

På det flyfaglige drives fagutvikling og innovasjon i hovedsak av de store internasjonale produsentene som står for forbedringer i fartøyenes ytelser og utstyr. Inngrep og tilpasninger som ønskes gjennomført på luftfartøyene kan kun gjøres etter godkjenning fra produsentene, og det er svært strenge krav til godkjenning av nytt utstyr for bruk ombord i fartøyene. Virksomheter som vil utføre endringer på luftfartøy må kjøpe tjenesten av produsent eller godkjente leverandører eller selv skaffe en DOA (Design Organisation Approval). En DOA-godkjenning må søkes om fra EASA (European Union Aviation Safety Agency), og prosessen er både tidkrevende og omfattende med strenge krav.

På det flyoperative gjøres det forsknings- og utviklingsarbeid knyttet til blant annet optimalisering av flyruter, flyoperasjoner i krevende værforhold og utvikling av nye teknologier for flynavigasjon. Forskningen gjøres blant annet i samarbeid mellom luftfartsselskaper, flyplasser, forskningsinstitusjoner og myndigheter. SNLA har vært en viktig bidragsyter på feltet, og gjennom samarbeid med operatørselskapet NLA har de blant annet utviklet GPS-ruter for instrumentflyging i dårlig sikt og værkamerasystemet

HemsWX som gjør det lettere å avgjøre om det er forsvarlig å fly (Stiftelsen Norsk Luftambulans, 2023).

Flysikkerhetsforum for operatører av innlandshelikoptre er et eksempel på et viktig samarbeidsforum knyttet til det flyoperative. Forumet ble opprettet av Luftfartstilsynet i 2009, og her deltar alle de større helikopteroperatørene som opererer innlands i Norge. Forumet skal arbeide med forbedring av flysikkerheten, være pådriver mot myndigheter og aktører, utarbeide forslag om konkrete tiltak som kan forbedre helikoptersikkerheten samt arbeid på nasjonalt nivå og samarbeid med internasjonale organisasjoner (Flysikkerhetsforum for operatører av innlandshelikoptre, 2023).

Innenfor den medisinske delen av tjenesten foregår den medisinske forskningen, herunder prehospital akuttmedisin, i hovedsak ved universiteter, helseforetak og de nasjonale kompetansesentrene. Forskning er av de lovpålagte hovedoppgavene til sykehusene jf. spesialisthelseloven §3-8 og helseforetaksloven §§1 og 2. Det tildeles årlig tilskudd til de regionale helseforetakene til forskning. Tilskuddene lyses ut og tildeles etter søknad på bakgrunn av kriterier som kvalitet og nytte samt etter eventuelle regionale prioriteringer. Helse- og omsorgsdepartementet øremerker midler til forskning gjennom Norges forskningsråd. I tillegg er også private og ideelle aktører viktige bidragsytere til forskning og utvikling, hvor blant annet SNLA spiller en sentral rolle.

Forskning og utvikling foregår også gjennom samarbeid på tvers av landegrenser. Ved å delta i internasjonalt samarbeid sikres kvalitet og fornyelse i forskningen, samtidig som det åpner opp for å dele risiko og investeringer. Et eksempel innen prehospital akuttmedisin er European Prehospital Research Alliance (EUPHOREA), som er et europeisk nettverk av fagfolk som jobber for å fremme forskning innen avansert prehospital akuttmedisin (EUPHOREA, 2023). EUPHOREA ble opprettet på initiativ fra SNLA og støttes også administrativt av stiftelsen. Videre er det et tett samarbeid mellom HEMS-organisasjonene i Norge, Sverige, Finland og Danmark som går under betegnelsen Nordic Prehospital Research Alliance (NoPRA). Formålet er å styrke forskning innen prehospital akuttmedisin i samarbeid mellom de nordiske tjenestene (Danish Air Ambulance, 2023).

Konsekvenser av alternativene

Graden av fagutvikling og innovasjon vil i stor grad være uavhengig av valgt modell. Den flytekniske utviklingen drives i hovedsak av de store internasjonale produsentene, og forskning og utvikling skjer som en del av sykehusenes hovedformål. Det tildeles årlig tilskudd til de regionale helseforetakene som lyses ut og tildeles etter søknad på bakgrunn av

kriterier som kvalitet og nytte. HOD øremerker også midler til forskning gjennom forskningsrådet.

Det er imidlertid noen viktige forskjeller mellom alternativene med hensyn til hvilke insentiver de gir for fagutvikling og innovasjon.

I modell 1 vil konkurranse mellom aktører kunne stimulere til innovasjon og forbedringer gjennom at dette gir konkurransefortrinn i form av økt kvalitet og/eller kostnadseffektivitet. Flere har trukket frem hvordan anbudskonkurransene til nå har bidratt til å drive frem innovasjon og forbedringer. Samtidig pekes det på at anbudsprosessene er ressurskrevende og kan ta vekk fokus fra pasientbehandling og fagutvikling.

Modell 2 vil innebære et offentlig monopol, som i utgangspunktet gir begrensede insentiver til innovasjon. Ved offentlig drift må luftambulansetjenesten også konkurrere om investeringsmidler på samme måte som spesialisthelsetjenesten for øvrig, og det er ikke gitt at forbedringer på dette området vil prioriteres. Modellen vil imidlertid kunne sikre at ressursbruk til fagutvikling og innovasjon innenfor luftambulansetjenesten ses i sammenheng med de samlede behovene i helse- og omsorgssektoren.

SNLA har også vært en stor bidragsyter knyttet til forskning og innovasjon innenfor luftambulansetjenesten. De bidrar med midler til forskningsprosjekter og har samarbeidsavtaler med universitetssykehus i alle regioner og med flere universiteter. Det må forventes at dette bidraget ikke vil kunne ha samme omfang dersom NLA ikke har operatøransvaret, og en vil kunne miste muligheten for synergier mellom forskning og drift.

I modell 3 vil man i en eventuell direktetildeling til en ideell aktør skape monopol i tjenesten. På lik linje med modell 2 vil dette i utgangspunktet begrense insentivene til innovasjon og fagutvikling. SNLA har imidlertid som formål å fremme prehospital akuttmedisin, og insentiver til innovasjon og tjenesteutvikling på dette området vil trolig være ivare tatt gjennom mekanismer innad i stiftelsen. I hvilken grad modellen vil sikre at ressursbruk på området ses i sammenheng med behovene i helse- og omsorgssektoren i sin helhet er noe mer uklart. Samtidig vil fraværet av konkurranse kunne gi mindre insentiver til innovasjon og forbedringer i retning av mer kostnadseffektiv drift sammenlignet med eksisterende regime.

6.4 Ansattes lønns- og arbeidsvilkår

Mannskapet som benyttes i den flyoperative tjenesten (piloter, flyteknikere og redningsmenn) har spesialisert

kompetanse med personlige sertifikater og utgjør knappe og kostbare ressurser. Lønnsnivået på området er generelt høyt sammenlignet med andre sektorer, og knappheten på ressurser innebærer at man uavhengig av modell er nødt til å tilby konkurransedyktige betingelser for å kunne tiltrekke seg kvalifisert personell.

Luffartssektoren utmerker seg også med høy organisasjonsgrad, men en svært fragmentert avtalestruktur (NOU 2019: 22). I praksis betyr dette at personellet har særskilte avtaler i hvert enkelt flyselskap. Det gjelder dermed forskjellige avtaler for den enkelte bedrift med ulike modeller for fastsettelse av ansiennitet og lønnsdifferanse mellom ulike kategorier i samme yrkesgruppe. Dette innebærer ulike lønnsnivå og lønnsforskjeller mellom styrmenn og kapteiner og mellom flymekanikere og flyteknikere ansatt i ulike virksomheter. Andre viktige elementer er ulikheter på tvers av selskapene i pensjonsordninger, turnusordninger, og kompensasjon for disse, samt ulikheter i modeller for beregning av arbeidstid ved beredskap og reisetid. De sistnevnte ordningene er særlig viktige elementer for rekruttering av personell ute på de enkelte basene, der selskapene må tilby pendlerordninger for å sikre kompetent personell.

Ved valg av modell for fremtidig organisering av luftambulansetjenesten er det sentrale med hensyn til ansattes arbeidsbetingelser at det sikres vilkår som gjør tjenesten attraktiv for kompetent og kvalifisert personell. Dette er viktig for å tiltrekke seg knappe ressurser som kan sikre at tjenesten kan leveres.

Konsekvenser av alternativene

Med hensyn til de alternative modellene er det vår vurdering at alle modeller i utgangspunktet gir økt trygghet og mer forutsigbarhet for ansatte i tjenesten. Dette kan bidra til å sikre tilgang på kvalifisert personell. Det er imidlertid enkelte detaljspesifikke forskjeller mellom modellene som beskrevet i det følgende.

At lønns- og arbeidsvilkårene (herunder pensjon) i modell 1 i hovedsak fastsettes i virksomhetsvise tariffavtaler og omhandler mange ordninger, gjør det i utgangspunktet krevende å videreføre disse ved et operatørbytte i en anbudsprosess eller et oppkjøp av eksisterende selskap. Skal det kreves en videreføring av arbeidsbetingelser fra gammel arbeidsgiver, kan man derfor komme i en situasjon der ny operatør må ha ulike vilkår for sitt personell. Forhandlingsmodellen vil imidlertid være relativt enkel, ettersom det forhandles spesifikt mot ett enkelt selskap der man står noe friere opp mot sentrale avtaler gitt av hovedorganisasjonene. Dette gjør at en i mindre grad er bundet av sentrale rammer og kan fokusere på selskapsvise utfordringer og finne lokale løsninger. De ansatte vil også kunne få en gunstig

forhandlingsposisjon særlig mot slutten av kontraksperiodene der fremtidige kostnader ved lønnsøkninger i mindre grad vil bæres av arbeidsgiver, men veltes over på helseforetakene i neste kontraksperiode.

Modell 2 vil innebære at personellet blir ansatt i et offentlig eid selskap. Slike selskaper er som oftest medlem i arbeidsgiverorganisasjonen Spekter, og dermed omfattet av Spekters tariffregime. Dersom det etableres et HF, vil de ansatte i utgangspunktet bli omfattet av offentlig tjenstepensjonsordning i KLP. Dersom det etableres et ANS eller AS kan departementet treffe vedtak om at ansatte i selskapet skal omfattes av SPK. Uten slikt vedtak er det i utgangspunktet bare minimumskravene i lov om obligatorisk tjenstepensjon som gjelder. Ansatte får trygghet ved at man ikke må bytte arbeidsgiver. Det kan oppstå behov for særordninger for å sikre at lønnsnivået er konkurransedyktige mot øvrige deler av markedet. Dette kan igjen føre til utfordringer i forhold til annet personell i helse- og omsorgssektoren. Særlig i varianten der det skal etableres et helt nytt offentlig selskap fremstår dette som en risiko, fordi det kan ta tid å tiltrekke seg nødvendig kompetanse og kvalifisert personell i etableringsfasen. I varianten der modellen etableres gjennom oppkjøp av et eksisterende selskap vil denne risikoen være betydelig mindre, men det vil samtidig være usikkerhet knyttet til hvilke selskaper som eventuelt kan kjøpes på hvilket tidspunkt, og til hvilken pris.

Modell 3 vil i varianten med konkurranse mellom ideelle aktører tilsvare modell 1. I varianten med direktetildeling vil det i praksis være åpen bok mellom partene, slik at oppdragsgiver har fullt innsyn i økonomien til selskapet. Det vil imidlertid, uten noen krav eller retningslinjer til lønns- og arbeidsvilkår i kontrakten, være begrensede incentiver hos operatøren til å holde igjen på lønnsforhandlingen, ettersom det i stor grad vil være mulig å videreføre denne kostnaden til oppdragsgiver. Derimot vil denne modellen gi mer trygghet for de ansatte ved at en ikke må bytte arbeidsgiver.

Slik det er beskrevet i ekspertgruppens rapport, synes det å ha vært relativt god tilgang på kvalifisert personell innenfor dagens modell med et større antall søkere til utlyste stillinger hos både Avincis og NLA. Ulike arbeidstakere vil også kunne ha ulike preferanser som gjør at lønn, arbeidstidsbestemmelser, pensjon og så videre vektet ulikt. Hvilken modell som vil fremstå som mest attraktiv for arbeidstakere over tid er derfor ikke gitt, men alle modeller synes å ha mulighet for å kunne sikre tilstrekkelig attraktivitet til at tjenestene vil kunne leveres med høy kvalitet. Modell 2-varianten, der det etableres et helt nytt selskap, fremstår imidlertid å ha

noe høyere risiko knyttet til å tiltrekke tilstrekkelige kvalifiserte ressurser i etableringsfasen.

6.5 Oppsummering kvalitet

Valg av organisering for luftambulansetjenesten forventes i seg selv ikke å medføre forskjeller knyttet til kvaliteten i tjenesten. Luftfartssektoren er svært gjennomregulert, og uavhengig av modell må operatøren(e) av luftambulansetjenesten overholde det samme regelverket og kravene. Kvaliteten på tjenesten, herunder beredskap og reservekapasitet, avhenger derfor først og fremst av myndighetenes prioriteringer og vilje til ressursbruk. Modell 2, med drift i offentlig regi, vil imidlertid kunne medføre høyere kostnader for å ivareta behovet for særlig reservekapasitet sammenlignet med modellene basert på anbudsregimer hvor utnyttelse av stordriftsfordeler i større grad muliggjøres.

Med hensyn til fagutvikling og innovasjon vil de ulike modellene kunne gi ulike incentiver til dette. Modell 1 med anbudskonkurranser vil normalt gi gode incentiver til innovasjon og utvikling av tilbudet dersom dette vektlegges i anbudsprosessene. Dette kan også oppnås i modell 3 med anbudskonkurranser mellom ideelle aktører. I varianten av modell 3 der kontrakten direktetildes til NLA, vil incentiver til fagutvikling og innovasjon kunne ivaretas gjennom mekanismer internt i stiftelsen. Stiftelsen har som formål å fremme prehospital akuttmedisin. Modell 2, som medfører et offentlig monopol på tjenesten, vil gi relativt svake incentiver til innovasjon, men modellen vil samtidig legge til rette for at luftambulansetjenesten ses i sammenheng med behov for forskning og fagutvikling i andre deler av sektoren. Til sist synes alle modeller å legge til rette for at det vil være mulig å sikre tilstrekkelig attraktive lønns- og arbeidsvilkår til at man tiltrekker seg kvalifisert personell som kan levere tjenester av høy kvalitet. I etableringsfasen, særlig i modell 2, er det imidlertid en risiko for at det kan bli vanskelig å sikre tilgang på kompetanse på en rask og kostnadseffektiv måte.

7. Juridiske forhold

Både luftfart, herunder luftambulanse, og helserettet virksomhet, herunder den medisinske delen av luftambulansetjenesten, er strengt regulert og ført tilsyn med. Det er ikke identifisert forhold som tilsier at disse kravene vil variere avhengig av valgt modell, og det er heller ikke identifisert rettslige hindringer for valg av de ulike modellene.

Med hensyn til juridiske forhold er spørsmålet dels om det er noen rettslige hindringer for valg mellom de ulike modellene, og dels om det er rettslige forskjeller mellom dem knyttet til ytelser (operativ evne), kostnader, tid, risiko eller andre forhold.

Det er ikke identifisert noen vesentlige forskjeller i rettslige krav til luftambulanses virksomhet mellom en privat, offentlig eller ideell luftambulansmodell.

Til sammenlikning har det tidligere vært diskutert, i anskaffelsen av redningshelikoptre, om det er vesentlige operative fordeler med militær luftfartsregulering og kostnadmessige fordeler med sivil luftfart/statsluftfartsregulering knyttet til logistikk og vedlikehold. Slike forskjeller anses ikke vesentlige for valget mellom de aktuelle modellene.

7.1 Anskaffelsesregelverket

I modell 1 må regelverket for offentlige anskaffelser følges. Dette vil være førende for hvilke krav som kan stilles og tid og omkostninger i gjennomføringen av anskaffelsen. Etter kontraktssignering vil regelverket sette begrensninger i retten til å foreta vesentlige endringer.

For modell 3 må vilkårene for å reservere kontrakter for ideelle aktører være oppfylt. Det ligger utenfor denne utredningen å gå nærmere inn på dette. Det legges til grunn at vilkåret er oppfylt.

For modell 2 vil ikke anskaffelsesregelverket, og dermed ikke begrensningene, gjelde for det staten utfører i egenregi eller utvidet egenregi. Innsatsfaktorer den statlige tjenesteleverandøren i neste omgang må skaffe eksternt, vil imidlertid være gjenstand for anskaffelser, dvs. luftfartøy, logistikk og eventuelt vedlikehold, diverse tjenester og materiell/utstyr (f.eks. renhold, IT-system og support, kjøretøy, verktøy osv). Hangarer og basebygg vil som hovedregel være unntatt anskaffelsesregelverket dersom de leies.

Alle modellene er anskaffelsesrettslig gjennomførbare.

7.2 Valg av organisasjonsform

For modell 2 har ekspertgruppen utredet hvilke organisasjonsformer som er aktuelle sett fra helsetjenestens side og regelverket som styrer organiseringen her. I ekspertgruppens rapport er det vist til at ansvarlig selskap (ANS) og helseforetak (HF) ANS er de aktuelle modellene jf. helseforetaksloven §42,2 jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

Som det fremgår av ekspertgruppens rapport, er det noen forskjeller mellom de aktuelle organisasjonsformene. Disse forskjellene vurderes imidlertid ikke å være vesentlige for valg mellom modellene for den fremtidige luftambulansetjeneten. Valg av organisasjonsform må utredes nærmere før det kan konkluderes endelig om hvilken organisasjonsform som er mest egnet for et statlig luftambulanseselskap dersom modell 2 skulle velges.

Ekspertgruppen har ikke sett på om de organisasjonsformene som er aktuelle for etablering av et statlig luftfartsselskap er egnet til å oppfylle krav etter luftfartsregelverket. Senter i luftfartsvirksomheten vil være det subjektet som er godkjent som operatør av luftfartøyene og har lisens (AoC) til å være operatør. Det stilles en rekke krav, både finansielle og operasjonelle, til dette subjektet. Utgangspunktet er forskrift 12.08.2011 nr 833 om lufttransporttjenester i EØS. Denne inkorporerer lufttransportforordningen (EF 1008/2008) med senere endringer. Selve forskriften definerer «operatør» som «Ethvert selskap som har gyldig lisens eller tilsvarende tillatelse». I forordningen defineres «luftfartsselskap» som et foretak som har gyldig lisens eller tilsvarende. Her benyttes begrepet «foretak». Dette er også definert i forordningen: Enhver fysisk eller juridisk person, uansett om den har et økonomisk formål eller ikke, eller ethvert offentlig organ, uansett om det er et eget rettssubjekt eller ikke. Når det gjelder HF-formen, er vi ikke kjent med at HF har vært benyttet tidligere for et luftfartsselskap, men det synes ikke å være noe i veien for dette.

7.3 Nærmere om overføring av personell ved leverandørbytte

I modell 1 ligger det som premiss å sikre at personell skal kunne overføres ved leverandørbytte. Formålet er å redusere faren for kvalitetstap og driftsavbrudd i forbindelse med leverandørøvergang - dels i tidspunktet mellom tildeling og oppstart for ny leverandør og dels i tiden etter oppstart med ny leverandør der konflikt om det foreligger virksomhetsoverdragelse (og konsekvensene av denne)

kan oppstå. De bakenforliggende årsakene vil være utrygghet hos de ansatte i forkant av konkurransen og overgang til eventuelt ny leverandør og uenighet om lønns- og arbeidsvilkår etter man har blitt med over til ny leverandør. Andre formål som understøttes gjennom et slikt krav er å videreføre verdien i opparbeidet erfaring og kompetanse i en høyt spesialisert tjeneste som luftambulansetjenesten er (f.eks. pilotenes kunnskap om lokale terreng- og værforhold).

Også for modell 2 vil det være aktuelt å stille krav om at et nytt statlig selskap tilbyr ansatte videre arbeid i forbindelse med at staten overtar operasjonen.

Tilsvarende som for modell 2 vil dette gjelde for modell 3 for flyvirksomheten når denne overføres fra en privat til en ideell operatør (gitt at SNLA blir den ideelle leverandøren, overføres ikke helikopteroperasjonen).

Hva som rettslig sett utgjør virksomhetsoverdragelse følger av lov. Grunnen til å stille krav i konkurransen er at det ofte er uklart hvorvidt det vil være virksomhetsoverdragelse i lovens forstand.

Kravene som vil stilles i konkurransen om å tilby ansettelse er kontraktskrav rettet mot leverandøren. De ansattes rettigheter i en slik situasjon – dersom reglene om virksomhetsoverdragelse ikke får anvendelse – vil følge av den ansettelsesavtalen de tilbys og eventuelt det som måtte bli å anse som tredjemannsløfter fra kontrakten mellom virksomhetene.

De ansattes rettigheter kan ikke reduseres gjennom arbeidsavtalen og en avtale mellom kunde og leverandør. Kontraktskravene vil derfor gjelde parallelt med reglene for virksomhetsoverdragelse, dersom overføringen rettslig sett er å anse som en virksomhetsoverdragelse. Det kan med andre ord bli tvist om virksomhetsoverdragelse selv om man har stilt krav om å tilby ansettelse. I praksis vil potensialet for tvist avhenge av hvor like kontraktskravene er reglene om virksomhetsoverdragelse. Dersom kontraktskravet er at virksomhetsoverdragelsesreglene skal følges fullt ut, må det antas at potensialet for tvist er mindre enn om det for eksempel bare kreves at det skal tilbys ansettelse.

Det kan stilles krav om at personell skal tilbys ansettelse. Hvor langt retten til å stille slike krav vil gå begrenses imidlertid av anskaffelsesrettens krav til saklig sammenheng med ytelsens art. Dette må vurderes konkret.

Krav om å tilby ansettelse reduserer i konkurransesituasjonen usikkerhet som både er der for personellet og tilbyderne med hensyn til om virksomhetsoverdragelse i lovens forstand foreligger.

Et kontraktskrav om tilbud om ansettelse fjerner imidlertid ikke all usikkerhet for ansatte og tilbydere. Hovedutfordringen er at den som byr ikke på forhånd vil vite hvilke kostnader man forplikter seg til. For eksempel vil tilbyder ikke på dette tidspunktet vite hvor mange ansatte som vil bli med (de kan avslå tilbudet eller reservere seg mot overføring for det tilfellet overføringen er å anse som en virksomhetsoverdragelse etter loven), personellens alderssammensetning, ansiennitet og kompetanse osv. For de ansatte vil vernet man får mot endrede vilkår ikke være absolutt; det kan avhenge av for eksempel individuelle avtaler, utstrekningen av arbeidsgivers styringsrett og tariffsituasjonen.

For eksisterende tilbyder vil det kunne være konkurransesensitivt å oppgi informasjon de nye tilbyderne ønsker for å kunne gi informerte tilbud. Skal man oppgi slik informasjon, må staten ha et grunnlag for å hente den ut, for eksempel i utgående kontrakt. Videre må informasjonen man vil gi andre holde seg innenfor rammene av taushetsplikt og personvernregelverket. Som det ble gjort i anskaffelsen av helikoptertjenester til Tromsø og Svalbard, kan staten eventuelt opptre som mellommann som mottar informasjonen og justerer tilbudene basert på forskjellene i antagelser tilbyderne har lagt til grunn og faktiske forhold.

Om lovens regler for virksomhetsoverdragelse får anvendelse ved siden av slike kontraktskrav, er en konkret helhetsvurdering, men sentralt står:

- Overtar ny operatør helikoptrene? Merk at eierskap ikke er avgjørende. Overtakelse av leieforhold er likestilt.
- Skal ny operatør bruke de samme basefasiliteter (hangarer osv.)?
- Overtar ny operatør en, etter andel og kvalifikasjoner, ikke ubetydelig antall ansatte? Merk at det er uten betydning om overtakelse skjer gjennom direkte tilbud eller at de får jobbene etter ordinær utlysning og konkurranse om stillingene.

Merk at et krav om å tilby ansettelse vil være et moment i retning av at det foreligger virksomhetsoverdragelse. Det er med andre ord en sammenheng mellom reglene om virksomhetsoverdragelse og krav til overføring av personell i kontrakt, fordi resultatene av kravene man stiller i neste omgang inngår i vurderingen av om kriteriene for virksomhetsoverdragelse er oppfylt.

Dersom overdragelsen er en virksomhetsoverdragelse i lovens forstand, vil alle ansatte som er knyttet til den virksomheten som overføres ha rett til fortsatt ansettelse i virksomheten (hos den nye arbeidsgiveren). Alle ansatte har likevel en rett til å

reservere seg mot dette (fratre stillingen), og de har i noen tilfeller også en rett til å fastholde ansettelsesforholdet hos eksisterende arbeidsgiver (valgrett). Merk at dette ikke kan være en konsekvens dersom overføring skjer kun som et resultat av kontraktkravene, ikke etter reglene om virksomhetsoverdragelse. Det er bare dersom reglene om virksomhetsoverdragelse får anvendelse at den ansatte kan henvises til å bruke reservasjonsretten og en eventuell valgrett. I kontraktkravtilfellene må den ansatte gis et tilbud om ansettelse, og vedkommende kan avslå dette uten umiddelbare konsekvenser for eksisterende ansettelsesforhold. Den ansatte har da fortsatt sitt stillingsvern i behold hos eksisterende arbeidsgiver.

Reglene om virksomhetsoverdragelse krever at lønns- og arbeidsvilkår videreføres hos nye arbeidsgiver, eller rettere sagt: de har samme vern mot ensidige endringer som de hadde hos eksisterende arbeidsgiver. I dette ligger også at dersom det ligger innenfor eksisterende arbeidsgivers styringsrett å ensidig avvikle eller endre ansattgoder, så kan også ny arbeidsgiver gjøre slike ensidige endringer.

Adgangen til slike endringer reguleres av alminnelige prinsipper for arbeidsgivers styringsrett. Svært forenklet sagt kan en arbeidsgiver for det første ikke endre lønns- og arbeidsvilkår som er genuint avtalt. Merk i den anledning at den omstendighet at noe er tatt inn i arbeidsavtalen ikke i seg selv innebærer at vilkåret anses avtalt. Det har sammenheng med lovens krav til innholdet i en arbeidsavtale, som medfører at flere punkter i en arbeidsavtale må anses som ren informasjon.

For det andre kan ikke arbeidsgiver ensidig endre lønns- og arbeidsvilkår som særpreger, definerer eller er vesentlige for arbeidsforholdet.

For det tredje kan ikke arbeidsgiver ensidig endre lønns- og arbeidsvilkår dersom kommunikasjonen om disse innebærer at arbeidsgiver må sies å ha frasagt seg endringsadgangen.

Selv om det ikke foreligger adgang til ensidig endring etter den alminnelige lære, inneholder reglene om virksomhetsoverdragelse to særskilte regler som kan gi ensidig endringsadgang: For det første kan ny arbeidsgiver innlemme arbeidstakerne i eventuell eksisterende kollektiv pensjonsordning, selv om den skulle være dårligere enn hos eksisterende arbeidsgiver. Hvis et selskap i modell 2 er et ANS eller AS, er utgangspunktet at det ikke foreligger særskilte krav til type pensjonsordning. Et slik selskap kan således lovlig ha en minimum innskuddsordning. Hvis selskap i modell 2 er et HF, vil utgangspunktet være at ansatte i HF skal ha offentlig tjenestepensjon i KLP.

Merk kravet til at ordningen allerede skal eksistere hos ny arbeidsgiver. Unntaket er antakeligvis ikke anvendelig dersom det ikke er etablert ordninger i det nye selskapet før overføringen. Hvis selskapet ikke har en eksisterende kollektiv pensjonsordning (nystartet selskap), må antakeligvis tidligere arbeidsgivers pensjonsordning i utgangspunktet videreføres (hvis det ikke er rettslige hindringer for det). En eventuell endring av pensjonsordning vil følge alminnelige prinsipper for endringsadgang, jf. ovenfor. Avhengig av den nærmere pensjonskonstellasjonen kan også andre løsninger være aktuelle, typisk lukkede ordninger. For et HF vil pensjonsordning i KLP antakeligvis i praksis bli ordningen, uavhengig av om HF'et er nystartet eller ikke.

For det andre kan ny arbeidsgiver som hovedregel reservere seg mot tariffavtaler hos eksisterende arbeidsgiver. I den forbindelse kan ny arbeidsgiver gjøre tariffavtaler, som eventuelt allerede gjelder i virksomheten, gjeldende for de overførte ansatte som er medlemmer i den aktuelle arbeidstakerorganisasjonen og som omfattes av tariffavtalens virkeområde. Som et utgangspunkt vil da lønns- og arbeidsvilkår som strider mot tariffavtalen falle bort etter alminnelige tariffrettslige prinsipper for disse, og de vil erstattes av tariffavtalens regulering. Dette kan skje allerede på overføringstidspunktet, med mindre praksis i det aktuelle tariffområdet tilsier noe annet (for eksempel at avtaler ikke gjøres gjeldende før utløpet av nåværende avtale). I praksis er endring og bortfall på dette grunnlaget mest aktuelt for arbeidstid og ulike tilleggsgoder (som for eksempel ulike lønnstillegg, forsikringsordninger osv.). Det vil nok sjelden være adgang til å sette ned ordinær lønn på det grunnlag at det strider mot tariffavtalen.

I de tilfeller ny arbeidsgiver reserverer seg mot tariffavtale, uten at noen ny blir gjort gjeldende for arbeidstakeren, skal individuelle lønns- og arbeidsvilkår opprettholdes til utløpet av den tariffavtalen ny arbeidsgiver har reservert seg mot. Etter dette tidspunktet må spørsmålet om endringer løses etter de alminnelige prinsipper for endring, som redegjort for ovenfor.

Når det gjelder lønnsutviklingen fremover – etter overføring til ny arbeidsgiver – er det en konsekvens av reglene om virksomhetsoverdragelse at ansiennitet fra tidligere arbeidsgiver skal regnes med i alle sammenhenger den har betydning. Hvorvidt den har betydning for lønnsutviklingen, avhenger av hva som følger av eventuell tariffavtale eller på annen måte gjeldende retningslinjer for lønnsfastsettelse er hos ny arbeidsgiver. Dersom de overførte arbeidstakerne kommer inn i virksomheten med et betydelig høyere lønnsnivå enn sammenlignbare ansatte hos ny

arbeidsgiver, vil nok de fleste lønssystemer ha mekanismer som gir mulighet for en gradvis utjevning over tid.

7.4 Retten til å ombestemme seg – bruk av forbehold ved reservasjon for ideelle aktører

Dersom man ønsker å reservere kontrakten for ideelle leverandører, vil dette skje gjennom en kontrakt med den ideelle. For å motvirke ev. monopol/innelåsingeffekter er det her ingenting i veien for å etablere både mekanismer som sammenlikner kvalitet og pris med for eksempel andre operatører eller en type "ideell luftambulanssevirkosomhet". Dette kan kombineres med kontrollmekanismer som selvrappotering, "åpen bok" og ekstern revisjonsrett. Basert på fastsatte kostnads- og kvalitetsindikatorer, eller basert på statens skjønnsmessige vurderinger, kan staten bestemme seg for – etter en minsteperode – å endre modell dersom den ideelle viser seg å avvike fra for eksempel kvalitets- og prismål. Det kan her for eksempel legges inn faste revisjonspunkter med en passende frekvens.

7.5 Arbeids- og hviletid

Det anses ikke å være noen forskjell mht. krav til arbeids- og hviletid etter luftfartsregelverket mellom de aktuelle modellene i seg selv. Den tariffavtaleregulering som selskapene er i – eller blir omfattet av – kan imidlertid innebære faktiske ulikheter.

8. Samlet vurdering av risiko

Av de foreslåtte alternativene til dagens organisering fremstår modell 2, med drift i offentlig regi, å innebære høyest risiko. Generelt vil det være betydelige økonomiske risikofaktorer knyttet til å etablere nye organisasjonsmodeller, med potensielt dyre avbøtende tiltak. Risikoen er videre relatert til å sikre tilgang til kompetent personell og operativt materiell, samt styring av den flyoperative virksomheten både med hensyn til utvikling av tjenesten, fagutvikling og innovasjon.

Risiko knyttet til de ulike modellene er beskrevet i de foregående kapitlene om konsekvenser. Risikofaktorene som er identifisert knytter seg i hovedsak til forhold som kan gi enten økonomiske eller beredskapsmessige konsekvenser. Risikofaktorer som kan gi utslag i beredskapsmessige konsekvenser vil kunne kompenseres gjennom økt bruk av ressurser. Vi understreker derfor at risikofaktorene beskrevet nedenfor ikke nødvendigvis vil måtte gi utslag i redusert beredskap eller kvalitet, men heller i økte kostnader som følge av kompenserende tiltak som innføres.

Vi har identifisert risikoelementer knyttet til følgende forhold:

- Beredskap – Forsinkelser i etableringsfasen
- Beredskap – Uro i forbindelse med anbudsprosesser og operatørbytter
- Styring, oppfølging og kontroll
- Kvalitet i tjenesten – fornyelse av materiell over tid
- Kostnadseffektivitet
- Innovasjon og fagutvikling

De enkelte risikofaktorene er nærmere beskrevet i det følgende.

Beredskap – tilgang på kompetanse og fremdrift i etableringsfasen

Risikoelementene knyttet til kvalitet og beredskapsmessige forhold er beskrevet utfyllende i kapittel 6. Etter vår vurdering er det vesentlige risikofaktorer knyttet til å etablere eventuelle nye modeller for organisering av tjenesten. I tillegg til at de ulike modellene stiller krav til at det rekrutteres spesialisert kompetanse, vil det også måtte fattes en rekke beslutninger som vil kunne forsinke prosessene.

Dagens modell og modell 1 vurderes på dette området å ha liten risiko. Tilgangen på kompetanse skaffes gjennom operatørene, og ettersom markedet anses å være relativt velfungerende, vil det i dagens modell og modell 1 kunne forventes flere tilbydere også i fremtiden.

I **modell 2** anses risikoen å være høy i overgangen til ny modell, selv om deler av den vil kunne være påvirkbar. Dersom en for eksempel kjøper en allerede eksisterende aktør, vil risikoen reduseres fordi funksjonene allerede vil ligge i virksomheten. Risikoen vil imidlertid ikke være helt eliminert ved en slik beslutning, fordi i) denne muligheten avhenger av at det faktisk finnes en slik aktør i markedet som kan bli kjøpt opp og ii) en må lykkes med å få overdratt de ansatte med tilhørende kompetanse etter et oppkjøp. I tillegg må et eventuelt oppkjøp av en eksisterende aktør, og virkningen dette har på redusert risiko, veies opp mot eventuelle økte kostnader et slikt valg vil medføre. Et annet mulig risikoreduserende tiltak kan være å outsource deler av funksjonene, for eksempel vedlikehold, til private aktører. Dette vil også kunne redusere den spesifikke risikoen i modell 2.

Uavhengig av innretningen av modell 2 anses risikoen å være betydelig. Sannsynligheten for at utfordringer ved å få tilgang til kompetanse vil oppstå for et nyetablert statlig flyselskap anses å være høy, med tilhørende store konsekvenser. Det må også fattes en rekke viktige beslutninger i forbindelse med etableringen. Dette vil kunne være krevende å få avklart og innebærer etter vår vurdering høy risiko for forsinkelser. Konsekvensene av disse faktorene vil kunne bli alvorlige i form av redusert beredskap eller kostbare overgangsperioder der en må forlenge nåværende avtaler parallelt med en tid- og ressurskrevende etableringsprosess.

I **modell 3** anses risikoen å være moderat ettersom det finnes ideelle aktører med tilgang på relevant kompetanse. Imidlertid finnes det per i dag ikke ideelle aktører som leverer en komplett tjeneste (både fly og helikopter) slik det er behov for i Norge. I modell 3 kan man imidlertid kontraktfeste behovene for tjenesten og deretter enten gjennomføre en anbudskonkurranse blant ideelle eller undersøke muligheten for direktetildeling. Det vil også kunne stilles krav til dokumentasjon av en plan for å anskaffe kompetansen som kan redusere risikoen sammenlignet med modell 2.

Beredskap – uro i forbindelse med anbudsprosesser og operatørbytter

Som beskrevet i kapittel 6 har det tidligere oppstått usikkerhet og uro i forbindelse med anbudsprosesser

og operatørbytter, som innebærer utfordringer med å opprettholde beredskap i overgangsperiodene.

En videreføring av **dagens modell** vil ikke innebære endringer på dette området. Vår vurdering er at risikoen er moderat i dagens modell, ettersom det kun har vært enkelttilfeller der beredskapen synes å ha blitt utfordret i forbindelse med operatørbytter. Videre er bytte av operatør vanlig på flere andre områder innenfor luftfarten uten at flysikkerhet og beredskap synes å påvirkes i stor grad.

I **modell 1** vurderes krav om virksomhetsoverdragelse og at det kontraktfestes hvordan tjenesten skal overføres til en eventuell ny operatør, herunder gradvis overtakelse base for base, i betydelig grad å bidra til risikoreduksjon.

I **modell 2** vurderer vi at risikoen for redusert beredskap i forbindelse med operatørbytter i praksis vil bli eliminert når modellen først er etablert.

Tilsvarende vil det i **modell 3** i varianten med direktetildeling unngås utfordringer knyttet til operatørbytter i senere faser når modellen først er etablert. I varianten der man gjennomfører anbudskonkurranser forbeholdt ideelle aktører vil risikoen i praksis bli som i modell 1.

Styring, oppfølging og kontroll

De overordnede målene for spesialisthelsetjenesten er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester, og at ressursene skal utnyttes best mulig.

Luftambulansetjenesten er avgjørende for effektiv behandling ved tidskritiske tilstander og følger et viktig virkemiddel for å nå helsepolitiske mål. Det er derfor viktig at organiseringen av tjenesten understøtter de overordnede målene.

Spesialisert behov for kompetanse, kombinert med kompliserte styringslinjer, medfører en risiko for at man ikke i tilstrekkelig grad klarer å følge opp og styre luftambulansetjenesten. Dette kan igjen medføre at man ikke klarer å se luftambulansetjenesten tilstrekkelig i sammenheng med de øvrige delene av spesialisthelsetjenesten og sikre et riktig forhold mellom kostnader og kvalitet.

I **dagens modell** benyttes anbudskonkurranser der man styrer gjennom bruk av avtaler knyttet til blant annet kostnadsnivå, materiell, innredning, utstyr, beredskap og responstid. Tjenestene som skal leveres er i stor grad observerbare og målbare, og på den måten egnet til å styres gjennom kontrakter. Styringsformen krever imidlertid betydelig ressursbruk i forbindelse med anbudskonkurransene. I den grad man ikke klarer å spesifisere ønskede tjenester godt nok, er det risiko for at man får en tjeneste med feil kvalitetsnivå. Ved behov for justeringer av

kvalitetsnivå innenfor kontraksperiodene er det en risiko for at dette også kan bli kostbart.

I **modell 1** vil den overordnede styringsstrukturen være som i dagens modell. Foreslåtte tiltak for å styrke LAT HF og øke kvaliteten vil imidlertid legge til rette for bedre styring, oppfølging og kontroll med tjenesten.

I **modell 2** vil behovet for styring, oppfølging og kontroll ivaretas gjennom hierarki og arbeidsgivers styringsrett over egne arbeidstakere. Organisering i offentlig regi gir mulighet for kontinuerlig styring. Imidlertid vil oppfølgingen kunne være krevende ettersom luftambulansetjenester og luftfart generelt er komplekst og ligger utenfor helseforetakenes og Helse- og omsorgsdepartementets kjernevirksomhet. Til dels tunge investeringer ved innføring av nytt materiell kan også gi langvarige beslutningsprosesser og ineffektiv styring.

I **modell 3** vil man som i dagens modell styre gjennom kontrakter. I varianten der man gjennomfører konkurranse mellom ideelle aktører vil risikovurderingene være tilsvarende som for modell 1. I varianten der man direktetildeler til SNLA oppstår noen tilleggsutfordringer knyttet til at stiftelsen i praksis vil få monopol. En ideell stiftelse, som ikke har samme type avkastningskrav som rent kommersielle selskaper, og som har til dels sammenfallende interesser med helsetjenesten gjennom formålsparagrafer og vedtekter, kan imidlertid tenkes å være lettere å følge opp.

Kvalitet i tjenesten – fornyelse av materiell over tid

Både ekspertgruppen og flere av våre informanter fremhever at Norge har en av verdens beste luftambulansetjenester. Ekspertgruppen har også hatt som utgangspunkt at man i Norge har bygget opp en luftambulansetjeneste i verdensklasse. Det er i rapporten også beskrevet hvordan anbudskonkurransene har gjort det mulig å stille nye krav og heve kvaliteten på materiell og utstyr over tid.

Endringer i organiseringen av luftambulansetjenesten innebærer at styringsmekanismer og insentiver til kvalitetsforbedring og fornyelse av materiell over tid endres. Dette medfører en risiko for at man ikke får en ønsket kvalitetsutvikling og fornyelse av materiell.

I **dagens modell** sikres kvalitetsforbedringer gjennom de krav som stilles til ytelse i anbudskonkurransene, samt hvordan kvalitet vektlegges i tildelingskriteriene. Modellen legger dermed til rette for at det offentlige kan styre utviklingen av tjenesten og sikre fornyelse av materiell med jevne mellomrom. Risikoen i denne modellen vurderes derfor å være lav og knytter seg først og fremst til at det kan være kostbart å få

gjennomført endringer og fornyelse av materiell utenom anbudskonkurransene.

I **modell 1** vil de overordnede mekanismene for å styre utvikling av tjenesten og fornyelse av materiell være den samme som i dagens modell. Risikoen for å ikke oppnå en ønsket utvikling av kvalitet og fornyelse av materiell vurderes derfor også for denne modellen som lav.

I **modell 2** vil man ikke stille krav til utvikling i kvalitet og fornyelse av materiell i forbindelse med anbudprosesser. Som blant annet beskrevet i ekspertgruppens rapport, vil luftambulansetjenesten i offentlig drift måtte konkurrere om investeringsmidler på samme måte som spesialisthelsetjenesten for øvrig. Finansiering av nytt materiell må til enhver tid prioriteres i konkurranse med andre formål. Modellen vurderes derfor å ha en betydelig risiko for at fornyelse av materiell ikke vil bli prioritert på samme måte som i dagens modell. Dette gjelder særlig også fordi luftambulansetjenesten er en svært spesialisert og kostbar virksomhet som til dels krever en annen type kompetanse enn i spesialisthelsetjenesten og ambulansetjenestene for øvrig.

I **modell 3** vil varianten med konkurranse mellom ideelle aktører i praksis gi samme vurderinger som modell 1. Varianten med direktetildeling til stiftelsen vil innebære en monopolsituasjon innenfor luftambulansetjenesten i Norge, som normalt gir begrensede insentiver til kvalitetsforbedringer og fornyelse av materiell. Utvikling av tjenesten ligger imidlertid i stiftelsens formål og det antas at insentiver til dette vil ivaretas av mekanismer internt i selskapet. Risikoen i denne modellen er etter vår vurdering snarere at stiftelsen får legge premisser for utvikling av tjenesten på en måte som gir overinvesteringer i kvalitetsforbedringer og fornyelse av materiell på bekostning av andre gode formål. Denne bekymringen er også løftet frem i ekspertgruppens drøftinger av fordeler og ulemper med de ulike modellene.

Kostnadseffektivitet

Anbudskonkurranser har, slik det er beskrevet i ekspertgruppens rapport, bidratt til effektiv drift og et forutsigbart kostnadsbilde innenfor kontraktsperiodene. Videre, som beskrevet i kapittel 5, vil et anbudsregime normalt gi operatørene sterke insentiver til å innrette tjenesten mest mulig kostnadseffektivt for å nå frem i konkurransen. Anbudskonkurransene bidrar også til å sikre et riktig forhold mellom pris og kvalitet.

Endringer i organiseringen av luftambulansetjenesten innebærer at insentiver til kostnadseffektivitet kan endres. Dette medfører en risiko for at man over tid får en mindre kostnadseffektiv tjeneste.

I **dagens modell** ivaretas insentivene til kostnadseffektiv drift gjennom jevnlig anbudskonkurranser der pris er en viktig parameter for å kunne vinne. Anbudsregimet er velegnet til å fremme kostnadseffektivitet, og risikoen for redusert kostnadseffektivitet er i denne modellen liten.

I **modell 1** videreføres anbudsregimet som i dagens modell, og risikoen vurderes derfor også her som liten. Som beskrevet i kapittel 5 vil imidlertid krav knyttet til virksomhetsoverdragelser kunne svekke konkurransen noe. Vi vurderer derfor risikoen noe høyere i modell 1 enn i dagens modell.

Modell 2 vil innebære at det offentlige får monopol på drift av luftambulansetjenester i Norge. Uten anbudskonkurranse bortfaller viktige insentiver til effektivisering av driften og dette medfører etter vår vurdering en betydelig risiko for redusert kostnadseffektivitet i tjenesten.

I **modell 3** vil varianten med anbudskonkurranser legge til rette for insentiver til kostnadseffektivisering på samme måte som i modell 1. Risikoen vurderes likevel som større ettersom det vil være færre potensielle tilbydere i markedet. Varianten med direktetildeling til SNLA vil som i modell 2 innebære en monopolsituasjon. Når anbudskonkurranser ikke lenger er aktuelt, mister man også insentivene til regelmessig gjennomgang av tjenesten, noe som innebærer risiko for svakere insentiver til kostnadseffektivisering. Risikoen i denne varianten vurderes likevel som lavere enn i modell 2, ettersom det alltid vil kunne være en reell mulighet å gå tilbake til et rent anbudsregime. Dette vil kunne disiplinere den ideelle aktøren.

Innovasjon og fagutvikling

Norge har i dag en luftambulansetjeneste i verdensklasse. Anbudskonkurranser har som beskrevet i ekspertgruppens rapport bidratt til å drive fram innovasjon og heve kvaliteten i tjenesten. Det er likevel også viktig at fagutvikling og innovasjon innenfor luftambulansetjenesten ses i sammenheng med behovene i helse- og omsorgssektoren som helhet.

Endringer i organiseringen av luftambulansetjenesten innebærer at insentiver til innovasjon kan endres, og medfører en risiko for at man over tid får et mindre riktig nivå på ressursbruk knyttet til innovasjon og fagutvikling.

I **dagens modell** bidrar anbudskonkurransene til å legge til rette for et hensiktsmessig forhold mellom pris og kvalitet. Konkurranse mellom aktører vil stimulere til innovasjon og forbedringer fordi dette øker sjansene for å vinne frem i anbudskonkurranser. Når en kontrakt først er vunnet, vil en rent kommersiell aktør imidlertid kunne ha begrensede insentiver til

innovasjon innenfor kontraktperioden. Dette vurderes likevel som underordnet, og risikoen for å ikke kunne realisere et riktig nivå på ressursbruk knyttet til fagutvikling og innovasjon synes derfor i denne modellen å være liten.

I **modell 1** videreføres anbudsregimet og insentiver til innovasjon vil i all hovedsak være de samme som i dagens modell. Risikoen vurderes derfor også her som liten.

Modell 2 vil innebære et offentlig monopol, som i utgangspunktet gir begrensede insentiver til innovasjon. Det er også en fare for at SNLA ikke i like stor grad vil kunne bidra dersom de ikke selv har operatøransvaret. Modellen vil kunne legge til rette for at innovasjon og fagutvikling innenfor luftambulansetjenesten i større grad ses i sammenheng med øvrige deler av tjenesten, men vi vurderer likevel risikoen som betydelig.

Modell 3 vil i varianten med konkurranse mellom ideelle aktører i praksis gi samme vurderinger som i modell 1. Varianten med direktetildeling til stiftelsen vil innebære en monopolsituasjon innenfor luftambulansetjenesten i Norge, som normalt gir begrensede insentiver til innovasjon og fagutvikling. Innovasjon og utvikling er imidlertid en del av stiftelsens formål, og insentiver til innovasjon vil trolig ivaretas av mekanismer internt i selskapet. SNLA har historisk også vært en viktig bidragsyter når det gjelder innovasjon, forskning og utvikling innen luftambulansetjenesten. Risikoen vurderes derfor som svært liten.

Oppsummering av risiko

Viktige risikofaktorer for driften av luftambulansetjenesten er felles i alle modeller. Av risikofaktorene som kan påvirkes av valg av modell fremstår modell 2 med drift i offentlig regi samlet sett å innebære høyest risiko. På den positive siden sikrer modellen at man unngår uro og fare for redusert beredskap i forbindelse med fremtidige anbudsrunder og operatørbytter. På den negative siden ser vi imidlertid betydelig risiko knyttet til forsinkelser i etablering av en slik modell som potensielt kan bli svært kostnadskrevende. Det er betydelig risiko knyttet til å sikre tilgang til kompetent personell, og utfordringer ved å kunne sørge for god styring av den flyoperative virksomheten både med hensyn til utvikling av tjenesten, fagutvikling og innovasjon.

Uten anbudskonkurranse bortfaller også viktige insentiver til effektivisering av driften, og det er risiko for at driften kan bli mindre kostnadseffektiv. Det er også en risiko for at et offentlig monopol vil lede til mindre innovasjon og i mindre grad fornyelse av materiell over tid.

Modell 1 og 3 vurderes samlet sett å innebære lavere risiko enn modell 2. Modell 1 og 3 vurderes å ha relativt like risikoprofiler, men med enkelte nyanser. Modell 3 med direktetildeling vil langt på vei eliminere risiko knyttet til uro og redusert beredskap i forbindelse med operatørbytter, men vil samtidig ha noe høyere risiko enn modell 1 med hensyn til fare for forsinkelser ved etablering. Det kan heller ikke utelukkes at direktetildeling og monopol på tjenesten over tid vil kunne gi en mindre kostnadseffektiv drift.

Tabell 8-1 oppsummerer våre vurderinger av risiko i de ulike modellene.

Tabell 8-1 Samlet risikovurdering

Risikofaktor	Dagens modell	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Beredskap – tilgang på kompetanse og forsinkelser i etableringsfasen	Green	Green	Red	Yellow
Beredskap – uro i forbindelse med anbudsprosesser og operatørbytter	Yellow	Yellow	Green	Green
Styring, oppfølging og kontroll	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Kvalitet i tjenesten - fornyelse av materiell over tid	Green	Green	Orange	Green
Kostnadseffektivitet	Green	Green	Red	Yellow
Innovasjon og fagutvikling	Green	Green	Orange	Green

Risiko

Høy
Moderat
Lav

9. Oppsummering

Vår utredning om luftambulansetjenesten tyder på at selv om tilsvarende høy kvalitet trolig kan oppnås i alle de foreslåtte modellene, vil kostnaden kunne variere betydelig. Analysen indikerer at modell 1 (anbudsregime) gir den laveste forventede kostnaden, etterfulgt av henholdsvis modell 3 (ideell regi) og modell 2 (offentlig regi). Forventede kostnadsforskjeller skyldes primært mulige effektivitetsgevinster ved konkurranse, særlig som følge av at konkurransedyktige operatører vil kunne ha fortrinn gjennom bedre utnyttelse av luftfartøy og mer fleksibilitet i driften.

Som beskrevet av ekspertgruppen og underbygget av helseforetakene og de øvrige informantene i denne utredningen, har Norge en av verdens beste luftambulansetjenester. Vår vurdering er at det trolig vil være mulig å opprettholde denne høye kvaliteten innenfor alle de foreslåtte modellene. Kvaliteten i tjenesten vil i stor grad avhenge av myndighetenes prioriteringer og generelle ressursbruk – ikke valget av organisering.

De mest sentrale forutsetningene for å kunne ivareta kvalitet i tjenesten vil i alle modellene være underlagt offentlig kontroll. Det stilles strenge krav til kompetansen hos medisinsk personell og redningsmannskap, og krav til beredskap og reservekapasitet vil i alle modeller fastsettes av myndighetene.

Valg av organisering for luftambulansetjenesten forventes derfor i seg selv ikke å medføre forskjeller knyttet til kvaliteten i tjenesten. Luftfartssektoren er også svært gjennomregulert, og uavhengig av modell må operatør(e) av luftambulansetjenesten overholde samme regelverk og krav. Flysikkerhet antas derfor å kunne ivaretas på lik linje i alle modeller. Kvaliteten på tjenesten, herunder beredskap og reservekapasitet, avhenger derfor først og fremst av myndighetenes prioriteringer og vilje til ressursbruk.

Modell 2, med drift i offentlig regi, vil imidlertid kunne medføre høyere kostnader for å ivareta behovet for særlig reservekapasitet sammenlignet med modellene basert på anbudsregimer hvor utnyttelse av stordriftsfordeler i større grad muliggjøres. Modell 2 vurderes samtidig å ha den høyeste risikoen med hensyn til å sikre kontinuitet i tjenesten i etableringsfasen, men vil samtidig, i likhet med

modellen der man direktetildeler oppdraget til NLA, gjøre at man unngår fremtidig risiko forbundet med operatørbytter.

Med hensyn til fagutvikling og innovasjon skjer mye uavhengig av valget av modell, hvor den flytekniske utviklingen i hovedsak drives av de store internasjonale produsentene, og medisinsk forskning og utvikling skjer som en del av sykehusenes hovedformål. I Norge har også SNLA, som beskrevet av ekspertgruppen, bidratt med innovasjon, forskning og utvikling innen prehospitalet akuttmedisin samt på det flyoperative og redningstekniske området.

Utover dette vil modell 1 med anbuds konkurranser normalt gi gode insentiver til innovasjon og utvikling av tilbudet dersom dette vektlegges i anbudsprosessene. Anbudskonkurransene har, som beskrevet av ekspertgruppen, også tidligere bidratt til å drive frem innovasjon og nye løsninger som har hevet kvaliteten og gitt mer effektiv drift. Lignende virkninger kan trolig også oppnås i modell 3 med anbuds konkurranser mellom ideelle aktører. I varianten av modell 3 der kontrakten direktetildes til NLA, vil insentiver til fagutvikling og innovasjon kunne ivaretas gjennom mekanismer internt i stiftelsen. NLA har som formål å fremme prehospitalet akuttmedisin, og har historisk også vist evne til å bidra til fagutvikling og innovasjon. Modell 2, som medfører et offentlig monopol på tjenesten, vil gi relativt svake insentiver til innovasjon, men modellen vil samtidig legge til rette for at luftambulansetjenesten ses i sammenheng med behov for forskning og fagutvikling i andre deler av sektoren.

Ansattes lønns- og arbeidsvilkår er også viktig for å sikre tilgang på kvalifisert personell som gir robusthet og ivaretar behovet for beredskap i tjenesten. Mannskapene som benyttes i den flyoperative tjenesten (piloter, flyteknikere og redningsmenn) har spesialisert kompetanse med personlige sertifikater og utgjør knappe og kostbare ressurser. Lønnsnivået på området er generelt høyt sammenlignet med andre sektorer og knappheten på ressurser innebærer at man uavhengig av modell er nødt til å tilby konkurransedyktige betingelser for å kunne tiltrekke seg kvalifisert personell. Alle de foreslåtte modellene vil slik vi ser det legge til rette for økt trygghet og mer forutsigbarhet for ansattes lønns- og arbeidsvilkår. Vi vurderer derfor at det innenfor rammene av alle modellene kan sikres tilstrekkelig attraktive lønns- og arbeidsvilkår til at man tiltrekker seg kvalifisert personell som kan levere tjenester av høy kvalitet og ivareta beredskapsbehovet. Det er imidlertid særlig i etableringsfasen for modell 2 en risiko for at dette

kan bli utfordrende å få på plass raskt og kostnadseffektivt.

Selv om det vil være mulig å oppnå tilsvarende god kvalitet i alle de foreslåtte modellene, vil kostnadene kunne variere betydelig. Å drive et flyselskap krever en lang rekke funksjoner, kompleks infrastruktur og personell med svært spesifikk kompetanse. Det kan derfor forventes kostnadsforskjeller som følge av valgt organisering, særlig grunnet ulike muligheter til å oppnå effektivitetsgevinster ved konkurranse og/eller stordriftsfordeler. Erfarne operatører med konkurransedyktige organisasjoner vil kunne ha betydelige fortrinn grunnet deres evne til å utnytte kapasitet, samtidig som de sikrer høy tilgjengelighet og har tilgang til materiell og reservedeler. Andre kilder til effektivitet er fleksibilitet i driften og muligheten til å kombinere roller og slik ha behov for færre årsverk, men likevel oppnå nødvendig kapasitet.

I modell 1, der dagens anbudsregime videreføres, men med krav til virksomhetsoverdragelse, forventes det, som i dag, at konkurranse om kontraktene sikrer at den mest konkurransedyktige leverandøren tildeles operatøransvaret. I modellen vil en også gjennom kontrakter kunne sørge for en relativt forutsigbar kostnadsutvikling, med andre ord lav økonomisk risiko. Fordi det imidlertid er foreslått endringer som kan komme til å svekke konkurransen sammenlignet med dagens situasjon, herunder krav om virksomhetsoverdragelse, forventes en kostnadsøkning sammenlignet med nullalternativet på cirka 2–10 prosent.

Å drifte en luftambulansetjeneste (og flyselskap generelt) er svært komplekst og krever en viss skala for å kunne skje lønnsomt, og effektene av mulige konkurransefortrinn kan trolig være relativt betydelige sammenlignet med på andre tjenesteområder. Vi forventer at kostnadene i modell 2 vil være vesentlig høyere enn i dagens modell, også i scenarioene der en lykkes relativt godt i tilgangen på kompetanse,

infrastruktur og etablering. Erfaringer fra sammenlignbare tjenester og andre land indikerer at det for en mindre konkurranseeksponert aktør vil være behov for større antall ansatte, høyere kostnad per årsverk og svakere utnyttelse av infrastruktur. Samlet tyder våre analyser på at kostnadene modell 2 vil kunne forventes å være 25–55 prosent høyere enn i dagens modell.

Videre fremgår det av vår informasjonsinnhenting at det er betydelig risiko i modell 2 knyttet til for eksempel i) forsinkelser i etableringsfasen, ii) Vanskeligheter med å rekruttere kritisk kompetanse raskt og kostnadseffektivt og iii) generelt behov for overskuddskapasitet grunnet dårligere mulighet til å utnytte flyflåten. Disse risikofaktorene vil kunne gjøre at kostnadene i modell 2 øker ytterligere. Det er derfor viktig at beslutningstakere både tar hensyn til den forventede kostnadsøkningen i modell 2, men også den økonomiske risikoen ved at endrede forutsetninger kan medføre en svært kostbar overgangsperiode eller betydelig høyere løpende driftskostnader. Selv om kvaliteten trolig kan opprettholdes i modell 2, kan modellen potensielt innebære kraftige kostnadsøkninger og store administrative konsekvenser.

Vår vurdering av modell 3, der en ideell aktør har operatøransvaret, er at de økonomiske og administrative konsekvensene vil ligge et sted mellom modell 1 og 2. Dersom en i modell 3 legger til rette for anbudskonkurranser reservert for ideelle, vil kostnadsutviklingen trolig ligne på det som forventes i modell 1 (under forutsetning av at konkurransen blant ideelle er velfungerende). Ved en direktetildeling forventes det derimot at kostnadsutviklingen over tid vil være nærmere forventningen i modell 2. Samlet anslår vi at den forventede kostnadsøkningen i modell 3 sammenlignet med nullalternativet utgjør om lag 15–30 prosent. Størrelsen på kostnadsøkningen vil avhenge i stor grad av hvilke kontrollmekanismer og muligheter for disiplinering som finnes i en modell med en ideell operatør.

10. Referanser

- Danish Air Ambulance, 2023. *Collaborations*. [Internett]
Available at: <https://www.akutlaegehelikopter.dk/en/research/collaborations/>
[Funnet 2023].
- Den Landsdækkende Akutlægehelikopterordning , u.d. *Baser*. [Internett]
Available at: <https://www.akutlaegehelikopter.dk/om-os/baserne1/>
[Funnet 2023].
- Den Landsdækkende Akutlægehelikopterordning, u.d. *Organisationsdiagram*. [Internett]
Available at: <https://www.akutlaegehelikopter.dk/om-os/organisation/>
[Funnet 2023].
- Direktoratet for økonomistyring, 2018. *Veileder i samfunnsøkonomisk analyse*, s.l.: Direktoratet for økonomistyring.
- EUPHOREA, 2023. *EUPHOREA*. [Internett]
Available at: <http://www.euphorea.net/>
[Funnet 2023].
- Fagernæs et al., 2021. *Organisering av luftambulansetjenesten*. s.l.:Rapport fra ekspertgruppe.
- FinnHEMS, 2023. *Tukikohdat*. [Internett]
Available at: <https://finnhems.fi/tukikohdat/>
[Funnet 2023].
- Flysikkerhetsforum for operatører av innlandshelikoptre, 2023. *Mandag*. [Internett]
Available at: <https://flysikkerhetsforum.helikoptersikkerhet.no/ac/flysikkerhetsforum-mandat>
[Funnet 2023].
- Forskrift om kortbaneoperasjoner, 2018. *Forskrift om tilleggskrav for ervervsmessige luftfartsoperasjoner på kortbanelufthavner (FOR-2018-09-17-1339)*. Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-09-17-1339>.
- Hart, O., Shleifer, A. & Vishny, R. W., 1997. The proper scope of government: theory and an application to prisons. *Quarterly Journal of Economics* , Issue 112.
- Helse Nord RHF et al. , 2020. *Gjennomgang av basestruktur for ambulanshelikopter*, s.l.: Helse Nord RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt RHF og Helse Sør-Øst RHF.
- Helse- og omsorgsdepartementet , 2022. *Kvalitet og pasientsikkerhet*. [Internett]
Available at: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/kvalitet/id536789/>
[Funnet 2023].
- Helsedirektoratet, 2022. *Om pasientsikkerhet*. [Internett]
Available at: <https://www.itryggehender24-7.no/om-pasientsikkerhet>
[Funnet 2023].
- Johansen, K., 2022. *Prinsipal-agent teori*. [Internett]
Available at: <https://snl.no/prinsipal-agent-teori>
[Funnet 2023].
- Laffont, J.-J. & Martimort, D., 2002. *The theory of incentives: The principal-agent model*. s.l.:Prinston University Press.
- Luftambulansetjenesten, 2022. *Basene våre*. [Internett]
[Funnet 2023].
- Luftambulansetjenesten, 2022. *Medisinskteknisk verksted*. s.l.:<https://www.luftambulanse.no/medisinskteknisk-verksted>.

Luftambulansetjenesten, 2022. *Nasjonale standarder og krav til personell*. [Internett]
Available at: <https://www.luftambulanse.no/nasjonale-standarder>
[Funnet 2023].

NOU 1998:8, 1998. *Luftambulansetjenesten i Norge*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2019: 22, 2019. *Fra statussymbol til allemannseie - norsk luftfart i forandring*, Oslo: Samferdselsdepartementet.

NOU 2020:13, 2020. *Private aktører i velferdsstaten*, Oslo: Avgitt til Nærings- og fiskeridepartementet 1. desember 2020.

SAFETEC, 2022. *Sikkerhetsstudie for innlandshelikoptre II*, s.l.: Luftfartstilsynet.

SINTEF, 2023. *Helikopterstudie 4*, <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/rapport-hss-4-no---final-2023-01-17.pdf>: SINTEF.

Stiftelsen Norsk Luftambulans, 2023. *Kampen for å kunne fly i dårlig vær*, <https://norskluftambulans.no/nyheter/kampen-for-a-kunne-fly-i-darlig-vaer/>: SNLA.

Svensk Luftambulans, 2023. *Anslutna regioner*. [Internett]
Available at: <https://svenskluftambulans.se/anslutna-regioner>
[Funnet 2023].

Svensk Luftambulans, u.d. *Om Svensk Luftambulans*. [Internett]
Available at: <https://svenskluftambulans.se/om-oss/>
[Funnet 2023].

Svenskt Ambulansflyg, 2023. *Kommunalförbund*. [Internett]
Available at: <https://www.svenskt-ambulansflyg.se/kommunalforbund/>

Vedlegg A: Erfaringer fra omlegging av luftambulansetjenester i andre land

Som en del av utredningen har vi gjennom intervjuer og relevant dokumentasjon innhentet erfaringer fra omleggingen av luftambulansetjenesten i Sverige, Finland og Danmark.

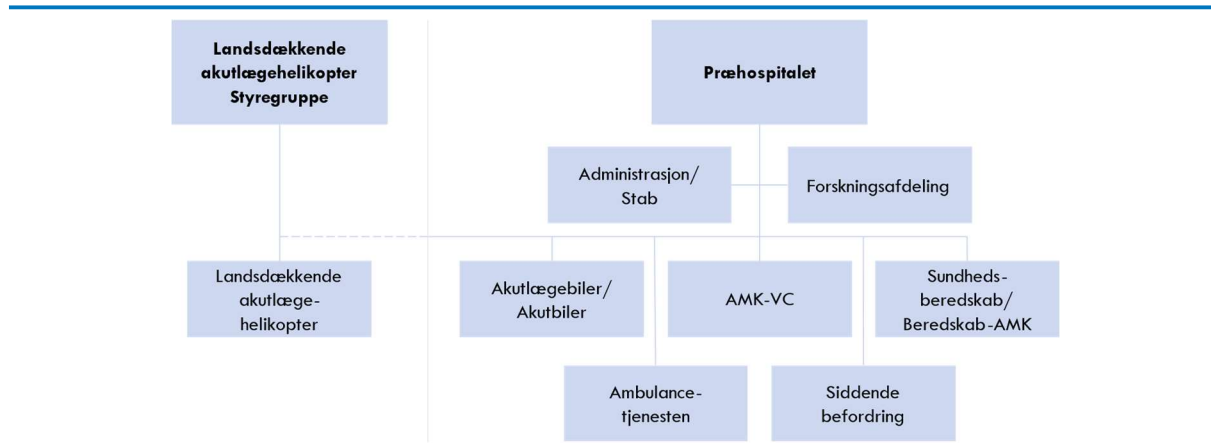
Overordnet vil vi understreke at forutsetningene i de tre landene er noe forskjellig fra de norske forholdene. Alle de tre landene viser til et behov for å etablere en velfungerende luftambulansetjeneste som dekker hele landet, gir likt tilbud til alle innbyggere og et behov for samordning av tjenestene mellom de enkelte regionene.

Samtlige informanter trekker frem at de i sin virksomhet har sett på den norske modellen som noe å strekke seg etter.

A.1 Danmark

Danmark etablerte i 2014 en offentlig luftambulansetjeneste, som drives av de fem helseregionene i fellesskap gjennom en tverregional styringsgruppe med representanter fra alle regionene. Tjenesten er plassert som driftsorganisasjon i prehospitalet i Region Midtjylland (Præhospitalet), som også har sekretariatsfunksjonen og styrer driften av ambulanshelikoptrene (Figur 10-1).

Figur 10-1: Organisering luftambulansetjenesten i Danmark



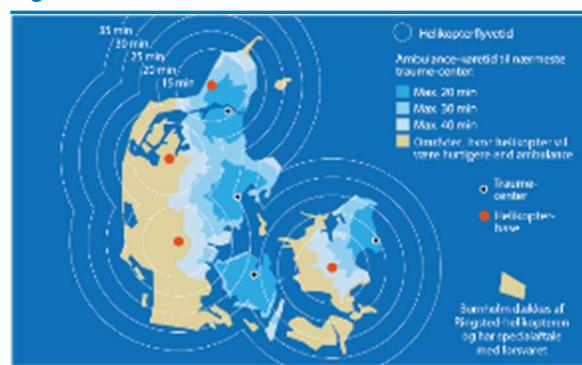
Illustrasjon av Oslo Economics basert på Den Landsdækkende Akutlægehelikopterordning (u.d.)

Tjenesten omfatter fire helikopter fordelt på de fire basene: Skive, Billund, Ringsted og Ålborg. Basene er strategisk plassert for å sikre en best mulig dekning av landet der det er langt til de spesialiserte behandlingsstedene. Det kan for eksempel være til universitetssykehus som tilbyr akutt behandling i forbindelse med blodpropp eller alvorlig forbrenning. Figur 10-2 viser et kart over baseplassering og helikopterflytid. Det benyttes kun helikoptre i den danske luftambulansetjenesten.

Besetningen på helikoptrene består av en pilot, en prehospital akuttlæge og en HEMS-redder (paramedisiner/intensivsykepleier/ambulanspersonell). Legene er ansatt i Præhospitalet og har med det en feller nasjonal ledelse. I tillegg er de ansatt ved de ulike sykehusene i regionene. De medisinske retningslinjene i luftambulansetjenesten er nasjonale, og de fire helikoptrene er satt opp med samme type

utstyr som gir mest mulig sømløs forflytning av utstyr og personell mellom basene.

Figur 10-2: Luftambulansebaser i Danmark



Kilde: Den Landsdækkende Akutlægehelikopterordning (u.d.)

Operatøransvaret i Danmark anbudsutsettes, og hele landet utlyses som en kontrakt. Kontraktens lengden er i

dag på 10 år, med mulighet for forlengelse og med en gjensidig oppsigelsestid på 48 måneder. Ved sist anbuds konkurranse, som ble lyst ut høsten 2020, var det NLA AS som på nytt vant kontrakten.

Da tjenesten ble etablert viser informantene til at det ikke ble vurdert en annen type modell, men det ble vurdert om tjenesten skulle organiseres av staten eller av helseregionene. Det viktigste var at tjenesten skulle henge tett sammen med øvrige prehospitaltjenestene. Videre påpekes det at de i dag er fornøyde mer ordningen, men at den både har negative og positive sider.

På overordnet nivå pekes det på at organiseringen har fungert godt, med styringsgruppen som felles tar de store avgjørelsene, og med administrasjonen under som har daglig kontakt og oppfølging av operatøren. Dette gir god styring og kontroll av tjenesten. Felles nasjonal standard og likt utstyr på alle baser, samt den tette tilknytningen til øvrige prehospitaltjenester trekkes videre frem som viktig for å sikre en lik tjeneste i hele landet.

Selve modellen med anbudsutsetting av operatøransvaret har fungert godt. Det sikrer en fast avtalt pris, moderne helikopter og utstyr, samt en profesjonell luftfartsaktør som har operatøransvar. Selv om det å splitte kontrakten opp kunne gi mer konkurranse, så ser de det som mest kostnadseffektivt å lyse ut hele landet som en kontrakt, blant annet fordi tjenesten kun omfatter fire helikopter. Dette bidrar også til å drive ned kostnadene knyttet til gjennomføringen av anbudskonkurransene. Samtidig vises det til at de har hatt en del juridiske utfordringer ved anbudsprosessene med påfølgende tvistesaker og arbeidskrevende prosesser med utformingen av anbudsdokumenter.

Da Danmark er et geografisk lite land og tjenesten kun omfatter fire helikopter påpekes det også at de administrative driftskostnadene knyttet til tjenesten vil være lave sammenlignet med Norge. Det trekkes også frem at kontraktslengden gir en langsiktighet for operatøren og gir best mulig betingelser for avskrivninger av fartøy og utstyr. Dette kan også bidra til å drive ned kostandene.

A.2 Sverige

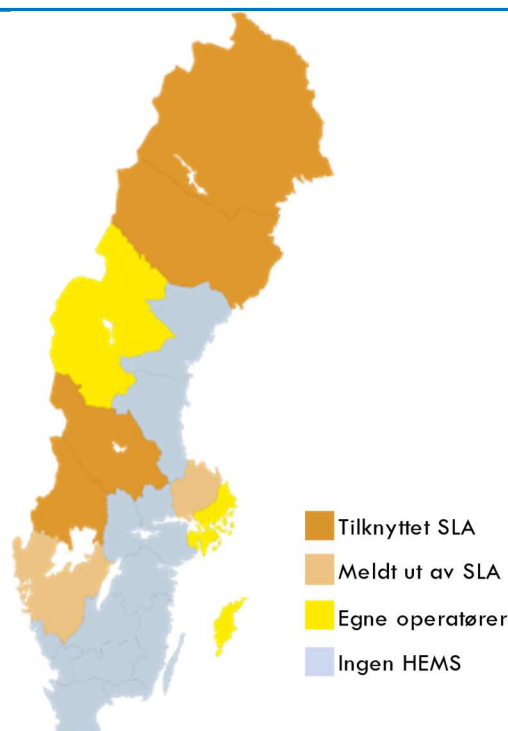
Sverige har en todelt tjeneste som i hovedsak består av en ambulanshelikoptertjeneste og en flyambulansetjeneste. Disse to tjenestene drives separat og uten en felles koordinerende enhet, men det er et mål om å etablere et samarbeid om sekundæroppdrag (transport av pasienter og organ mellom sykehus).

A.2.1 Ambulanshelikoptertjenesten

Ambulanshelikoptertjenesten er i Sverige regionalt organisert. Blant de 21 regionene har 6 av dem valgt å gå sammen om en felles tjeneste: Svensk Luftambulans (SLA). Andre har valgt egne operatører eller å ikke ha ambulanshelikoptertjeneste.

Figur 10-3 viser et kart over valg av organisering av ambulanshelikoptertjenesten. Mørk oransje viser regionene tilknyttet SLA, lys oransje viser regioner som har meldt seg ut av samarbeidet grunnet behov for en annen helikoptertype. Gult viser regioner med egne operatører og grått viser regioner uten ambulanshelikopter.

Figur 10-3: Organisering av ambulanshelikoptertjenesten- i Sverige

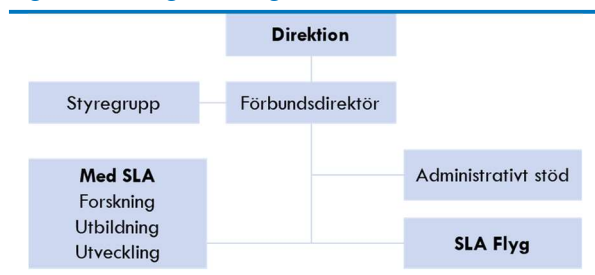


Kilde: Svensk Luftambulans (2023)

Svensk Luftambulans

SLA ble etablert i 2014 som et kommunalforbund, og finansieres av de seks regionene (Västra Götland, Uppsala, Norrbotten, Västerbotten, Värmland og Dalarna). Forbundet består av en direktør og en styregruppe som består av en politisk sammensatt konstellasjon, med ledere fra alle regionene. Under styret ligger flyselskapet med tilhørende Accountable manager (Figur 10-4).

Figur 10-4: Organisering Svensk Luftambulans



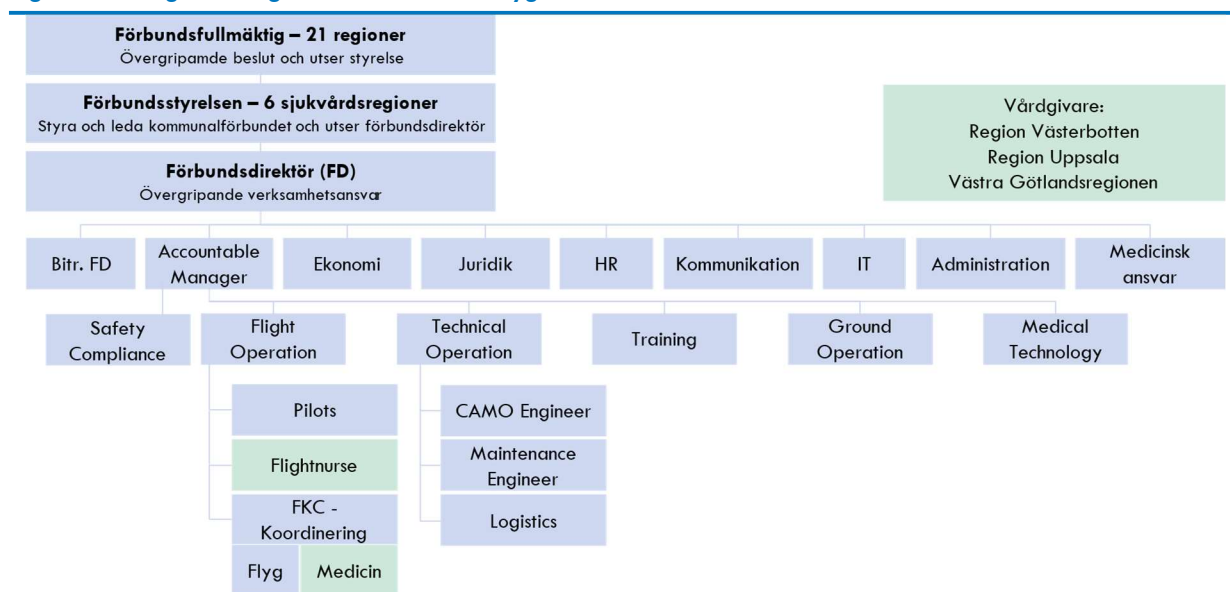
Illustrasjon:Oslo Economics basert på Svensk Luftambulans (u.d.)

SLA drives i dag med fire baser (Värmland, Dalarna, Västerbotten og Norrbotten) og seks helikopter av typen Airbus H145, hvorav fire er operative. På to av basene så bemannes helikoptrene med en pilot, en HEMS crew member og en lege, mens de to andre bemannes av to piloter, lege og sykepleier. Selskapet består av 35 piloter, 14 HCM (Hems Crew Member), 15 flyteknikere, 2 mekanikere og 19 innen administrasjon. Selskapet har egen teknisk vedlikeholdsorganisasjon (Part145) og en egen treningsavdeling for utdanning av piloter (ATO). Det medisinske personellet er ansatte i respektive regionale sykehus.

SLA kjøper, eier og drifter helikoptrene selv. Det pekes på at gjennom å utføre teknisk vedlikehold og pilotinnflygning¹⁰ i egenregi kan SLA opprettholde god fleksibilitet, som igjen muliggjør høy beredskap.

Informantene viser til at en fordel med hvordan forbundet er bygget opp er at det legger til rette for tett samarbeid mellom tjenesten og sykehusene.

Figur 10-5: Organisering Svenskt Ambulansflyg



Illustrasjon av Oslo Economics basert på Svenskt Ambulansflyg (2023)

Samtidig trekkes det frem at på mange felt gjerne skulle sett at det var en nasjonal samordning mellom tjenestene. Da det er pasientene som skal være i fokus og man ønsker å tilby en likeverdig tjeneste på tvers av landet, kan det være noe uheldig å ha så mange ulike driftsformer.

Det vises også til at for å få mest mulig stordriftsfordeler og redusere kostnadene per region så kunne de med fordel blitt enda flere medlemmer. To av medlemmene har valgt å melde seg ut, ikke fordi de ikke har vært fornøyd, men fordi de opplever et behov for større helikopter.

A.2.2 Ambulansflytjenesten

Frem til 2016 var det store ulikheter i hvordan ambulansflytjenesten var organisert i de ulike regionene, hvorav fire av regionene hadde felles anskaffelse, mens det ellers var spotmarked for ambulansfly. Grunnet mangel på avtale ble det høye priser, dårlig koordinering av oppdragene, og ingen mulighet til å stille krav til fly- og pasientsikkerhet. Som følge av dette ble det i 2016 etablert et felles kommuneforbund for ambulansflytjenesten: Svenskt Ambulansflyg.

Svensk Ambulansflyg

Kommunalforbundet Svensk Ambulansflyg (KSA) er organisert i et Förbundsfullmäktige, Förbundsstyrelse og en virksomhet som ledes av Förbundsdiröktören (Figur 10-5). KSA eies og finansieres av samtlige 21 regioner i Sverige, og ble om nevnt etablert i 2016 med driftsstart i 2021.

¹⁰ Type Rating – tilleggsopplæring som gir sertifisering på en gitt fly- eller helikoptertype.

Selskapet har tre baser lokalisert ved flyplassen i Umeå, Göteborg og Arlanda. Virksomheten består av ca. 60 ansatte hvorav 40 er piloter og 10 av disse har delte oppgaver innen administrasjon. Tjenesten har en enhetsflåte bestående av seks fly av typen Pilatus PC-24, som selskapet selv eier. Det er teknisk vedlikehold på alle basene, hvor deler av vedlikeholdet gjøres i egenregi, mens andre deler gjøres av underleverandører. Trening av piloter og teknikere gjøres av ekstern leverandør. Det er sykehusene i regionene hvor basene ligger som har ansvaret for det medisinske personellet. Ved normalflygninger bemannes ambulansflyet med minst en erfaren og kvalifisert IVA- eller anestesisykepleier. Ved transport av kritisk syke og skadede pasienter med et større pleiebehov, bemannes det med et spesialteam (leger og sykepleiere med spesialisering).

Flykoordineringsentralen (FKC) i Umeå har det nasjonale ansvaret for medisinske prioriteringer og flykoordinering. Dette trekkes frem som en svært viktig del av dagens ordning, da det bidrar til å gi et helhetlig overblikk. Tjenestens primære aktivitet er flytting av pasienter mellom regionene. Personellet bor ikke på basene og dette er mulig gjort gjennom at beredskapen er satt med en responstid på 60 minutter.

Da ambulansflytjenesten tidligere var så forskjellig fra region til region vises det til at det er vanskelig å dokumentere og sammenligne med dagens tjeneste. Dette gjelder både kostnadseffektivitet og kvalitet, men det trekkes frem at de tre nordlige regionene som tidligere gikk sammen om innkjøp av tjenesten erfarer at kvalitet har blitt bedre. Samtidig påpekes det i enkelte medeoppslag at regionene har opplevd en stor kostnadsøkning knyttet til ambulansflytjenesten.¹¹

Det er videre verdt å merke seg at de svenske ambulansflyene opererer på stamruteplasser som gir et langt større utvalg av flytyper som kan benyttes sammenlignet med i Norge hvor det opereres på kortbanenettet. Dette kan bidra til å redusere kostnadene gjennom å gi operatøren en bedre forhandlingsposisjon ved kjøp av fly. I tillegg vises det til at ved å ha en enhetsflåte og kun tre baser, så kan de enkelt flytte om på flyene ved behov for å opprettholde god beredskap.

A.3 Finland

Luftambulansetjenesten i Finland er organisert nasjonalt gjennom selskapet FinnHEMS AS som ble etablert i 2010. Selskapet var tidligere eid av de fem

¹¹ [Dramatiska kostnadsökningar för ambulansflyg oroar regionerna - DN.SE](#)
[Svenskt ambulansflyg går mot stort minusresultat - Dagens Medicin](#)

universitetssykehusdistriktene og den operative delen av driften ble anskaffet gjennom anbudskonkurranser.

I starten av 2018 ble det nedsatt en arbeidsgruppe av Sosial- og helsedepartementet i Finland, som skulle se på den fremtidige utviklingen i luftambulansetjenesten. Herunder, utredet gruppen to alternativer: offentlig drift og kommersiell drift. Arbeidsgruppen konkluderte med at en modell med offentlig drift ville være det beste, og i 2019 besluttet den finske regjeringen å innlede forhandlinger om å overføre FinnHEMS' aksjer til staten, og i 2020 ble oppkjøpet godkjent. Viktige argumenter for statlig overtakelse var ønske om en lik tjeneste i hele landet og en bedre styring og kontroll av tjenesten. Det var også utfordringer med anbudsregimet da det var få aktører på markedet, der krav om finsktalende mannskaper var en begrensende faktor.

Figur 10-6: Baser for luftambulansetjenesten i Finland



Kilde: FinnHEMS (2023)

[Fördubblad kostnad för ambulansflyget i Västerbotten \(vk.se\)](#)

Som en del av utredningen innhentet FinnHEMS også beregninger av kostnader og finansieringsbehov. En analyse fra PWC, gjengitt i rapporten fra arbeidsgruppen, tydet på at det ville være mulig å oppnå besparelser ved en overgang til offentlig drift. Det ble konkludert at offentlig drift kunne gi totale besparelser på mellom 112 og 152 millioner euro over en 15-årsperiode, der ulike forutsetninger om finansieringskostnadene ved offentlig drift (og herunder lånegarantier fra staten) utgjorde variasjonen innenfor dette intervallet.

FinnHEMS faller nå inn under det finske Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde, og finansieringen skjer over statsbudsjettet. For å starte opp tjenesten i statlig regi valgte de i 2020 å kjøpe opp et eksisterende selskap, Skärgårdshavets Helikoptertjänst, som opererte på tre av basene. Begrunnelsen for dette var blant annet at man opplevde å ikke ha tid til å etablere et nytt selskap som skulle bygges fra bunn.

Tjenesten benytter kun helikopter, og har i dag sju operative baser, hvor det er planlagt å etablere en åttende base i Kouvola som skal være operativ fra 2024 (Figur 10-6). Sistnevnte vil bidra til at tjenesten dekker hele landet med en responstid på 30 minutter. Mannskapet på basene disponerer et helikopter og en bakkeenheter. Besetningen består av en akuttlege, en brannkonstabel eller paramedisiner og pilot som alltid er på vakt, med unntak av basen Rovaniemi hvor mannskapet består av to piloter og to paramedisinere.

Hovedformålet med den finske luftambulansetjenesten er å bringe spesialisthelsetjenesten ut til der pasienten er, og derfor benyttes helikoptrene sjeldent til transport av pasienter. I de fleste tilfellene benyttes bilambulans for pasienttransport til sykehusene.

Bakgrunnen for dette er at sykehusene mangler landingsplasser og derved må pasienter flyttes over i ambulans før ankomst til sykehus.

Informantene viser til at de ved omorganiseringen har fått en tydeligere og helhetlig akutthelsetjeneste som dekker hele landet, dette gjeldende både operativ drift i flyselskapet og det medisinske fagmiljøet. Et annet element er at det har gitt en mulighet for enhetlig kvalitetsutvikling innenfor hele virksomheten. Videre peker man på mulighetene et statlig selskap har for samarbeide med andre statlige aktører som kystvakt og grensekontroll, der de ønsker samarbeide innen trening, vedlikehold og beredskap.

FinnHEMS valgt som nevnt å kjøpe opp et annet selskap. Her pekes det på at dette muliggjorde å holde tidsplanen for etableringen av tjenesten i statlig regi, samtidig vises det til at dersom man hadde hatt bedre tid ville man nok i stedet bygget opp et nytt selskap fra bunnen av. Videre, har de i Finland valgt å kjøpe helikoptrene i stedet for å lease, dette begrunnes med at staten har de økonomiske musklene til å gjøre dette i stedet for å gi bort de økonomiske fordelene til et leasingselskap.

Det påpekes at det er usikkerhet knyttet til om estimatene i utredningen som ligger til grunn for avgjørelsen i Finland var riktige. Det har ikke vært gjort noen evalueringer knyttet til overgangen, slik at det er ikke dokumentert om det har bidratt til å redusere kostnader eller bedret effektiviteten. Det vises det til at kostnadene har steget de siste årene, men tjenesten også er utvidet.

Det poengteres at en kommersiell aktør antageligvis kan være mer effektiv, blant annet grunnet at mange av aktørene er internasjonale. Derimot var en viktig faktor i vurderingen i Finland å sikre nasjonale interesser, herunder beredskapen.

Vedlegg B: Datagrunnlag for analyse av økonomiske konsekvenser

B.1 Generelle forutsetninger

De ulike modellene som analyseres skiller seg fra hverandre i organisering og ikke i ambisjonsnivå for tjenesten. For å kunne isolere virkningene av de organisatoriske aspektene ved modellene legger vi til grunn man i alle modeller stiller samme krav til kapasitet og beredskap i en ordinær driftssituasjon. Videre legger vi til grunn at tiltak som adresserer utfordringer med den overordnede organiseringen av luftambulansetjenesten realiseres på tilsvarende måte i alle modeller. Det vil si at et samlet system for håndtering av avvik og hendelser for både den medisinske og operative delen av tjenesten, og en bedre koordinering og samordning av tjenesten på tvers av regioner, gjennomføres i alle modeller.

I dagens modell stilles det en rekke krav i anbudet knyttet til beredskap. Det skal være en robust bemanning av tjenesten, og tilbyder skal stille med nødvendig reservekapasitet på helikopter/fly og personell. Inntil fire helikoptre skal være reserve- og treningshelikoptre, samt kunne brukes til ekstra øvings- og beredskapshelikoptre. To av disse fire reservehelikoptrene (et pr. operatør hvis to operatører) skal være tilgjengelig hele tiden for uforutsette hendelser, slik at tjenesten har en reell reservekapasitet tilgjengelig. For flyambulansen er det krav om at tilbyder skal presentere to ulike løsninger for reservekapasitet på fly. Reserveflyene skal være av Kategori-1¹², og i dag består denne reserveflykapasiteten av to fly.

For å gjøre vurderingene sammenlignbare på tvers av modellene, legges det også til grunn samme analyseperiode, diskonteringsrente og realprisjustering i analysen av alle modeller. Alle virkninger i alternativanalysen fremstilles også, i tråd med Finansdepartementets rundskriv R-109/21, som endringer sammenlignet med nullalternativet.¹³ Nullalternativet innebærer her en videreføring av dagens modell for organisering av luftambulansetjenesten uten de foreslåtte endringene. En oversikt over de mest sentrale forutsetningene for analysen er gjengitt i Tabell 10-1.

Tabell 10-1: Sentrale forutsetninger som gjelder for alle modeller (basisestimert)

Diskonteringsrente	4,0 %
Kroneverdi	2023-kroner
Generell realprisvekst (driftskostnader)	0,9 %
Analyseperiode	20 år
Antall år for etablering av ny operatør	4
Levetid for fly og helikopter	25 år
Antall fly av type Beech King Air B250	10
Antall fly av type Cessna C680A	2
Antall helikopter av type H135	6
Antall helikopter av type H145	9
Antall helikopter av type AW139	2
Antall baser	20 (13 for helikopter og 7 for fly)
Årlig leiekostnad ved leasing	8 % av totalpris

¹² Kategori 1-fly: To motors turbopropellfly. Må kunne lande på kortbaneflyplasser med rullebanelengde ned til 799 meter. Må kunne fly oppdrag fra fastlandet til Svalbard og Jan Mayen med begrenset nyttelast.

¹³ Finansdepartementet (2021) – Rundskriv R-109 - Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser

Tabell 10-2: Driftskostnader som fremskrives i hver modell

Modell 1	Modell 2	Modell 3
<ul style="list-style-type: none"> • Kostnader fly • Kostnader helikopter • Timeuttak • Drivstoff • Diverse operative utgifter • Luftfartsavgifter • Annen driftskostnad i luftambulansetjenesten (lønn) 	<ul style="list-style-type: none"> • Varekostnad (drivstoff) • Lønnskostnader • Andre driftskostnader • Leiekostnader fly og helikopter (kun ved leasing) • Kostnader dagens modell (i overgangsperiode) • Annen driftskostnad i luftambulansetjenesten (lønn) 	<ul style="list-style-type: none"> • Varekostnad (drivstoff) • Lønnskostnader • Andre driftskostnader • Leiekostnader fly og helikopter • Kostnader dagens modell (i overgangsperiode) • Annen driftskostnad i luftambulansetjenesten (lønn)

B.2 Etableringskostnader

Figur 10-7: Etableringskostnader i modell 2 og 3

	Investering	Antall	Enhetspris	Total kostnad (CAPEX)
Luffartøy	Fly (Beech King Air B250)	10	95 000 000	950 000 000
	Fly (Cessna C680A)	2	205 000 000	410 000 000
	Helikopter (H135)	6	82 500 000	495 000 000
	Helikopter (H145)	9	110 000 000	990 000 000
	Helikopter (AW139)	2	220 000 000	440 000 000
Fly	Sertifisering piloter	35	1 000 000	35 000 000
	Sertifisering teknikere	6	1 000 000	6 000 000
Helikopter	Sertifisering piloter	18	1 000 000	18 000 000
	Sertifisering redningsmenn	18	800 000	14 400 000
	Sertifisering flyteknikere	9	1 000 000	9 000 000
	Totale investeringskostnader (CAPEX)			3 367 400 000

B.3 Drifts- og forvaltningskostnader

Figur 10-8: Historiske kostnader dagens modell

	mai-des. 2017	2018	2019	2020	2021
Luftrtransport RW AS	55 218 372	34 794 233			
Luftrtransport FW AS	203 176 052	309 022 356	155 960 028		
Babcock Scandinavian Air Ambulance			174 120 198	350 371 223	355 471 698
Norsk Luftambulanse AS	148 025 048	329 523 186	420 738 546	446 148 895	477 083 557
Totale faste vederlag	406 419 472	673 339 775	750 818 772	796 520 118	832 555 255
Timeuttak	49 335 123	91 172 282	122 322 852	138 612 226	161 279 825
Drivstoff	42 099 493	75 472 429	91 488 691	83 751 540	106 082 088
Diverse operative utgifter	9 028 935	12 204 586	21 206 374	26 899 392	26 027 564
Luftfartsavgifter	10 551 008	17 811 603	18 449 110	16 489 417	18 358 347
Totale variable vederlag	111 014 559	196 660 900	253 467 027	265 752 575	311 747 824
Totale faste og variable vederlag	517 434 031	870 000 675	1 004 285 799	1 062 272 693	1 144 303 079

Kilde: Årsrapporter LAT HF.

Figur 10-9: Lønns- og personalkostnader i modell 2 og 3

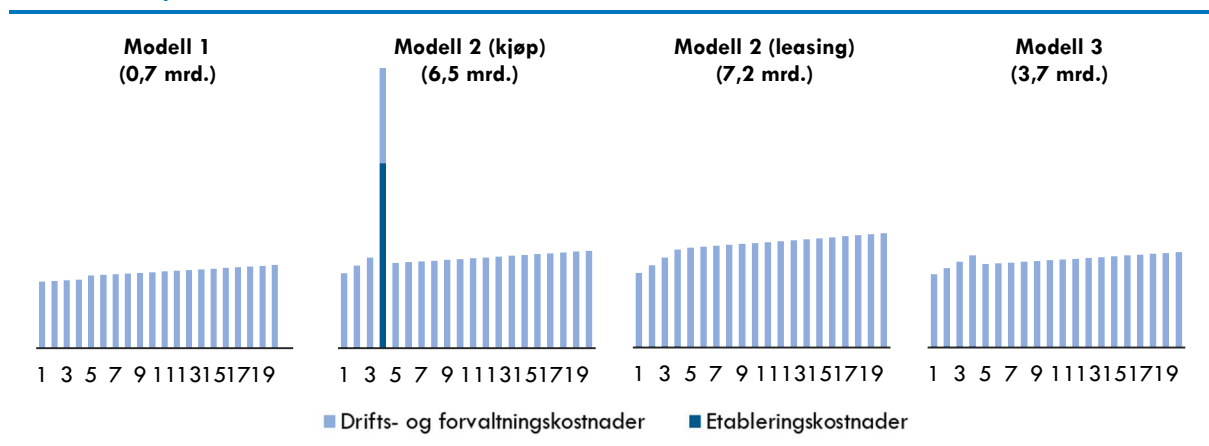
Funksjon/rolle	Årsverk	Kostnad per årsverk	Total kostnad
Accountable manager	1	1 705 965	1 705 965
Safety manager	1	1 705 965	1 705 965
Compliance monitoring manager	1	1 705 965	1 705 965
NGPO Bakkeoperasjoner	1	1 217 667	1 217 667
NCPA Teknisk sjef	1	1 217 667	1 217 667
Teknikere	60	970 281	58 216 879
ROM Rescue Manager	1	1 217 667	1 217 667
Regionsansvarlige	4	970 281	3 881 125
Skolesjef	1	1 217 667	1 217 667
Redningsmenn	75	970 281	72 771 098
NPFO Flygesjef	1	1 217 667	1 217 667
Piloter helikopter	75	1 525 201	114 390 104
Piloter fly	107	1 525 201	163 196 549
Administrative ansatte (økonomi, HR, IT, Juridisk)	25	904 764	22 619 111
Totale lønns- og personalkostnader	354		446 281 095

Figur 10-10: Leiekostnader fly/helikopter i modell 2 og 3

	Antall	Årlig kostnad per enhet	Total årlig kostnad
Fly (Beech King Air B250)	10	7 600 000	76 000 000
Fly (Cessna C680A)	2	16 400 000	32 800 000
Helikopter (H135)	6	6 600 000	39 600 000
Helikopter (H145)	9	8 800 000	79 200 000
Helikopter (AW139)	2	17 600 000	35 200 000
Total årlig leasingkostnad (OPEX)			262 800 000

B.4 Illustrasjon av kostnadsutvikling (basisestimat)

Figur 10-11: Illustrasjon av anslag for årlige kostnader i modell 1–3 og nåverdi av beregnet kostnadsforskjell fra nullalternativ (MNOK)



Vedlegg C: Behov for organisasjon

Figur 10-12: Nødvendige funksjoner hos operatør



Illustrasjon: Oslo Economics

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Kronprinsesse Märthas plass 1
0160 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo