

International sammenligning af akut ambulancetjeneste

*En foranalyse vedrørende finansieringsmæssige
og økonomiske aspekter*

Lone Bilde

December 2003

DSI Institut for Sundhedsvæsen

ISBN 87-7488-383-6

Indholdsfortegnelse

Forord	5
1. Indledning	7
1.1 Foranalysens baggrund	7
1.2 Formål med analysen og afgrænsninger	7
1.3 Problematik i forhold internationale sammenligninger og forbehold	8
2. Sammenfatning og konklusion	9
2.1.1 Efterspørgselsmæssige tendenser og udviklingen på præhospitals-/akutområdet	9
2.1.2 Datatilgængelighed	9
2.1.3 Finansiering, kontraktforhold, organisering og markedsstruktur	10
2.1.4 Integration	11
2.1.5 Offentlige/private aktører på markedet	12
2.1.6 Nøgletal – sammenstilling af områderne	12
2.2 Hypoteser vedrørende faktorer, der påvirker udgifterne til akutbefordring	15
2.3 Anbefaling vedrørende et videre analyseforløb med henblik på en international benchmarking	16
3. Metode, forudsætninger og afgrænsninger	17
Model for foranalysen	17
3.2 Valg af dataindsamlingsmetode og søgestrategi	18
3.3 Afgrænsninger og definitioner	18
3.3.1 "Akutbefordring" og "Ambulancetjeneste" – definitioner	18
3.3.2 Responstid	19
3.3.3 Udgifter og nøgletal	19
4. Surrey (England)	21
4.1 Facts	21
4.2 Kilder	21
4.3 Finansieringsforhold	21
4.4 Organisation og markedsstruktur	22
4.5 Aktivitets- og servicemål	23
4.6 Nøgletal	24
5. Bedfordshire/Hertfordshire (England)	25
5.1 Facts	25
5.2 Kilder	25
5.3 Finansieringsforhold, organisation og markedsstruktur	25
5.4 Aktivitets- og servicemål	26
5.5 Nøgletal	26
6. Schleswig-Holstein (Tyskland)	27
6.1 Facts	27
6.2 Kilder	27
6.3 Finansieringsforhold	28
6.4 Markedsstruktur	29
6.5 Aktivitets- og servicemål	29
6.6 Nøgletal	30
7. Helseregion Sør (Norge)	31
7.1 Facts	31

7.2	Kilder	31
7.3	Finansieringsforhold	31
7.4	Organisation og markedsstruktur	32
7.5	Aktivitets- og servicemål	33
7.6	Nøgletal.....	34
8.	Stockholms Län (Sverige)	35
8.1	Facts	35
8.2	Kilder	35
8.3	Finansieringsforhold	35
8.4	Organisation og markedsstruktur	36
8.5	Aktivitets- og servicemål	37
8.6	Nøgletal.....	38
9.	Holland.....	39
9.1	Facts	39
9.2	Kilder	39
9.3	Finansieringsforhold	39
9.4	Organisation og markedsstruktur	40
9.5	Aktivitets- og servicemål	41
9.6	Nøgletal.....	42
10.	Danmark.....	45
10.1	Facts	45
10.2	Kilder	45
10.3	Indledning	46
10.4	Finansieringsforhold	46
10.5	Organisering og markedsstruktur	47
10.6	Aktivitets- og servicemål	48
10.7	Nøgletal.....	48
	Referencer.....	51
	Bilag A Interviewguide	57
	Bilag B Respondenter (eksplorative interviews, skriftlig besvarelse eller kommentarer)	58

Forord

Denne rapport belyser i deskriptiv form finansieringsmæssige og økonomiske aspekter for ambulance-tjenesten i forskellige europæiske regioner. Rapporten er en foranalyse, der har til formål at undersøge datatilgængeligheden på området samt opstille hypoteser om, hvad der påvirker udgifterne til ambulancetjeneste.

Foranalysen er udført af DSI Institut for Sundhedsvæsen ved projektleder cand.merc.int. Lone Bilde, assisteret af stud.scient.san.publ. Karen Stage Fritsen og bibliotekar Ilse Schødt. Professor, direktør Jes Søgaard har gennemgået rapportens konklusioner med henblik på (internt) review.

Desuden har en række personer stillet materiale og viden til rådighed med henblik på beskrivelsen af ambulancetjenesten i de 7 belyste regioner/lande. Der skal derfor hermed rettes en tak for velvillig assistance til Will Hancock, Gary Butson, John Dodd, Mark Harris, Daniel Schaeffer, Dr. Betzlar, Gerd Baumgarten, Richard Hoffmann, Geert Jan Kommer, Nils Jul Lindheim, Petter Schou, Torgrim Klokkevold, Julie Kjelvik, Knut Johansen, Marie-Louise Goude, Eva Borg, Kirsten Jørgensen, Ole Qvist og Peter Bjørn Hansen.

Rapporten er finansieret af Falck Danmark A/S og DSI Institut for Sundhedsvæsen.

1. Indledning

1.1 Foranalysens baggrund

Falck i Danmark kontaktede i efteråret 2002 DSI Institut for Sundhedsvæsen med henblik på en international benchmarking af akutbefordring. Baggrunden for kontakten var dels den aktuelle debat i Danmark om omkostningsniveauet for ambulancetjenesten, dels nogle konstaterede problemer med at etablere et sammenligneligt grundlag til benchmarking mellem lande. Konkret ønskede Falck en oversigtlig screening, som beskriver finansieringsforhold, herunder udgifts- og aktivitetsnøgletal for ambulancetjenesten i forskellige europæiske lande. Efter en række indledende overvejelser omkring mulighederne for at udføre en sådan sammenligning og drøftelser med repræsentanter fra Falck og Amtsrådsforeningen anbefalede DSI at initiere med en foranalyse, der skulle afdække, hvilke data der findes på området og pege på mulige indgangsvinkler til en empirisk baseret dybdegående analyse af forskelle i omkostninger ved akutbefordring.

1.2 Formål med analysen og afgrænsninger

Foranalysen har følgende formål:

1. Undersøge datatilgængelighed i forhold til en international benchmarking af akutbefordring
2. Tentativ afdækning af forskellene i udgiftsniveau og finansiering af akutbefordring i udvalgte europæiske regioner
3. Opstilling af hypoteser vedrørende de faktorer, der påvirker udgiftsniveauet
4. Anbefaling vedrørende videre analyse af baggrunden for forskelle i udgiftsniveau.

Ansvar for udførelsen af ambulancetjenesten i de forskellige europæiske lande ligger oftest hos lokale myndigheder; statistik vedrørende ambulanceaktivitet genereres ofte lokalt, f.eks. af ambulanceoperatører, og samtidig findes der i de fleste tilfælde ikke national statistik på området. Det er baggrunden for, at foranalysen – med undtagelse af Holland og Danmark – belyser ambulancetjenesten i regioner i stedet for lande. Samtidig er Danmark afsættet for projektet, og det er derfor valgt at fokusere på nordeuropæiske regioner eller lande, der ligger geografisk relativt tæt på Danmark. Således er f.eks. valgt det sydlige Norge, to regioner i Sydengland, Stockholms Län osv. Områderne er afgrænset i forhold til ambulancedækningsområdet for den lokale myndighed, der er lovmæssigt ansvarlig for udførelsen af ambulancetjenesten, dvs. det laveste (eller næst laveste) offentlige administrative niveau. Følgende regioner er belyst i foranalysen:

Surrey (England)
Hertfordshire/ Bedfordshire (England)
Schleswig-Holstein (D)
Stockholm (S)
Helseregion Sør (N)
Holland (hele NL)
Danmark (Falcks dækningsområde)

Oprindeligt var det hensigten at inkludere en beskrivelse af ambulancetjenesten i Västra Götalands Län. Imidlertid har det trods aftale om udlevering af data og efterfølgende opfølgning ikke været muligt at få de relevante oplysninger fra den ambulanceansvarlige i området inden for en rimelig tidshorisont. Västra Götalands Län er dermed ikke med i beskrivelsen af regionerne.

Foranalysens synsvinkel og perspektiv er den lokale offentlige myndighed, som i henhold til lovgivningen er ansvarlig for, at ambulancetjenesten bliver udført og ansvarlig for at forhandle priser, betaling og aktivitetsniveau med de virksomheder, der leverer ydelserne (udførerne). Denne myndighed kaldes herefter "bestilleren" .

1.3 Problematik i forhold internationale sammenligninger og forbehold

Validiteten af direkte sammenligninger af sundhedsrelaterede omkostninger på tværs af lande begrænses bl.a. af følgende faktorer:

1. Forskelle i sundhedssystemernes og ambulancetjenestens organisation, finansiering, patientsammensætning osv.
2. Forskelle i det sundhedspolitiske miljø, herunder i lovgivning og politiske målsætninger
3. Forskelle i efterspørgselsmæssige og produktionsmæssige forhold (befolkningstæthed, geografi, produktionsomkostninger)
4. Forskelle i regnskabs- og opgørelsesmetoder
5. Teknologiske forskelle.

En empirisk baseret sammenligning eller benchmarking bør korrigere for disse forskelle, eller "støjfaktorer" for at sikre validiteten af sammenligningen.

Ligeledes kan data være af forskellig nøjagtighed, have forskellige reliabilitet. Nogle landes registreringskultur gør måske, at data ikke er tilstrækkeligt nøjagtige, eller den metode, hvormed der registreres data, er ikke nøjagtig nok osv. Ligeledes kan der være forskelle mellem lande i, hvor tilgængelige data er. For ambulancetjenesten, som er del af sundhedssektoren, gælder, at den i de fleste nordeuropæiske lande drives på decentralt niveau, ofte udføres af mindre virksomheder, der primært koncentrerer sig om selve tjenesten og måske ikke har tradition for udmelding af statistik eller ikke har værktøjer, f.eks. tidsregistreringssystemer, der er tilstrækkeligt reliable til at give et nøjagtigt billede af tidsforbruget.

Der er ligeledes forskel på, hvilke aktiviteter der er indeholdt i de tal, som er tilgængelige på området. I nogle lande inkluderer ambulancetjenesten bådtransport, i andre lufttransport, og i andre igen er den siddende patienttransport og akutbefordring ikke statistisk adskilt. Desuden vil der mellem landene bl.a. være nogle efterspørgselsmæssige, topografiske, produktionsmæssige og regnskabstekniske forskelle, som begrænser validiteten af en ukorrigeret eller ustandardiseret sammenligning.

Denne rapport er en foranalyse, som kan pege frem mod en dybdegående analyse af de faktorer, der påvirker omkostningerne ved ambulancetjeneste med henblik på udvikling af en metode til sammenligning på tværs af lande og sundhedssystemer. På baggrund af ovennævnte betragtninger omkring validitet og reliabilitet skal der dog tages forbehold for de præsenterede tal, konklusioner og beskrivelser.

2. Sammenfatning og konklusion

I det følgende sammenfattes og diskuteres ligheder og forskelle ved ambulancetjenesten i de 7 nord-europæiske regioner og lande på basis af beskrivelserne.

2.1.1 Efterspørgselsmæssige tendenser og udviklingen på præhospitals-/akutområdet

Efterspørgslen efter akutbefordring har i alle de belyste områder været stigende i de sidste 5-10 år, og der er ikke noget der tyder på, at tendensen ikke vil fortsætte. Dette skyldes blandt andet, at befolkningen i alle landene bliver relativt ældre og vil i stigende grad efterspørge akutbehandling på sygehus. Ambulancetjenesten ses desuden som det første vigtige led i den akutmedicinske kæde, og skal også i stigende grad tage vare på akutbehandling. Derfor stilles der i alle områderne stigende kvalitetskrav til ambulancepersonalets uddannelse, til kommunikationsudstyret og det medicinske udstyr i ambulancerne. I Norge har man ligesom i Danmark og Schleswig-Holstein indført 2-mandsbetjente ambulancer, i Sverige arbejder man hårdt på at uddanne ambulancesygeplejersker, og i Tyskland har man forlænget nogle af ambulanceredderuddannelserne. Desuden er antallet af lægebemandede ambulancer også blevet øget i de fleste af områderne.

I sygehussektoren er der til gengæld et ønske om centralisere den akutte behandling og koncentrere behandlingen på få, mere specialiserede enheder eventuelt med oprettelse af mindre akutklinikker eller skadestuer. Denne udvikling vil stille ændrede krav til ambulancetjenesten og i nogle tilfælde gøre det sværere at levere ambulanceindsatsen, f.eks. fordi der skal køres længere med patienten, og fordi ambulancetjenesten skal visitere patienten til det rigtige behandlingssted, og ikke bare kan køre patienten til det nærmeste sygehus. I en international sammenhæng vil der komme øget patientmobilitet i EUs lande og dermed være mere patienttransport på tværs af landegrænserne.

Endelig sættes ambulancetjenesten i stigende grad i udbud i håb om at øget konkurrence vil føre til øget omkostningseffektivitet. I England udliciteres foreløbig kun den siddende/liggende patienttransport. I Stockholm udliciteres hele ambulancetjenesten. I Helseregion Sør har man haft ambulancetjenesten i udbud, men valgte at aflyse licitationen. I Danmark skal den akutte befordring som følge af en afgørelse fra Klagenævnet for Udbud sættes i EU udbud. Den akutte ambulancetjeneste har hidtil ikke været underlagt kravet til offentlige myndigheder om at sætte forretninger over et vist beløb i EU udbud, da den anses for at være en del af sundhedsvæsenet. Den nævnte afgørelse konkluderer dog, at ambulancetjenesten snarere skal regnes for at være transport end behandling, og derfor er den underlagt udbudslovgivningen. Hvorvidt afgørelsen vil blive overført til de øvrige landes udbudspraksis er svært at sige.

2.1.2 Datatilgængelighed

Ambulancetjeneste er et sparsomt beskrevet emne i den internationale forskningslitteratur. Den litteratur, der findes om emnet er såkaldt "grå" litteratur, dvs. rapporter, bulletiner, love, avisartikler, årsrapporter osv., der typisk genereres i de virksomheder eller organisatoriske enheder, der har ansvaret for at bestille eller udføre ambulancetjenesten. Data til beskrivelse af aktivitet og økonomi genereres lokalt, f.eks. i ambulancerne, hos et amt, hos udførerne osv., og kategoriseres og defineres ud fra lokale retningslinier, der passer ind i det lokale organisatoriske og finansielle system. Dette vanskeliggør den eksterne validitet og internationale sammenligninger. Men også inden for det enkelte land eller endog region kan der være forskelle i opgørelsesmetoder, regnskabsopstillinger, der reducerer validiteten af en sammenstilling af statistik nationalt. Denne problemstilling er nævnt med forskellig intensitet i alle de deltagende lande. Ligeledes gør dette, at der reageres tøvende overfor udlevering af data til et forprojekt som dette. I Tyskland er databeskyttelse og fortrolighedsklausuler i lovgivningen en klar barriere for udlevering af såvel opdaterede økonomiske data som aktivitetsdata, og i Helseregion Sør har man ikke ønsket at statistisk fra det nye tidsregistreringssystem blev offentliggjort.

I lyset af dette må det anbefales, at en dybdegående analyse i høj grad baseres på en prospektiv dataindsamling.

Når man ser på de udviklingstendenser, der er for ambulancetjenesten i de belyste områder er der fra de centrale myndigheder og bestillerne en generelt ønske om at kunne monitorere ambulancetjenestens aktivitet og økonomi bedre end hidtil og således forbedre såvel datanøjagtighed, som den interne validitet af datasammenstillinger. Dette kræver, at ambulancetjenesten udvikler værktøjer og metoder til at kunne beskrive sig selv, og at der fastlægges standarder for udmelding af statistik. I Schleswig-Holstein arbejdes der på et revisionssystem (Kosten-und Leistung Nachweiss), til hvilket de enkelte Kreise leverer data vedrørende omkostninger og aktivitet, og der stilles krav til forsikringsselskaberne om mere transparent regnskabsaflæggelse for ambulancetjenesten. I Norge er der med KOSTRA projektet hos Statistisk Sentralbyrå gjort forsøg på at indsamle data for ambulancetjenesten på tværs af fylker og regioner med henblik på at sammenstille og aggrerere data for Norge som helhed. I England monitoreres ambulancetjenesten på tæt hold på en række centrale nøgletal med henblik på vurdering af om målene nås, og med henblik på benchmarking af NHS' ambulancetrusts. Der er sågar et ønske fra Department of Healths side om at indføre omkostningsnøgletal i benchmarkingsprocessen.

2.1.3 Finansiering, kontraktforhold, organisering og markedsstruktur

De 7 områder, regioner og lande, der er belyst i denne foranalyse, er forskellige med hensyn til finansieringen og organiseringen af deres ambulancetjeneste samt med hensyn til markedsstruktur:

I Danmark, Norge, Sverige og England finansieres ambulancetjenesten som en del af sundhedsvæsenet, fra skatteopkrævning hos borgerne. I Holland og Tyskland finansieres ambulancetjenesten primært gennem obligatorisk sygeforsikring, der betales af borgerne, arbejdsgiverne eller staten. For patienttransport er der en vis brugerbetaling, men akutbefordring er ikke forbundet med brugerbetaling i nogen af områderne.

For ambulancetjenesten forhandles i de belyste områder aftaler om aktivitet og økonomi mellem på den ene side bestillere, en eller flere offentlige, administrative myndigheder, og på den anden side udførere: ambulanceoperatører, brandvæsener eller sygehuse. Bestillerne har typisk ansvaret for sundhedssektoren i et bestemt geografisk område af varierende størrelse og befolkning, og for at sikre, at borgene kan blive behandlet for sygdomme. Dette indebærer ansvaret for udførelsen af sygehusbehandling, og med undtagelse af Norge, også for behandling af patienter i primærsektoren. Ambulanceoperatører har efter aftale med bestillerne ansvaret for udførelsen af tjenesten eller dele af tjenesten i et afmålt geografisk område.

Med hensyn til aftaler og betalingsmodeller knyttet hertil, er der i alle områderne tale om 3-5 årige aftaler om udførelsen af ambulancekørslen i det pågældende dækningsområde, baseret på et totalt budget eller årligt budget, holdt mod et forventet aktivitetsniveau. Aktivitetsniveauet fastlægges på basis af tidligere års niveau +/- en forventet ændring (stigning/fald). De fleste aftaler rummer muligheder for genforhandling af kontrakten, såfremt aktivitetsniveauet afviger fra budgettet, men egentlig aktivitetsbestemt finansiering er der ikke tale om. Kun i Danmark er der en vis aktivitetsbestemt finansieringsdel i den standardaftale, der er forhandlet mellem Falck og Amdradsforeningen.

Tyskland og Holland adskiller sig fra de øvrige områder ved at bestillerne har ekstra forhandlingsparter ved bordet, nemlig sygekasserne eller sygeforsikringsselskaberne. Disse betaler til bestillerne for den ydede ambulancetransport på vegne af deres medlemmer, typisk en stykpris per kørsel/transport (fee-for-service). De betalingsmodeller, der aftales mellem sygekasser, forsikringsselskaber og bestillere er således aktivitetsbaserede, idet der betales per patient, og afregningspriser forhandles årligt eller hvert 2-3 år. Desuden gælder der for ambulancetjenesten i Tyskland et udligningsprincip, der skal sikre at det er attraktivt at udføre ambulancetjenesten i områder, hvor det er dyrt at opretholde beredskab (f.eks. i tyndt befolkede områder). Dette udligningsprincip afspejles i de priser, der forhandles med operatørerne. I praksis betyder det, at det er den højeste pris, der bliver anvendt i aftalerne.

Der er forskelle mellem områderne med hensyn til præstationskravene til ambulancetjenesten: i Schleswig-Holstein er der i selve lovgivningen et responstidskrav, der kræver opretholdelse af et ambulanceberedskab, og bestillere og udføreres frihedsgrader er således begrænset med hensyn nedskæringer i ambulanceberedskabet. I de 2 engelske regioner er ambulanceoperatørerne underlagt responstidskrav via bekendtgørelse fra Department of Health. Responstidsmålsætningerne er nedfælgget som et krav i kontrakterne, og er i tilfælde af manglende opfyldelse forbundet med sanktioner, f.eks. afskedigelse af ledelsen osv. Disse nationale målsætninger har medført massive investeringer i ambulancetjenesten. I Schleswig-Holstein forklares responstidskravet, der indebærer et stort ambulanceberedskab, som en vigtig årsag til relativt høje udgifter for ambulancetjenesten.

I de øvrige områder er målsætninger om responstider fastsat fra bestillerens side, men disse målsætninger skal kun opfattes som vejledende. I Danmark kan amterne vælge at benytte standardaftalens responstidsmål, men har også frihedsgrader til at aftale andre responstider med Falck. I Norge havde man først overvejet at indføre et responstidskrav, men gik bort fra idéen, fordi en opfyldelse af et sådant krav det ville medføre store udgiftsstigninger til ambulancetjenesten.

Ses der på markedsstrukturen, forhandlingsparternes indbyrdes størrelsesforhold og deraf afledede forhandlingsstyrke er der forskelle på de belyste områder. På udførersiden ligner Danmark og de 2 engelske regioner hinanden ved, at een virksomhed er markedsførende og har helt eller delvist monopol på udførelsen af ambulancetjenesten. I England har ambulancetrustene monopol erhvervet ved lov på udførelsen af ambulancetjenesten, og i Danmark har Falck en så høj markedsandel og aftaleerhvervet monopol, at det må give nogle konkurrencefordele og medføre visse indtrængningsbarrierer for eventuelle konkurrenter. Samtidig er såvel de engelske regioner som Danmark karakteriseret ved et stort antal bestillere og individuelle aftaler, og det er med til at give udførerne relativ stor forhandlingsstyrke. I Tyskland har Rotes Kreuz også samlet set en relativt stor markedsandel, 50%, i Stockholm sidder Falck AB og det offentlige AIS AB på hovedparten af markedet. I de øvrige områder er der mange udførere typisk hver især dækkende et begrænset geografisk område.

Integration og centralisering på udførersiden kan være en fordel, idet udførerne kan opnå stordriftsfordele ved at kunne agere på et større dækningsområde og dermed udnytte personalekapacitet og ambulanceberedskab bedre. I Holland har man med oprettelsen af de regionale ambulanceorganisationer og sammenlægningen af vagtcentraler/ambulancecentralerne ved CPAerne forsøgt at integrere såvel bestillerniveauet (RAV) som udførerne (CPAerne og RAV) for dermed at opnå stordriftsfordele.

I Stockholm og Helseregion Sør er bestillerfunktionen centraliseret for at højne markedskendskabet, informationsniveauet, og effektivisere sygehusvæsenet som helhed. I Danmark har Amtsrådsforeningen ageret på amternes vegne i forhold til at forhandle om økonomi med Falck, og har således til dels været "bestiller" på amternes vegne. Dog findes der i Danmark så mange individuelle aftaler og til-lægsaftaler til Standardaftalen at der reelt set er et stort antal bestillere.

2.1.4 Integration

En vigtig udvikling indenfor ambulancetjenesten er horisontal som vertikal integration på alle organisatoriske niveauer. *Horisontal integration* sker, når flere virksomheder eller organisationer med samme mål og arbejdsopgaver integreres i større administrative enheder, og *vertikal integration* sker mellem de organisatoriske enheder i produktionsprocessen. Begge former for integration sigter mod bedre kapacitetsudnyttelse, stordriftsfordele ved fælles udnyttelse af administration og produktionsapparat (ambulancesser og personale), højere informationsniveau, og i sidste ende bedre kvalitet for patienterne. Et større befolkningsmæssigt dækningsområde giver ligeledes ambulancepersonalet bedre mulighed for at vedligeholde kompetencen i forhold til håndteringen af forskellige typer af patienter.

Horisontal integration sker i Holland, hvor man slår ambulancecentraler sammen i større administrative enheder, CPAer og centraliserer ansvaret for bestillingsprocessen hos de regionale sammenslutninger (RAV), der refererer direkte til sundhedsministeriet, med henblik på at effektivisere systemet. I England har man forlængst integreret udførere i større administrative enheder, ambulancetrusts, og forsøger nu efter reformen af NHS at få de mange bestillere til at integrere sig i konsortier, der forhandler aftaler med ambulancetrusten. I Tyskland er der toner om, at de enkelte länder skal arbejde

på at få integreret ambulancetjenesten på bestillersiden, således at flere Kreise slås sammen i forhold til ambulancetjenesten.

I Danmark lægges Falcks vagtcentraler sammen til færre enheder, hvis dækningsområder svarer der svarer til politiets vagtcentralers dækningsområde.

Et eksempel på *vertikal integration*, sammenlægning af ambulancealarmcentral med brandvæsen og politalarmcentral under eet alarmnummer ses i Sverige hvor SOS alarm er såvel alarmcentral som vagtcentral. Et andet er oprettelsen af "Integrerte Leitstellen", integrerede vagtcentraler, der er et aktuelt emne i Tyskland. Det foreslås fra bundescentralt hold, at man integrerer det akutte beredskab i een vagtcentral, der således både tager sig af lægevagt, ambulancetjeneste, alarmcentral, psykiatrisk beredskab og kriseberedskab. Hvordan en sådan organisation skal administreres og hvordan de tyske finansieringssystem skal tilpasses hertil er foreløbig kun skitser på tegnebrættet.

Et andet eksempel på vertikal integration er når et sygehus, som f.eks. Buskerud i Helseregion Sør vælge selv at udføre ambulancetjenesten i stedet for at udlicitere den. Det er dog spørgsmålet om ikke Buskerud er et enkeltstående tilfælde, der er opstået som følge af, at de kvalitetskrav, der blev stillet i licitationen gjorde tilbuddene for dyre i forhold til forventningerne.

I de fleste områder er der desuden en tendens til at integrere ansvaret for al patienttransport hos een bestiller. I Norge arbejdes der f.eks. på, at lægge ansvaret for såvel helikoptertransport, der indtil nu har været statens anliggende samt den siddende patienttransport, "syketransport" hos Helseregionen, og de forskellige ambulanceområder er allerede integreret hos bestillerne i nogle af de andre lande, f.eks. England og Sverige.

2.1.5 Offentlige/private aktører på markedet

Markedet for ambulancetjeneste er karakteriseret ved at være et blandingsmarked, bestående af såvel offentlige, som private profitorienterede virksomheder, og frivillige organisationer, eller non-profit virksomheder. Markedet har en høj grad af offentlig regulering i form af lovgivning, der skal sikre ambulancetjenestens kvalitet og tilgængelighed for alle borgere. Desuden har markedet alt andet lige sammenlignet med andre markeder høje indtræningsbarrierer, pga. lovgivnings- eller kontrakterhvervede monopoler, kompetenceopbygning hos den enkelte operatør og dels pga. en stor uigennemsigthed i forhold til bl.a. omkostninger, kontraktforhold og aktivitet. Den siddende patienttransport, der ikke er så reguleret som akuttransporten er underlagt friere konkurrenceformer, og udbydes typisk i licitation.

Ofte er det dog således, at de operatører, der driver akutbefordring, også sidder på dette marked ved aftale, som i Danmark, hvor Falck får den siddende transport i et amt, hvis amtet vælger at følge Standardaftalen, eller via vundet licitation.

Problematikken omkring allokering af overheadudgifter til forskellige aktiviteter er aktuel i en konkurrencediskussion. I England er krydssubsidiering forbudt, men der findes ingen regler for hvordan ambulancetrustens faste udgifter skal allokere til hhv. A&E Services og Patient Transport Services (PTS), og det giver alt andet lige trusten nogle konkurrencefordele på PTS området. I Norge valgte Buskerud Sygehus selv at drive ambulancetjenesten i stedet for at udlicitere den, omend niveauet for driften og den endelige ambulanceplan ikke er fastlagt endnu. Diskussionen om allokering af overhead til hhv. ambulancetjeneste og hospitalsbehandling er også aktuel i Norge.

2.1.6 Nøgletal – sammenstilling af områderne

Nedenstående tabel er en sammenfatning af nøgletal, markedsstrukturelle og finansielle forhold for de 7 områder, der er belyst i rapporten. Tallene tabellen er baseret på er ustandardiserede, dvs. ikke korrigeret statistisk for relevante forskelle, f.eks. mht. købekraftsparitet og befolkningssammensætning.

Ambulancetjenesten er karakteriseret ved meget store forskelle på alle organisatoriske niveauer med hensyn til hvorledes indikatorer for aktivitet og økonomi defineres og opgøres, at en sammenstilling af numeriske nøgletal ikke er hensigtsmæssig.

I stedet for en sammenstilling af tallene ved deres numeriske værdi er foretaget med en rangordning af områderne således at det område, der scorer højest på et nøgletal får tallet 1, det næsthøjeste tallet 2, ... det laveste tallet 7.

Lav befolkningstæthed, lave responstider, lange kørsler, og et stort antal ambulancer per indbygger må alt andet lige forventes at påvirke omkostningerne i opadgående retning, og gradueringen er foretaget med det hensyn. Sammenstilling af oplysninger om finansiering, marked og aftaleforhold er dog ikke gradueret, og demografiske tal er angivet dels med numerisk værdi, dels i rangorden.

Hvor meget de enkelte aktivitetsnøgletal vejer i relation deres påvirkning af udgifterne er ikke belyst, og tallene kan således ikke summeres vertikalt for hvert enkelt område. Sammenstillingen er foretaget for at skabe et overblik over oplysningerne vedrørende de 7 regioner/lande.

Indikator	Surrey	Bedfordshire/Hertfordshire	Schleswig-Holstein	Helseregion Sør	Stockholm	Holland	Danmark
<i>Finansiering, marked og aftaler</i>							
Primære finansiering	Skat x	Skat x	Præmie	Skat x	Skat x	Præmie	Skat x
Globale budgetter			x			x	x
Aktivitetsbaseret			Flere	Flere	Flere	Flere	Få
Udførere (flere/få)	Få	Få	Flere	Få	Få	Få	Flere
Bestillere (flere/få)	Flere	Flere	Flere	Off./non-profit/priv.	Priv/off./non-profit	priv./off/Non-profit.	Flere
Udførere priv./off./friv.	Off.	Off.	non-profit.(priv)				Priv.
<i>Befolkning/areal</i>							
Befolkningstal (mio.)	1	2	5	7	4	3	6
Areal (1.000 km ²)	1,1	1,6	2,8	0,9	1,9	16	4,6
Befolkningstæthed (km ²)	1,7	2,9	16	49	6,5	41	42
	634	558	177	18	283	391	108
<i>Aktivitet</i>							
Responstidsmål krav/vejl.	Krav	Krav	Krav	Vejl.	Krav	Vejl.	Krav
Realiserede responstider	1	2	3	7	6	5	4
Antal akutkørsler pr. indb.	4	6	5	1	2	7	3
Ambulancer pr. indb.	n.a	4	1	3	5	n.a	2
Km pr. kørsel	n.a.	2	n.a	1	n.a	4	3
<i>Udgifter</i>							
Udgifter pr. indbygger	1	5	6	7	3	2	4
Udgifter pr. kørsel	1	5	6	7	3	2	4

Der gives nedenfor en beskrivelse og en konklusion på de sammenstillede tal:

Finansiering, marked og aftaler

Her er etableret en oversigt over de pointer, der blev bragt i sammenfatningen af landebeskrivelserne. Selvom det må forventes, at konkurrenceforhold, finansieringssystem, markeds-/aftaleforhold samt organisering må have en vis indflydelse på den bestillende myndigheds udgifter til ambulancetjenesten, kan der ikke på basis af foranalysens relativt spinkle datagrundlag etableres nogen sammenhæng mellem disse aspekter og omkostningerne ved ambulancetjenesten.

"Primær finansiering" siger noget om, hvorvidt ambulancetjenesten finansieres via skatter eller sygeforsikring. "Globale budgetter" skal forstås meget bredt som et rammebudget til finansiering af - eller betaling for - ambulancetjeneste. Budgettet fastsættes typisk ved "capitation" (befolkningen størrelse, evt. demografiske sammensætning), geografisk dækningsområde, historisk aktivitetsniveau og med en forventet aktivitetsændring indlagt i budgettet. Der er dog visse forskelle i aftalegrundlaget, tidshorizonten for budgetterne osv. Denne finansierings/betalingsform anvendes i de 2 engelske regioner samt i Stockholm og Helseregion Sør. I Schleswig-Holstein og Holland anvendes i højere grad "aktivitetsbaseret" finansiering, der minder om "fee for service", dvs. en stk. pris pr. kørsel eller indsats. Danmark er speciel pga. Standardaftalen, der er en kombination af de 2 finansieringsformer.

Relationen "flere/få" i forholdet mellem udførere og bestillere siger noget om styrkeforholdet mellem forhandlingsparterne, jf. afsnit om finansiering, kontraktforhold, aftaler og markedsstruktur, hvorfor denne kategori er taget med.

I Danmark og de 2 engelske regioner er der få udførere og flere bestillere, mens der i Helseregion Sør og Stockholm og Holland er få bestillere og flere udførere. Schleswig-Holstein er karakteriseret ved såvel flere bestillere som udførere.

Endelig er indikeret, hvorvidt udførerne primært er offentlige, private, for profit eller non-profit virksomheder. Mens udførerne i England er offentlige institutioner, og den betydende udfører i Danmark er en privat virksomhed, er udførerne i Schleswig-Holstein primært såkaldte hjælpeorganisationer. Helseregion Sør, Stockholm og Holland har såvel private, offentlige som non-profit udførere. I den forbindelse skal gøres opmærksom på, at grænserne f.eks. mellem non-profit /profit virksomheder er flydende og mest går på, hvorvidt der skal udbetales udbytte til aktionærer eller ej. Hjælpeorganisationer i Tyskland, f.eks. Rotes Kreuz er aktieselskaber (GmbH) i deres juridiske organisation, og "non-profit" angivelse her skal tages med et stort forbehold. Offentlige virksomheder kan også være profit-orienterede idet deres eventuelle overskud muligvis kan reallokeres til nye investeringer i forretningsområdet osv. Udførernes juridiske og forretningsmæssige grundlag bør undersøges nærmere, før der kan konkluderes endeligt vedrørende dette aspekts betydning for ambulancetjenestens udgifter.

Befolkning og areal

Det ses, at der er store forskelle i befolkningstætheden og i areal i de 7 belyste områder. Helseregion Sør får tallet 7, idet ambulancetjenesten skal dække det tyndest befolkede område, og det største areal. Surrey får nr. 1 idet det er det tættest befolkede område. Danmark, der i denne sammenhæng er begrænset til Falcks dækningsområde, er det næsttyndest befolkede område.

Det forventes, bl.a. på basis af en analyse fra England (Audit Commission, 1998) af de engelske ambulancetrusts, at der er en statistisk sammenhæng mellem befolkningstæthed og omkostninger til ambulancetjenesten. Denne sammenhæng kan dog ikke etableres på grundlag af det foreliggende datagrundlag, pga. for lille antal observationer og forskelle i hvordan omkostningstallene gøres op.

Responstider

En hypotese er, at når responstider er krav, f.eks. via lovgivning eller aftaler med tilhørende sanktioner, påvirker det omkostningerne i opadgående retning. I Tyskland er man pga. kravet om responstider nødt til at opretholde et stort ambulanceberedskab, blandt andet har man et stort antal ambulancekøretøjer per indbyggere, og det medfører alt andet lige relativt høje udgifter.

I tabellen er foretaget et skøn af områdernes indbyrdes placering baseret på nøgletal fra områderne vedrørende realiserede responstider. Primært er vurderingen foretaget på baggrund af de opgivne percentiler, f.eks. 75% af kørslerne nås indenfor xx minutters responstid, 100% nås indenfor xx minutter, og sekundært på baggrund af den gennemsnitlige responstid. De nøgletal, der er udleveret er baseret på forskellige responstidsmålsætninger, og en egentlig sammenligning på ens responstidsmål kan ikke foretages ud fra det foreliggende datagrundlag, og derfor tages der forbehold for indplaceringen af områderne. Der skal ligeledes tages forbehold for forskelle i definitionerne af responstid. For Schleswig-Holstein og Helseregion Sørs vedkommende er indplaceringen baseret på de nationale responstidstal, og for Danmarks vedkommende på responstidstal for Falcks dækningsområde.

En analyse fra England, baseret på data fra Surrey, konkluderer at der er høje marginale omkostninger pr. sekund forbedring i responstider (Fischer et al 2000), og en analyse fra Norge konkluderer, at etablering af responstidskrav er forbundet med høje ekstraomkostninger til ambulancetjenesten (Johansen et al 2002) Det må forventes alt andet lige, at jo bedre responstider, jo dyrere ambulancetjeneste.

Tyskland¹ ligger i lyset af befolkningstætheden højt med hensyn til realiserede responstider, men har også set på udgiftsnøgletallene alt andet lige en af de dyreste ambulancetjenester.

¹ Nøgletal vedrørende responstidstal for Schleswig-Holstein er baseret på tal fra hele Tyskland

Ser man Danmarks 4. plads i forhold til realiserede responstider, den relativt lave befolkningstæthed og udgiftstallet må det konkluderes, at Danmark for Falcks dækningsområdes vedkommende alt andet lige ligger pænt i denne simple sammenligning. Var de lave responstidstal for Brandvæserne i Københavnsområdet inkluderet, ville Danmark ligge endnu bedre. Den statistiske sammenhæng mellem de responstid, befolkningstæthed og udgiftstal kan dog ikke etableres på basis af det foreliggende datagrundlag.

Antal kørsler, antal ambulancer i relation til antal indbyggere samt km per kørsel

Antallet af kørsler, antal kilometer per kørsel samt antallet af ambulancer i relation til befolkningstallet er ligeledes nøgletal, der har betydning for omkostningerne.

Helseregion Sør har det største antal kørsler per indbygger og kører længst pr kørsel, og set i lyset af områdets areal og befolkningstæthed er det ikke mærkeligt, at Helseregionen har de højeste udgifter per indbygger.

Det relativt høje antal ambulancer i Schleswig-Holstein kunne være en forklaringsfaktor for Schleswig-Holsteins placering som næstdyrest efter Norge.

Det relativt lave antal ambulancer per indbygger i Stockholm kunne være med til at forklare, hvorfor Stockholm har lavere udgifter per indbygger end Danmark, der har relativt mange ambulancer per indbygger. Igen har antallet af ambulancer indflydelse på ambulanceberedskabet og dermed på responstiderne, og mht. responstider ligger Danmark i den ustandardiserede sammenligning bedre end Stockholm.

Udgift per indbygger, udgift per kørsel

Helseregion Sør har alt andet lige de højeste udgifter til ambulancekørsel, såvel per indbygger som per kørsel (ca. 320 Nkr. per indbygger i 2002), og ligger på 7. pladsen fulgt af Tyskland (Schleswig-Holstein) på 6. pladsen, Bedfordshire/Hertfordshire på 5. pladsen, Danmark på 4. pladsen, derefter Stockholm, Holland og Surrey som den "billigste" region med en gennemsnitsudgift per indbygger på 6,6 £ (regnskabsår 2002/03).

2.2 Hypoteser vedrørende faktorer, der påvirker udgifterne til akutbehandling

I dette kapitels sammenfatning af udviklingstendenser for ambulancetjenesten er nævnt nogle af de faktorer, der antages at have stor indflydelse på udgifterne. Perspektivet i denne foranalyse er bestilleren, dvs. den offentlige myndighed, der har ansvaret for at ambulancetjenesten bliver udført i et bestemt geografisk område. Bestillerens udgifter til ambulancetjeneste/akutbehandling skal groft sagt ses i relation et marked, hvor der ikke eksisterer fri konkurrence og derfor til de priser og den betalingsmodel, der aftales med udførerne, og i Tyskland/Hollands tilfælde med 3. partsbetalere.

Indirekte er priser på ambulancetjenesten afhængig af udførernes produktionsomkostninger og profit.

Produktionsomkostninger påvirkes af

Ikke-kontrollerbare forhold er f.eks. befolkningstæthed, geografi, by/landområder, vejforhold, vejforhold og priser på produktionsinput (personale, køretøjer, medicinsk udstyr, benzin osv.),

Ligeledes er udviklingen i den del af den akutmedicinske kæde, der ikke er ambulancetjeneste (f.eks. akutte sygehuse) samt lovgivningsmæssige forhold (f.eks. lovkrav til uddannelse og bemanning af ambulancer) ikke kontrollerbare.

Kontrollerbare forhold er f.eks. beredskabets størrelse i et vist omfang, og ligeledes har udførere indflydelse på, hvor effektivt ambulancetjenesten organiseres:

- Er der "slack" i den akutmedicinske kæde?
- Placering af og optimering af antallet af ambulancestationer
- Integration af produktionsprocess og administration
- kapacitetsudnyttelse og stordriftsfordele
- Profit

Endelig er aftalemæssige forhold, f.eks. vedrørende kvalitets og investeringer eksempler på kontrollerbare forhold, der kan have indflydelse på udgifterne til ambulancetjenesten/akutbefordring.

I forhandlingsprocessen mellem udførere og bestillere kan finansieringssystemet samt forhandlingsparternes indbyrdes styrkeforhold ligeledes antages at have indflydelse på priser og betaling.

2.3 Anbefaling vedrørende et videre analyseforløb med henblik på en international benchmarking

En forudsætning for et mere dybdegående analyseforløb med henblik på international sammenligning eller benchmarking af ambulancetjenesten er, at der indledningsvis foretages en systematisk beskrivelse af ambulancetjenestens opbygning og organisering på forskellige regnskabs- og økonomistyringsenheder, samt af ambulanceforløb. Dette med henblik på at skabe overblik over, hvor data genereres, hvilke dele af ambulancetjenesten, der økonomistyres, hvor, hvilke aktiviteter der er inkluderet i hvilke tal osv. En anden forudsætning vil være at oparbejde en fælles forståelse af definitioner for ambulancerelevante indikatorer, en "taxonomi" for ambulancetjenesten. Sådanne aktiviteter kan dog kun udføres med aktiv deltagelse af lokale eksperter i hvert land/region.

Denne foranalyse viser, at datagrundlaget i de forskellige områder /lande enten ikke er validt nok eller alt for heterogent til at udføre en egentlig international benchmarking af de forskellige ambulancetjenesters økonomiske effektivitet, produktivitet samt kvalitet. På den baggrund må det konkluderes at ambulanceområdet ikke er modent til en egentlig international benchmarking med mindre der med aktiv deltagelse af lokale eksperter foretages en prospektiv dataindsamling af fælles definerede indikatorer for omkostninger og aktivitets/kvalitetsindikatorer.

En international sammenligning bør derfor tage udgangspunkt i de områder, hvor der er tilgængelige data eller foretaget benchmarkinganalyser. I England foretager Audit Commission med nogle års mellemrum en form for benchmarking af deres ambulance trusts, hvor de vha. linær regression sammenligner responstider, aktivitet og økonomi korrigeret for "størfaktorer", eller "målefejl", f.eks. befolkningstæthed, land/byområder, osv. Resultater og analysemodel anvendt i England kunne muligvis ekstrapoleres til andre lande/regioner, f.eks. Danmark og Norge. Sidstnævnte foreslås blandt andet fordi der i Norge arbejdes med at samle national statistik på ambulanceområdet.

En anden vinkel kunne være at sammenligne ambulancejobcyclen (hele ambulanceforløb) eller den akutmedicinske kæde på tværs af lande. Sammenligningen kræver at man kan defragmentere kæden eller cyclen ned på sammenlignelige enheder, f.eks. tidsenheder eller lignende. Det vil muligvis være nødvendigt at foretage en prospektiv dataindsamling til et sådant projekt.

Et andet emne for en mere dybdegående analyse kunne være at belyse de økonomiske konsekvenser for bestilleren af integration af forskellige opgaver på færre administrative og organisatoriske enheder. Erfaringer i udlandet på den front kunne f.eks. anvendes til at belyse den danske situation.

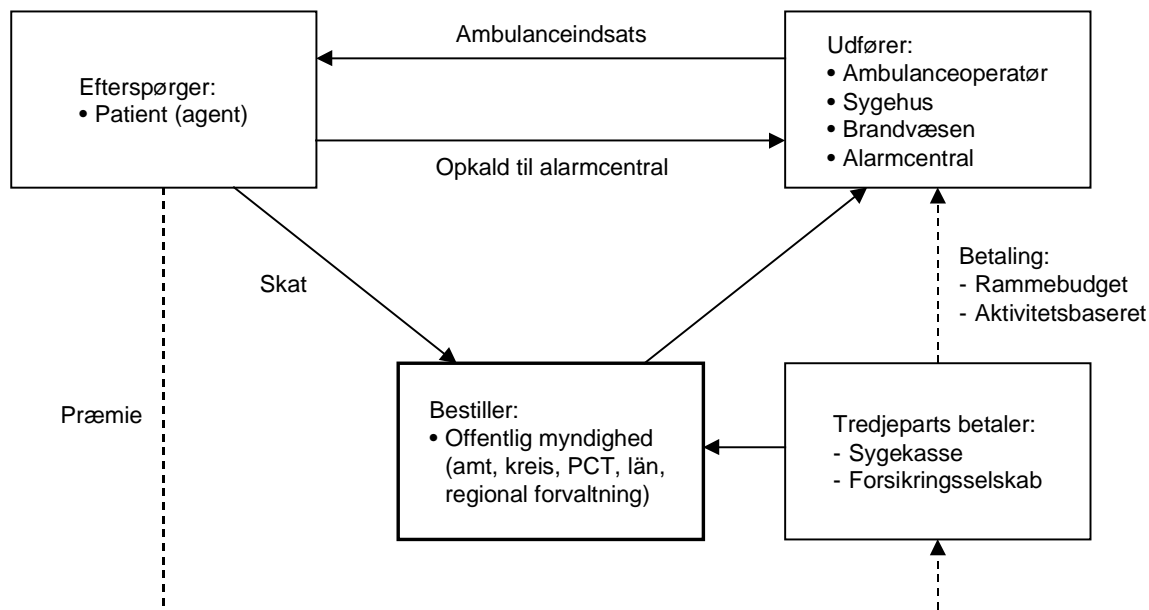
Endelig vil det være interessant at belyse konkurrencebetingelser på ambulanceområdet. Hvordan påvirker forskellige konkurrenceformer priserne på ambulancetjeneste? Analysen kunne indledes med en gennemgang af markeds-/pristeorier og erhvervsøkonomiske teorier (f.eks. konkurrencestrategiteori, netværksteori), sat i relation til prisudviklingen på lignende stærkt regulerede markeder med mix af offentlige og private virksomheder, f.eks. luftfart, telekommunikation osv. Analysen kunne munde ud i en empirisk gennemgang af ambulancetjenestens prisudvikling i forskellige lande.

3. Metode, forudsætninger og afgrænsninger

3.1 Model for foranalysen

Model for ambulancetjenestens finansiering

- inspireret af Reinhardts model for sundhedsvæsenet



I foranalysen er anvendt en model inspireret af Reinhardts model for sundhedsvæsenet (Reinhardt 1989). Ovenstående model gør rede for ambulancetjenestens finansiering, og hvorledes pengene strømmer mellem de forskellige parter i ambulancetjenesten. Modellen omfatter fire overordnede parter:

1. "Efterspørgeren" kan være patienten selv eller en agent, der agerer på patientens vegne, f.eks. pårørende, en tilskuere ved en ulykke osv. Personen rekvirerer en ambulanceydelse ved at ringe til en alarmcentral. Det kan også være et sygehus eller andet behandlingssted, som er agent på patientens vegne og rekvirerer en ambulance. En eller flere ambulancer sendes til skadestedet, afhenter patienten og kører denne til behandling på sygehus eller skadestue. I nogle tilfælde foretages behandling på stedet af ambulancepersonalet, hvorefter ambulancen kører igen uden patient.
2. Udføreren er den eller de virksomheder, der udfører selve ambulanceydelsen. Udførere kan være såvel offentlige (f.eks. hospitaler og brandvæsener) som private virksomheder, for profit eller frivillige non-profit virksomheder. Ligeledes er der i nogle områder kun én udfører og i andre mange mindre operatører.
3. Bestilleren (eller køberen) er den offentlige myndighed, der i lovmæssig henseende er ansvarlig for, at ambulancetjenesten bliver udført, og for at forhandle og afregne med ambulanceoperatører og tredjepartsbetalere, f.eks. sygekasser. Grænserne mellem bestiller, udfører og tredjepartsbetaler er i nogle tilfælde flydende, og der kan være sammenfald. De præcise ansvarsområder for

bestilleren er fastlagt via lovgivning, og indbyrdes aftaler der indgås mellem bestillere og udførere for f.eks. en 3-5 års periode.

4. Tredjepartsbetaler er i somme tider den samme som bestilleren, i andre en 3. enhed, f.eks. sygekasser og forsikringsselskaber. Tredjeparten betaler på vegne af sine medlemmer til bestilleren og muligvis i nogle tilfælde direkte til operatøren for de ydelser, medlemmerne har modtaget.

De fire parter i modellen for ambulancetjenesten er underlagt forhold i omverdenen, dvs. eksterne eller udefra kommende forhold, som de ingen eller kun lille indflydelse har på. Det gælder bl.a. efterspørgsels- og produktionsforhold (f.eks. lønniveau, priser på teknologi), nationale målsætninger med hensyn til folkesundhed/serviceniveau, lovgivningsforhold og udviklingen i sundhedsvæsenet.

Foranalysen ser på forholdet i de enkelte regioner mellem udføreren og bestilleren og evt. tredjepartsbetaleren med hensyn til aftale- og kontraktsforhold, betalingsaftaler og aftaler omkring produkter/ydelser, f.eks. krav med hensyn til responstid. Endvidere er søgt nogle centrale nøgletal, der sammenkæder aktivitet og økonomi, f.eks. de samlede årlige udgifter pr. indbygger for bestilleren (svarende til de offentlige udgifter) til ambulancekørsel.

3.2 Valg af dataindsamlingsmetode og søgestrategi

Valget af dataindsamlingsmetode er sket ud fra tidligere erfaringer med at søge sundhedsrelaterede oplysninger i andre lande. Data og statistisk vedrørende ambulanceområdet foretages – jf. tidligere – decentralt af den enkelte operatør eller bestiller og er på grund af forskelligheder i opgørelsesmetoder mv. vanskelig at sammenligne såvel inden for det enkelte land som internationalt. Det er en af grunde til, at national eller international statistik som udgangspunkt ikke eksisterer. Nogle oplysninger fås i lovgivningslitteratur (love og bekendtgørelser), andre i såkaldt "grå" litteratur, dvs. tilfældige rapporter og meddelelser, f.eks. på Internettet.

Søgestrategien i foranalysen har dermed været en 4-trinsraket, som blev indledt med søgning i traditionelle databaser vedrørende publiceret litteratur, gik videre med intensiv søgning på Internettet efter "grå" litteratur og dernæst telefonisk søgning hos de lokale myndigheder med henblik på at identificere relevante kontaktpersoner med viden om ambulanceområdets finansiering, organisering og økonomi. Endelig har disse kontaktpersoner deltaget i eksplorative telefoninterviews baseret på en på forhånd udarbejdet interviewguide og suppleret med skriftlige oplysninger og evt. udlånt statistik på området:

1. Søgning i traditionelle databaser (Medline, DSI-Bib mv.)
2. Litteratursøgning på Internettet (såvel grå litteratur som andre informationer)
3. Telefonsøgning – kontakt til myndigheder med henblik på at identificere de rette kontaktpersoner
4. Eksplorative interviews eller skriftlige besvarelser baseret på interviewguide.

3.3 Afgrænsninger og definitioner

3.3.1 "Akutbefordring" og "Ambulancetjeneste" – definitioner

I rapporten anvendes begreberne "akutbefordring" og "ambulancetjeneste" i flæng. Det skyldes, at grænserne mellem disse begreber er flydende og varierer fra land til land. Der vil så vidt muligt blive fokuseret på akutbefordring, dvs. kørsel i ambulancekøretøj, der er baseret på nødopkald, og ikke f.eks. siddende/liggende kørsel af patienter.

Hvert land/region har sine egne definitioner af ambulancetjenesten og inddeling af ambulancekørsler alt efter, hvor uopsættelige de er. Rapporten vedrører desuden akutkørsel på landjorden og ikke f.eks. helikopter- eller bådtransport. Imidlertid inkluderer tallene fra Norge eksempelvis akuttransport i båd,

ligesom tallene fra Stockholm inkluderer såvel helikopter- som akuttransport i båd. Derfor gøres for hvert område rede for, hvorledes ambulancetjenesten defineres.

Desuden er udgifter til vagtcentral inkluderet i de samlede udgifter til ambulancetjeneste, f.eks. i Danmark og England, hvor disse funktioner er integreret hos én udfører. I andre tilfælde, f.eks. i Tyskland er udgifterne ikke inkluderet. Der gøres derfor ligeledes rede for, hvorvidt udgiftstal er in- eller eksklusiv udgifter til vagtcentral under beskrivelserne af de enkelte regioner/lande.

3.3.2 Responstid

Responstid er et centralt begreb i forhold til akutbefordring af patienter, idet det siger noget om, hvor hurtigt patienten kan komme i behandling på sygehus. Responstid defineres almindeligvis som den tid, der går fra alarmopkaldets modtagelse i alarmcentralen, til ambulancen ankommer til skadesstedet, dvs. på adressen hvor patienten befinder sig – og ikke nødvendigvis ankomsten til patienten, idet denne f.eks. kan befinde sig på 5. sal. Der er visse landemæssige forskelle, som muligvis skyldes forskelle i, hvor integreret kæden er. I Danmark tælles der for Falcks dækningsområdes vedkommende f.eks. først responstid fra det øjeblik, hvor Falck modtager alarmer på vagtcentralen, dvs. politiets tid til at sende opkaldet videre til Falck ikke tælles med.

Responstid kan yderligere opdeles i delkomponenter:

1. Tid fra opkaldet modtages til alarmcentralen har fået rede på, hvilken type opkald det drejer sig om, og om hvor akut problemet er
2. Tid fra alarmcentralen har kontaktet ambulanceføreren til ambulancen/ambulancerne kører fra ambulancestationen
3. Køretid til ambulancen ankommer til skadesstedet.

Væsentlig er desuden den tid, der går fra ambulancen ankommer til skadesstedet:

4. Ambulancepersonalet lokaliserer/henter/undersøger og evt. behandler patienten
5. Ambulancen kører til sygehuset
6. Ambulancepersonalet afleverer patienten til de rette personer på sygehuset og giver de nødvendige oplysninger om dennes tilstand.

Varigheden af denne ambulancejobcyklus, altså tidsforløbet fra opkaldets modtagelse i alarmcentralen til patienten er afleveret på sygehus, er væsentlig for ambulanceøkonomien, idet den er afgørende for, hvornår ambulancen og personalet er ledigt til nye opgaver.

Der findes en del lokalt genereret responstidsstatistik i de forskellige regioner, men statistik for hele jobcyklen har ikke været tilgængelig til denne rapport.

3.3.3 Udgifter og nøgletal

Rapporten medtager enkelte nøgletal for de regioner, der er med i analysen, bl.a. udgifter pr. indbygger, udgifter pr. ambulancekørsel, antal kørsler, realiserede responstider osv. Der gøres opmærksom på, at statistik og omkostningsdata ikke er sammenlignelige på tværs af regionerne. Der er f.eks. forskel på, hvorledes omkostningerne er gjort op. I Holland er omkostningerne beregnet på basis af et nationalt cost-of-illness studie, hvor de samlede sundhedsmkostninger er allokert til forskellige sygdomsområder og aktivitetsområder, f.eks. ambulanceområdet. I andre regioner er tallene baseret på bestillerens driftsomkostninger i forbindelse med ambulancetjenesten mv.

De nøgletal, der gives, er enten punktalt (f.eks. responstid pr. 1/9 2001) eller gennemsnitstal baseret på et regnskabsår. Hvor det har været muligt, er udviklingstendenserne over en årrække beskrevet.

4. Surrey (England)



4.1 Facts

Befolkning og areal	Surrey
Antal indbyggere 2001	1.059.500
Areal (km ²)	1.670 km ²
Befolkningstæthed (indbyggere/km ²)	634

Kilde: Office for National Statistics, 2001 (omregnet til Km²).

Surrey ligger geografisk set lige syd for London og kan med befolkningstæthed på over 2,5 personer pr. acre karakteriseres som et byområde med megen trafik til og fra London.

4.2 Kilder

Beskrivelsen af de to engelske regioner baserer sig på materiale fra the Department of Health, the Audit Commission og andre relevante kilder, fundet i internationale databaser og på Internettet samt på samtale med en ambulancekyndig i the Department of Health.

Beskrivelsen af ambulancetjenesten i Surrey specifikt baserer sig på interviews med the "Head of Commissioning" i Woking Primary Care Trust samt den ansvarlige for Accident og Emergency Services (A&E) og den ansvarlige for Patient Transport Services (PTS) i Surrey Ambulance Trust. Disse personer har ligeledes udleveret statistisk materiale og skriftlige oplysninger til brug for beskrivelsen.

4.3 Finansieringsforhold

Det engelske sundhedsvæsen finansieres ligesom det danske via skatteopkrævning og er et nationalt offentligt sundhedsvæsen (NHS, National Health Service). Selvom sundhedsvæsenet er offentligt, har

man indført "quasi-markeder" i form af køber-sælger modeller og kontrakter overalt i sundhedsvæsenet. Køber-sælger modellerne opdeler sundhedsvæsenets aktører i bestillere, tidligere de lokale Health Authorities, nu Primary Care Trusts (PCTs), og udførere, NHS Trust (sammenslutninger af hospitaler, sundhedscentre osv.), praktiserende læger mv.

PCTs er sammenslutninger af praktiserende læger, der har med NHS reformen fået ansvaret for udførelsen af sundhedsvæsenet i lokalområder. PCTerne er overordnet budgetansvarlige overfor Department of Health og ansvarlige for, at de ydelser, udførerne leverer, matcher borgernes behov. Udførerne skal producere den bedste kvalitet billigst muligt.

Med den seneste reform af NHS indføres en høj grad af aktivitetsbaseret finansiering set i forhold til den samlede finansiering fra NHS, og samtidig monitoreres sundhedsvæsenets aktiviteter (performance) tæt. Dette indføres i håb om, at det vil fremme effektiviteten og produktiviteten i sundhedsvæsenet.

Ambulancetjenesten er i England inddelt i henholdsvis Accident and Emergency Services (A&E), der dækker nødopkald fra borgerne, akutte opkald fra praktiserende læger samt transport til og fra hospices, og Patient Transport Services, der inkluderer ikke-akut transport af patienter til behandling.

Ambulancetjenesten drives lokalt i England af en såkaldt ambulancetrust, en offentlig virksomhed med monopol på udførelse og drift af akutbefordringen (Accident and Emergency Services). Tidligere skulle ambulancetrusten indgå aftaler med de lokale sundhedsmyndigheder (local health authorities) og om leverance af ambulanceydelser, således at der i regionen var én udfører (provider) og mange forskellige bestillere (purchasers). I dag har de lokale PCTs overtaget bestillerrollen fra Local Health Authorities med ansvar for bestillingsprocessen. I de fleste regioner har de forskellige bestillere slået sig sammen i konsortier og udpeget 1-3 organisationer som ansvarlige for ambulancetjenesten i hver enkelt region.

Overordnet strømmer pengene fra Department of Health til de lokale bestillere i form af et globalt sundhedsbudget med en vis aktivitetsbestemt finansieringsdel (f.eks. ved nogle elektivt kirurgiske specialer), som dækker hele sundhedsvæsenet. De lokale bestillere indgår derefter lokale kontrakter med udførerne – på ambulanceområdet med ambulancetrusten.

4.4 Organisation og markedsstruktur

Surrey Ambulance Trusts geografiske ansvarsområde i forbindelse med udførelsen af A&E services er hele Surrey området samt lufthavnen i Gatwick og Terminal 4 i Heathrow lufthavn.

I Surrey er det Woking Primary Care Trust, der af de andre Primary Care Trusts i regionen er udpeget som ansvarlig for forhandlingsprocessen (bestiller). I forhandlingsprocessen giver de øvrige Primary Care Trusts input til Woking PCT vedrørende behov og forventet aktivitetsniveau, og Surrey Ambulance Trust giver input vedrørende forventede omkostninger, investeringsbehov osv. Der laves en 3 års kontrakt med Surrey Ambulance Trust om akutbefordringen. I kontrakten indgår en aftale om overordnet tilskud (budget) til Surrey Ambulance Trust og et aftalt aktivitets- og investeringsniveau for de 3 år, som aftalen omfatter. Der er ingen elementer af aktivitetsbaseret finansiering i aftalen. Dog indgår, at såfremt aktivitetsniveauet overstiger det aftalte niveau med 10% i tre på hinanden efterfølgende måneder, skal budgettet genforhandles. Aktivitetsniveauet bliver fastsat på basis af historisk niveau (tidligere år) med en forventet stigning, der finansieres ved en budgetstigning eller intern omkostningsreduktion i ambulancetrusten.

Systemet med få lokale bestillere er nyt, og den 3-årige aftale mellem Woking PCT og Surrey Ambulancetrust er på sit fosterstadium. Der findes derfor ikke noget erfaringsgrundlag at sammenligne med i forhold til det tidligere system, men der arbejdes i øjeblikket på at afklare de forskellige aktørers roller og ansvar.

Woking PCT har desuden ansvar for at overvåge ambulancetrustens aktivitet (performance) med henblik på at holde øje udviklingen i aftalte målindikatorer (nøgletal), f.eks. målsætninger med hensyn til responstider. Ambulancetrustens ledelse er direkte ansvarlig over for Department of Health for, at de aftalte målsætninger bliver overholdt.

Med hensyn til Patient Transport Services, dvs. den ikke-akutte patienttransport, er den i modsætning til A&E services underlagt fri konkurrence, dog således at visse kvalitetskrav skal være opfyldt. De enkelte hospitaler udliciterer den ikke-akutte transport til den bedste og billigste virksomhed, og ambulancetrusten byder ind på området i konkurrence med private firmaer.

Denne markedsmæssige adskillelse af de to ambulanceområder, hvor et område er monopol og et andet udsat for priskonkurrence, giver nogle økonomistyringsmæssige problemer eller udfordringer for trusten og dermed for NHS. Det er produktionsmæssigt rentabelt for trusten at udføre PTS services sammen med A&E services, idet uudnyttet kapacitet (f.eks. ledige akutambulancer) kan anvendes på dette område, og der er stordriftsfordele ved fælles udnyttelse af den administrative stab på to områder. Det store spørgsmål er, hvordan trustens overheadudgifter (kapitalomkostninger, drift, administration osv.) skal allokere til de to områder. Allokere for meget overhead til PTS services, og det dermed slår over i priserne, kan trusten måske ikke konkurrere med de private firmaer, og allokere der for lidt, er det med til at fordyre A&E services. Ifølge en rapport fra the Audit Commission i 1998 sker det oftest, at relativt mange overheadomkostninger allokere til A&E Services, hvor trusten har monopol. (Audit Commission 1998)

4.5 Aktivitets- og servicemål

Responstid defineres i England som den tid, der går fra opkaldet er identificeret af alarmcentralen, dvs. fra personalet har kendskab til det telefonnummer der ringes fra, hvor skaden er sket, og hvilken skade det drejer sig om, til ambulancen er fremme ved skadesstedet (Ambulance Services 2002-03, Bulletin from Governmental Statistics Service). Definitionen er lidt snævrere end i nogle af de øvrige lande, hvor selve identifikationen af skaden er inkluderet i responstiden.

I henhold til en rapport vedrørende ambulance performance standarder fra 1996 ("Review of Ambulance Performance Standards. Final Report of Steering Group. NHS Executive 1996") skal akutopkald prioriteres som følger:

Kategori A er henvendelser vedrørende livstruende tilstande. Disse henvendelser skal besvares inden for 8 minutters responstid for 75% vedkommende.

Kategori B er henvendelser, der vedrører alvorlige, men ikke øjeblikkeligt livstruende tilstande. Disse henvendelser skal besvares inden for 14 minutter i byområder (Surrey) og 19 minutter i landområder for 95% vedkommende.

Kategori C henvendelser vedrører tilstande, der ikke umiddelbart er livstruende eller alvorlige. Disse henvendelser skal besvares inden for 14 minutter i byområder og 19 minutter i landområder for 95% vedkommende.

Department of Health påbegyndte i 2001 en 10-års plan for reformering af hele akutområdet i England med henblik på at forbedre kvaliteten af behandlingen gennem "hurtigere adgang til den rigtige behandling" for akutte patienter. For A&E Services specifikt var målsætningen, at responstiderne skulle forbedres, således at 75% af alle livstruende akutkørsler havde en responstid på under 8 minutter – en målsætning, som skulle være realiseret i december 2002. Dette responstidsmål for kategori A kørsler, der er et krav, skulle nås ved en samlet investering i ambulancetjenesten på 34 mio. £ i 2002 (Department of Health, 2001)

4.6 Nøgletal

I England findes en national statistik for ambulanceområdet, der vedrører input og output (antal ansatte mv., realiserede responstider), men der er ingen national statistik vedrørende økonomi.

Den årlige bulletin fra Governmental Statistical Services (Department of Health, 2003) vedrørende ambulancetjenestens aktivitet melder, at antallet af kategori A henvendelser, som blev besvaret inden for en responstid på 8 minutter, i sammenligning med 2001-02 steg med 16% i England. Antallet af akutopkald steg i samme periode med 7% fra 4,7 mio. til 5 mio., og antallet af akutte kørsler steg med 3% fra 3,1 mio. til 3,2 mio. i 2002-03. 74,6% af alle kategori A opkald resulterede i, at en ambulance ankom til skadestedet inden for 8 minutter. Om end Department of Healths målsætning om 75% ikke helt er nået, er det dog en forbedring i forhold til året før, hvor tallet var 70,7%.

Nøgletallene for Surrey aktivitet er leveret dels fra Woking PCT dels fra trusten selv. Med hensyn til omkostninger er nøgletal leveret af trusten. Selvom perspektivet i nærværende rapport er bestillerens, er antagelsen for de engelske regioners vedkommende, at priser/budget alt andet lige er lig med omkostningerne, idet trusten er en offentlig virksomhed, som ikke er profit-orienteret. Det bør bemærkes, at regnskabsåret går på tværs af kalenderåret (april til april).

Output (aktivitet) 2001-02	
Antal kategori A opkald (2001/02)	36.462
Antal kategori A opkald, der ender i ankomst ved skadested	24.472
Antal kategori B-C opkald	61.784
Antal Kategori B-C opkald, der ender i ankomst ved skadested	57.539
Antal akutte kørsler A, B, og C i alt	61.287
Antal kørte kilometer	n.a.
Andel af A-kørsler der nås inden for 8 min responstid	76,36%
Andel af A-kørsler, der nås inden for 14 minutters responstid	95,57%
Andel af B-C Kørsler, der nås indenfor 8 min responstid	66,84%
Andel af B-C kørsler, der nås indenfor 14 minutter responstid	94,06%
Antal kilometer pr. kørsel	
Output (aktivitet) 2002-03	
Antal kategori A opkald	35.191
Antal Kategori A opkald, der ender i ankomst ved skadested	25.384
Antal kategori B opkald	63.954
Antal Kategori B opkald, der ender i ankomst ved skadested	60.147
Antal Kategori C opkald	n.a.
Kategori C opkald, der ender i ankomst ved skadested	n.a.
Antal akutte kørsler A, B og C i alt (med patient)	61.792
Antal km pr. akut kørsel	n.a.
Antal kørsler A-B-C- pr. 1000 indbyggere	57
Andel af A-kørsler der nås inden for 8 min responstid	75%
Andel af A-kørsler, der nås inden for 14 minutters responstid	95,2%
Andel af B-C Kørsler, der nås indenfor 8 min responstid	69,9%
Andel af B-C kørsler, der nås indenfor 14 minutter responstid	94,1%
Udgifter 2002	
Total befolkning i Surrey 2002	1,1 mio.
Totale driftsudgifter ambulancetjenesten (2002/03),	n.a
Udgifter pr. ambulancekørsel	£ 148
Udgifter ambulancetjeneste pr. 1000 indbygger (2002/03)	£ 6.600
Udgifter pr. indbygger (2003/2003)	£ 6,6

Kilde: Statistical Bulletin, Surrey Ambulance Trust, Woking Primary Care Trust

5. Bedfordshire/Hertfordshire (England)

5.1 Facts

Befolkning og areal	Hertfordshire/Bedfordshire
Antal indbyggere 2002	1,6 mio.
Areal (km ²)	2,865 km ²
Befolkningstæthed (indbyggere/km ²)	559

Kilde: Årsrapport BHAPS, 2002.

Bedfordshire og Hertfordshire er to counties, som i forhold til ambulancetjenesten dækkes af 1 ambulancetrust. De to counties ligger geografisk set lige nord for London og er i den nationale ambulancestatistik karakteriseret som en landområde med en befolkningstæthed på under 2,5 personer pr. acre i modsætning til Surrey, der er et byområde. Dog kan det befolkningstætte område i europæisk målestok næppe karakteriseres som et "landområde".

5.2 Kilder

Beskrivelsen af ambulancetjenesten i Bedfordshire/Hertfordshire er baseret på årsrapporter og andet materiale fra "Bedfordshire and Hertfordshire Ambulance Services and Paramedic Service Trust" (BHAPS) samt interview med trustens økonomidirektør.

5.3 Finansieringsforhold, organisation og markedsstruktur

BHAPS blev til i 1992, da to ambulancetjenester i Bedfordshire og Hertfordshire fusionerede.

Med hensyn til Patient Transport Services indgår ambulancetrusten aftaler direkte med hospitaler og praktiserende læger. Trusten har bl.a. også aftaler om PTS med større hospitaler i London og arbejder altså på tværs af regionsgrænser på dette område og i konkurrence med andre firmaer.

Med hensyn til A&E Services, akutbefordring, har de 11 Primary Care Trusts delt Bedfordshire og Hertfordshire i tre områder og udpeget tre "lead commissioners". Disse personer har hovedansvaret for, at den akutte ambulancetjeneste i området bliver udført i henhold til efterspørgslen og til den laveste pris. De står for koordinering og forhandling af bestillingsprocessen med ambulancetrusten og øvrige NHS trusts (hospitaler mv.) i området. Der aftales en 3-årig "local delivery plan" mellem de tre ansvarlige lead PCTs og ambulancetrusten vedrørende aktivitets- og servicemål samt et tilhørende budget. Ambulancetrusten kommer selv med input vedrørende forventet efterspørgsel og udgifter.

Et problem, der blev påpeget af ambulancetrustens økonomidirektør, er, at systemet er blevet mere decentralt end førhen. Selvom der er udpeget tre "lead commissioners", er det nu i realiteten 11 PCTs, der i princippet er bestillere i modsætning til et færre antal "local health authorities" i den gamle struktur. Det betyder, at systemet er blevet decentraliseret; informationsniveauet er blevet lavere, idet informationer spredes på flere personer og organisationer, og bestillerfunktionen mangler et overblik over "the big picture". Det er i praksis ambulancetrusten, altså udføreren, der sidder med den viden. Et andet problem er, at målsætninger vedrørende aktivitet ikke er de samme for udfører og bestiller i forhold til Department of Health. Mens responstidsmålsætningerne er krav, der stilles til ambulancetrusten med tilhørende sanktioner, er der ingen krav til den enkelte PCT om efterlevelse af responstidsmålene, og det giver nogle problemer i forhandlingssituationen.

5.4 Aktivitets- og servicemål

Med henblik på at nå målsætningen om, at 75% af kategori A opkald skal have en responstid på under 8 minutter, har trusten implementeret en investeringsplan i overensstemmelse med de nationale reformplaner. Den har nået sine aktivitetsmål for såvel 2001-02 og 2002-03 og er en såkaldt 3-stjernet NHS trust (en graduering i det engelske sundhedsvæsen om trusts, der "performer" relativt godt i sammenligning med andre trusts).

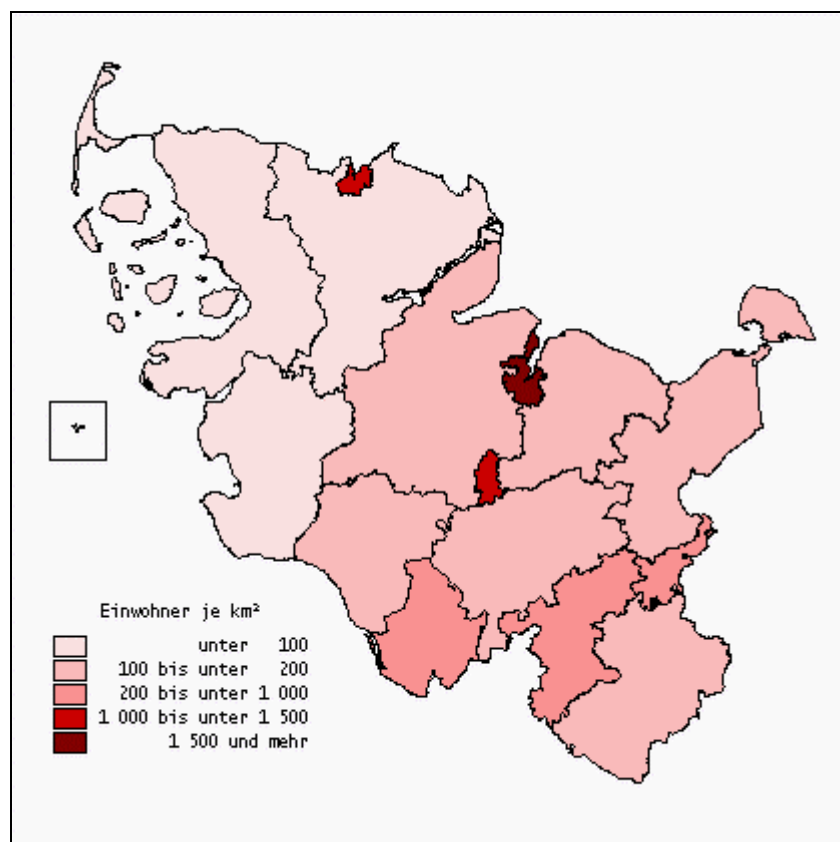
5.5 Nøgletal

Input	
Antal ambulancer pr. 100.000 indbyggere (82 amb.)	5,125
Output (aktivitet) 2001-02	
Antal kategori A opkald (2001/02)	n.a
Antal Kategori A opkald, der ender i ankomst ved skadested	28.100
Antal kategori B-C opkald	n.a
Antal Kategori B-C opkald, der ender i ankomst ved skadested	79.400
Antal akutte kørsler A, B, og C i alt	84.400
Antal km pr. akut kørsel (18,75 miles pr. kørsel)	30 km
Andel af A-kørsler der nås inden for 8 min responstid	69,5%
Andel af A-kørsler, der nås inden for 19 minutters responstid	95,4%
Andel af B-Kørsler, der nås indenfor 8 min responstid	55,5%
Andel af B-kørsler, der nås indenfor 14 minutter responstid	94,0%
Antal kilometer pr. kørsel	
Output (aktivitet) 2002-03	
Antal ambulancer pr. 100.000 indbyggere	n.a.
Antal kategori A opkald	76.200
Antal Kategori A opkald, der ender i ankomst ved skadested	n.a
Antal kategori B opkald	n.a
Antal Kategori B opkald, der ender i ankomst ved skadested	n.a
Antal Kategori C opkald	n.a
Kategori C opkald, der ender i ankomst ved skadested	n.a
Antal akutte kørsler A, B og C i alt (med patient)	86.200
Antal km pr. akut kørsel	n.a.
Antal akutte kørsler, A, B,C pr. 1000 indbyggere	53
Andel af A-kørsler der nås inden for 8 min responstid	76,2%
Andel af A-kørsler, der nås inden for 19 minutters responstid (landområde)	96,2%
Andel af B-C Kørsler, der nås indenfor 8 min responstid	65,9%
Andel af B-C kørsler, der nås indenfor 19 minutter responstid (landområde)	95,2%
Udgiftsnøgletal 2001-02	
Total befolkning i Bedfordshire/Hertfordshire i 2001	1.616.580
Totale driftsudgifter ambulancetjenesten BHAPS (£) ²	£ 19.669.000
Udgifter pr. akut ambulancekørsel	£ 233
Udgifter pr. indbygger	n.a.
Udgifter pr. kilometer, Nkr.	n.a.
Udgifter 2002	
Total befolkning i Bedfordshire/Hertfordshire 2002	1,6 mio.
Totale driftsudgifter ambulancetjenesten (2002/03),	£ 21.888.000
Udgifter pr. ambulancekørsel	£ 254
Udgifter ambulancetjeneste pr. 1000 indbygger (2002/03)	£ 13.680
Udgifter pr. indbygger (2003/2003)	£ 13,68

Kilde: Statistical Bulletin, Bedfordshire and Hertfordshire Ambulance Services and Paramedic Service Trust

² Baseret på Bedfordshire and Hertfordshire ambulancetrusts bruttodriftsudgifter til Accident og Emergency Services i 2002.

6. Schleswig-Holstein (Tyskland)



6.1 Facts

Befolkning og areal	Schleswig-Holstein
Antal indbyggere 2003	2.782.293 mio.
Areal (km ²)	15.763 km ²
Befolkningstæthed (indbyggere/km ²)	177 indbyggere/km ²

Kilde: Statistisches Bundesamt Deutschland.

6.2 Kilder

Ved henvendelse til de centrale myndigheder i Schleswig-Holstein blev der henvist til, at statistik vedrørende ambulancetjenesten kun findes på laveste forvaltningsniveau, dvs. hos de enkelte "amter" (Kreise), der baserer statistik på input fra ambulanceoperatører og sygekasser, og at der i tysk lovgivning er en klausul om fortrolighed. Det har derfor ikke været muligt at få udleveret opdaterede nøgletalsoplysninger vedrørende omkostninger og aktivitet for ambulancetjenesten i Schleswig-Holstein.

Beskrivelsen baserer sig således på interviews vedrørende organisering og finansiering med koordinatoren for ambulancetjenesten i Landkreistag/Städteverband Schleswig-Holstein (sammenslutning af amter/kommuner), en ambulancekyndig i Ministeriet for Arbejde, Sundheds- og Socialvæsen i Schleswig-Holstein samt et tysk konsulentfirma, Forplan Dr. Schmiedel, der er specialiseret i ambulancetjenesten. Desuden indgår diverse artikler vedrørende ambulancetjenesten i hele Tyskland og en række

rapporter af ældre dato (1995-98), der vedrører internationale sammenligninger af ambulancetjenesten.

6.3 Finansieringsforhold

Det tyske sundhedsvæsen er meget decentraliseret og har mange aktører. På nationalt plan indgår staten med lovgivning, bl.a. om obligatorisk sygeforsikring. I de 16 delstater er regeringerne ansvarlige for planlægning og udførelse af sundhedsvæsenet, og beslutnings- og planlægningskompetence decentraliseres yderligere ned til Kreisene ("amter"). Sundhedsvæsenet har en klar opdeling i udførere og bestillere (eller købere og sælgere) med sygekasserne som bestillere og hospitaler og andre producenter af sundhedsydelser som udførere.

Sundhedsvæsenet finansieres via skatter, obligatoriske sygeforsikringer, private sundhedsforsikringsordninger og brugerbetaling. De obligatoriske sygeforsikringer, hvis bidrag opkræves via arbejdsgiveren, udgør ca. 70% af den samlede finansiering. Sygekasserne forhandler med udførerne af sundhedsydelserne om betaling og afregningspriser.

For ambulancetjenesten gælder ligeledes, at sygekasserne fungerer som tredjepartsbetalere og refunderer den ansvarlige myndighed, f.eks. en aftalt pris pr. ambulancekørsel, på vegne af sine medlemmer. Den ansvarlige myndighed, Kreisene, forhandler med ambulanceoperatørerne om udførelse og betaling for ambulancetjenesten. Pengene følger således på den ene side patienten og dennes sygekasse, der refunderer patientens udgifter, og på den anden side operatørerne, der får betaling fra Kreisene for udført aktivitet.

Patienterne betaler en ensartet pris via deres sygeforsikring for ambulanceydelserne, men for operatørerne gælder et udligningsprincip, således at operatører med lavere enhedsomkostninger betaler til operatører med høje enhedsomkostninger. (Forplan) Argumentet for dette er, at omkostningerne ved ambulancetjeneste alt andet lige er lavere i nogle områder, f.eks. tætbebyggede, end i andre. En fordel ved systemet er, at det er med til at sikre borgene adgang til ambulanceydelser, uden at gøre det mindre attraktivt for operatører at udføre tjenesten i yderområderne. En ulempe med systemet er, at det ikke opmuntrer til produktivitet- og effektivitetsstigninger eller til at indføre produktivitetfremmende foranstaltninger. Kreisene har dog den mulighed at fravælge samarbejdet med operatører, der ikke er effektive.

En ekspertrapport vedrørende forslag til strukturændringer i det tyske sundhedsvæsen (Sachverständigenrat, 2003) påpeger, at udgifter til patienttransport har været stærkt stigende i perioden 1993-2001, og at der savnes gennemsigtighed i refusionsmodel og regnskabsaflæggelse fra såvel sygekasser, forsikringsselskaber som bestillere af ambulancetjenesten

Desuden menes den stærke decentralisering af bestillerniveauet (Kreisene) at virke som en barriere for samarbejde på tværs af ambulanceområdegrænser i forbindelse med aftagende sygehustæthed og stigende specialisering inden for sygehusvæsenet i Tyskland. Rapporten anbefaler derfor, at man tilladte planlægning af ambulancetjenesten på tværs af forvaltningsgrænser, reducerer antallet af alarmcentraler og ambulancestationer, samt definerer kvalitetsindikatorer og økonomiske (efficiens) indikatorer for ambulancetjenesten med mulighed for regnskabsteknisk og statistisk at kunne monitorere eller "controlle" udviklingen hos forsikringsselskaberne. Desuden foreslår rapporten, at der oprettes "integrierte Leitstellen" (integrerede alarmcentraler), hvor alle tyske hjælpesøgende kan henvende sig (psykiatrisk hjælp, kontraktslægelig hjælp, førstehjælp, ambulancetjeneste, ulykkeshjælp mv.). En sådan omstillingsproces kræver en del tilpasning fra det finansielle system. Blandt andet må sygekasser og forsikringsselskaber yde en indsats for at få tilpasset de nye krav til ambulancetjenesten til refusionsmodeller osv.

6.4 Markedsstruktur

Det lovmæssige grundlag for ambulancetjenesten i Schleswig-Holstein er den såkaldte "Rettungsdienstgesetz" (RDG) lov om ambulancetjenesten. I henhold til loven er Kreisene og de Kreisfreien Städte ansvarlige for ambulancetjenestens udførelse som en selvforvaltningsopgave "under hensyntagen til omkostningsminimering og økonomisk rationalitet". Det gælder al ambulancetjeneste med undtagelse af lufttransport, der er et delstatsanliggende.

I henhold til RDG-loven må Kreisene overlade udførelsen såvel til hjælpeorganisationer, som juridiske personer og private virksomheder. I Schleswig-Holstein udføres ambulancetjenesten af hjælpeorganisationer (Rotes Kreuz, Arbeiter Samariter Bund, Johaniter Unfallhilfe, Malteser Hilfsdienst) og af Kreisene selv, f.eks. af brandvæsenet. Selvom RDG-loven muliggør det, anvendes private profitorienterede virksomheder til udførelsen af ambulancetjenesten stort set ikke i Schleswig-Holstein. Dog skal det bemærkes, at de fleste "hjelpeorganisationer" er organiseret juridisk som aktieselskaber (GmbH) og drives efter almindelige forretningsprincipper³, så det må formodes, at grænsen mellem "hjelpeorganisationer" og "private, profitorienterede virksomheder" til dels er flydende.

Akuttransport og sygetransport er adskilte områder i Tyskland. Der tales om "Notfallrettung" og "Qualifizierte Krankentransport". "Notfallrettung" svarer til akutkørsel med patienter, der er i en livstruende tilstand, mens "Krankentransport" er kørsel med patienter, hvis tilstand ikke er livstruende, men som alligevel kræver en ambulance med professionel overvågning til sin transport til sygehuset. I en rapport fra 1995 (Rotes Kreuz) anbefales en sammenlægning af de to områder med henblik på opnåelse af stordriftsfordele. Det udleverede materiale fra Schleswig-Holstein siger dog intet om, hvordan de to områder i Schleswig-Holstein i dag er organiseret, om de samme operatører udfører begge typer af transport, eller om det er delt på flere operatører.

I henhold til RDG skal ambulancekøretøjer være bemandede med 2 personer, hvor den ene skal være uddannet "Rettungsassistent" (ca. 2.800 timers uddannelse) og den anden som minimum have uddannelse som "Rettungssanitärer" – en uddannelse der ikke er så langvarig som den første. Desuden skal ambulancer i Schleswig-Holstein om nødvendigt være bemandede med en læge⁴.

Lov om ambulancetjeneste (RDG) er for nylig blevet ændret med ikrafttræden den 1. oktober 2002. Nyt i loven er indførelsen af et såkaldt "Kosten und Leistung Nachweis", som er et regnearksbaseret revisionsystem til at opfange Kreisenes udgifter og ydelser og sammenholde aktivitet og økonomi på tværs heraf. Systemet er implementeret, men kører på første år. Der findes således endnu ikke data.

Samtidig indføres der med den reviderede lov en "voldgiftsret" for refusion og betaling af ambulance-tjenesten. Voldgiftsretten består af et panel med repræsentanter for de forskellige interessenter i ambulancetjenesten, der vurderer den præsterede ambulanceaktivitet i forhold til omkostningerne. Systemet indføres bl.a. som en hjælp til Kreisene, idet nogle Kreise har oplevet vanskeligheder med at inddrive betaling fra sygekasserne, f.eks. i de tilfælde, hvor der ikke er tale om transport af en patient. Det vil sige, at hvis en ambulance rykkede ud, og patienten fik behandling på stedet og derefter følte sig rask, var der ikke tale om patienttransport og dermed ingen betaling fra sygekasserne.

6.5 Aktivitets- og servicemål

I RDG-loven er nedfældet et krav om opretholdelse af ambulanceberedskab med henblik på opnåelse af visse responstider. I Schleswig-Holstein gælder et responstidskrav på 12 minutter for 90% af alle akutte kørsler (1 minuts reaktionstid plus 11 minutters kørsel). Ligeledes fastsætter loven høje uddannelsesmæssige krav til ambulancepersonalet, jf. beskrivelsen ovenfor. Dette lovmæssige krav indebærer dyr infrastruktur og et stort ambulanceberedskab. På spørgsmålet om, hvorfor den tyske ambulancetjeneste hører til blandt Nordeuropas dyreste, er de lovmæssige krav til uddannelsesniveau og responstider, der nødvendigvis medfører et stort ambulanceberedskab, nævnt som den primære forklaring (Forplan Dr. Schmiedel).

³ Oplyst fra Falck

⁴ RDG, afsnit 1, paragraf 3, Skal være en certificeret akut- eller katastrofelæge, eventuelt en vagtlæge/natlæge (Notarzt)

6.6 Nøgletal

I år 2000 var der 16 alarmcentraler i Schleswig-Holstein (Behrendt og Schmiedel 2003). Heraf betjente de 10 mindre end 25.000 hjælpesøgende personer og de 6 centraler 25.000-50.000 hjælpesøgende personer, hvilket sammenlignet med de øvrige tyske delstater ikke er så mange opkald pr. central. Samtlige ambulancecentraler i Schleswig-Holstein har integreret brandvæsen og ambulance-tjeneste.

I år 2000 var der 99 ambulancestationer, heraf 12 med deltidsbemanding. Der var 296 ambulancekøretøjer og af disse 133 døgnambulancer, 194 akutambulancer med 99 døgnambulancer samt 30 sygetransportkøretøjer, hvoraf ingen er døgnbesatte.

Antallet af alarmcentraler er i følge en rapport fra PLS Rambøll reduceret til 15, og antallet af ambulancestationer i Schleswig Holstein er reduceret til 74 stationer i år 2003 (PLS Rambøll, 2003).

Der tales om "Vorhaltestunde", som er den tid, ambulancen er ledig og venter på at få et opdrag. For at kunne opfylde responstidsmålsætningen er det nødvendigt at have et beredskab i form af "vorhaltestunde". I år 2000 anvendte Schleswig-Holstein ca. 980.000 ambulancepersontimer på "vorhaltestunde" (Behrendt og Schmiedel 2003)

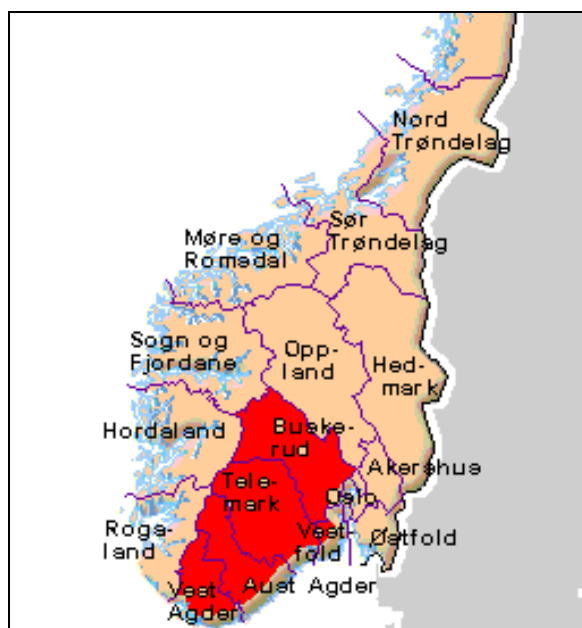
Nøgletallene i tabellen nedenfor er af ældre dato (Leistungsanalyse 2000-2001 fra Behrendt og Schmiedel 2003). Der hvor det ikke er muligt at få aggregerede tal for Schleswig-Holsteins Kreise, opgives tal vedrørende aktivitet og økonomi for hele Tyskland. Dette markeres dog i tabellen.

Input (2000)	
Antal ambulancer pr. 100.000 indbyggere (inkl. Krankentransportwagen - 296)	10,6
Antal akutambulancer pr. 100.000 indbyggere	6,9
Output (aktivitet) 2000/01	
Antal akutopkald	n.a
Andel af akutopdrag, der besvares indenfor 5 min responstid (hele Tyskland)	33,9%
Andel af akutopdrag, der besvares indenfor 8 min. responstid (hele Tyskland)	73,9%
Andel af akutopdrag, der besvares indenfor 10 min. responstid (hele Tyskland)	79,1%
Andel af akutopdrag, der besvares indenfor 12 mini. responstid (hele Tyskland)	90,3%
Andel af akutopdrag, der besvares indenfor 15 min. responstid (hele Tyskland)	93,8%
Gennemsnitlig responstid (hele Tyskland)	7,8 min.
Antal ambulancekørsler pr. 1000 indbyggere (hele Tyskland)	124,9
Antal akutte kørsler pr. 1000 indbyggere	53,7
Output (aktivitet) 2000/01	
Udgifter ambulancekørsel i alt (mio. Euro) ⁵ (hele Tyskland)	€ 1.955,25 mio.
Udgifter pr. indbygger (hele Tyskland)	€ 23,7

Kilde: Behrendt og Schmiedel 2003 (Leistungsanalyse 2000/2001), Sachverständigenrat für die Konzierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003.

⁵ Dette tal er baseret på de totale "Fahrkosten" opgivet af den lovpligtige sygeforsikring, i alt ca. 2,6 mia. Euro, fratrukket 24,3% taxikørsel med patienter. Tallet inkluderer fly- og helikoptertransport. Det er tvivlsomt, hvorvidt udgifter til alarmcentralerne er inkluderet i "Fahrkosten", hvorfor det må formodes at udgifterne er lavt sat i forhold til det reelle tal.

7. Helseregion Sør (Norge)



7.1 Facts

Befolkning og areal	Helseregion Sør
Antal indbyggere 2002	882.745
Areal	48.951 km ²
Befolkningstæthed (indbyggere/km ²)	18 indbyggere pr. km ² (stor variation mellem fylkerne)

Kilde: Arealstatistik 2002, www.statkart.no

Helseregion Sør består af 5 fylker i det sydlige Norge: Buskerud, Telemark, Vestfold, Vest- og Øst-Agder der i forbindelse med den norske sygehusreform blev slået administrativt sammen. Helseregionen har ansvar for drift og produktion på regionens sygehuse, også ambulancetjenesten.

7.2 Kilder

Til beskrivelse af ambulancetjenesten i Norge og specifikt i Helseregion Sør er indhentet oplysninger fra Statistisk Sentralbyrå, fra den ansvarlige for ambulancetjenesten i Helseregion Sør samt fra Afdelingen for Beredskab og Akuttmedicin under Social og Helsedirektoratet. Desuden indgår rapporter fra Sintef Unimed NIS, fra Helsedepartementet (Norges Officielle Udredninger) og en række artikler og nyhedsbreve i beskrivelsen. Endelig har en lokal ambulanceoperatør suppleret beskrivelsen på enkelte punkter.

7.3 Finansieringsforhold

Det norske sundhedsvæsen finansieres via skatteopkrævning og er for 95% af indsatsens vedkommende et offentligt finansieret og drevet sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenet er inddelt i specialhelsetjenesten, som inkluderer sygehussektoren, og folketrygden (sygesikringsordninger) der omfatter

primærsektoren. I lov med ikrafttrædelse den 1. februar 1999 blev Norge inddelt i 5 sundhedsregioner med ansvar for sygehusområdet.

Akuttransport er en del af specialhelsetjenesten og inkluderer akut landtransport og bådtransport. Helikopterambulancetjeneste er et statsanliggende og har indtil for nylig ikke været en del af specialhelsetjenesten. Der arbejdes dog i øjeblikket på at gøre helikopterambulancetjenesten til et regionalt anliggende og lægge det ind under specialhelsetjenesten på linie med den øvrige ambulance-tjeneste.

Den siddende patienttransport ("syketransport") finansieres via trykdeorganisationerne, som minder om den danske sygesikring, og er ikke en del af ambulancetjenesten. Priser på denne type patienttransport forhandles mellem folketrygden og operatørerne (f.eks. taxiselskaber), og pengene følger operatørerne – ikke patienten. Der arbejdes p.t. på at lægge dette område ind under specialhelsetjenesten, og nye finansieringsmetoder vurderes. Helseregion Sør overtager ansvaret for denne patienttransport pr. 1. januar 2004 (oplysninger fra Helseregion Sør). I dag skal al liggende patienttransport foregå med ambulance, men når ansvaret for al patienttransport skal samles centralt hos helseregionen giver det blandt mulighed for, at en større del af det, der i dag karakteriseres som "ambulancetransport" kan blive "sygetransport" (Torgrim Klockervold).

7.4 Organisation og markedsstruktur

Helseregionen er den overordnede, ansvarlig myndighed for ambulancetjenesten og kan i henhold til Specialhelsetjenesteloven som udgangspunkt selv udføre tjenesten eller indgå aftale med andre herom. I øjeblikket er rollerne for de forskellige aktører og interessenter i ambulancetjenesten uklare, og der arbejdes på at fastlægge rollefordelingen.

I helseregion Sør har 3 lokale organisationer (helseforetak) ansvaret for driften:

- ◆ Sygehus Sørlandet
- ◆ Sygehus Buskerud
- ◆ Sygehusene Telemark og Vestfold, der arbejder på at opbygge en fælles enhed for ambulancetjenesten.

Operatører er enten sygehuset selv eller private virksomheder og frivillige organisationer. Sygehus Sørlandet udfører ambulancetjenesten selv, og Sygehus Buskerud og Sygehusene Telemark/Vestfold udfører dels ambulancetjenesten, dels anvender private operatører (ca. 50/50 fordeling af aktiviteten mellem sygehusene og private operatører).

Sygehus Buskerud har haft driften af ambulancetjenesten i udbud (Helse Sør og Sykehuset Buskerud, 2003), men aflyste licitationen efter at have gennemgået de indkomne tilbud. Begrundelsen for aflysningen var ifølge Helseregionen, at tilbuddene ville medføre en dramatisk forøgelse af omkostningerne for sygehuset. Ifølge Helseregionen samt en lokal ambulanceentreprenør skyldtes dette de kvalitetskrav til personalets uddannelse og med hensyn til reaktions- og kørselstider der var beskrevet i udbuddet. Kravene medførte tilbud, der var baseret på et tilsvarende højt ambulanceberedskab og ville dermed medføre forhøjede omkostninger. På den baggrund har sygehuset og helseregionen besluttet at drive ambulancetjenesten selv, dog med et mindre ambulanceberedskab og dermed lavere omkostninger end angivet i udbuddet. Det fremtidige niveau for - og organiseringen af - ambulancetjenesten i Buskerud ligger endnu ikke helt fast.

Hvad angår betalings- og finansieringsforhold for ambulancetjenesten er det således, at Helseregionen og de ansvarlige sygehuse forhandler en basisaftale med operatørerne hvert 3-5 år. Basisaftalen indeholder aftaler om aktivitetsniveau, kvalitets- og tilgængelighedskrav sat i forhold til et rammebudget. Aktivitetsniveauet fastlægges på basis af de tidligere 3 år. I aftalerne indgår desuden sanktionsforhold, dvs. hvilket råderum aftalparterne har, såfremt aktivitetsmålene ikke nås. Der er ikke i aftalerne forskel på, hvilken type operatør (privat/offentlig/profit/non-profit organisation), der er tale om. Afta

lerne kan genforhandles og justeres årligt, såfremt væsentlige forhold ændrer sig, f.eks. hvis der er nye krav til uddannelse af ambulancepersonalet.

7.5 Aktivitets- og servicemål

For ikke-planlagte ambulanceopdrag gælder følgende inddeling (i henhold til Norsk indeks for medicinsk nødhjælp - den norske lægeforening 1999):

Rødt opdrag: Omfatter akut transport, dvs. umiddelbar udrykning med nødvendigt varslingsudstyr

Gult opdrag: Omfatter hastetransport, dvs. opprioriterede kørsler, der skal ske uden ventetid

Grønt opdrag: Almindelig transport til aftalt tid og uden brug af varslingsudstyr.

Responstid defineres som det tidsinterval, der medgår, fra meldingen modtages på alarmcentralen, til ambulanceenheden er fremme ved skadesstedet.

Af kravspecifikationen vedrørende licitationen fra Buskerud fremgår, at der lægges følgende responstider til grund for det ønskede antal ambulanceenheder samt placering af ambulancestationen.

90% af befolkningen ved akutte opdrag (rød) og under optimale forhold:

- 1) kan nås med ambulance inden 12 minutter i byer og tætbebyggede områder (med 10-15.000 indbyggere)
- 2) kan nås med ambulance inden 25 minutter i yderområderne.

90% af befolkningen ved hasteopdrag (gul) og under optimale forhold:

- 3) kan nås med ambulance inden 30 minutter i byer og tætbebyggede områder
- 4) kan nås med ambulance inden 40 minutter i yderområderne.

Disse responstider svarer til den anbefaling vedrørende indførelsen af decideret responstidskrav, der kom fra offentlige myndigheder 1998-2000, fra Social og Helsedepartementet i 1999 (Helsedepartementet, 2002).

Efter denne anbefaling udførte Sintef en analyse (Johansen et al, 2002) ved hjælp af en ambulancelokaliserings-optimeringsmodel af, hvad det ville betyde for udgifterne til akut (rød) ambulancetjeneste at indføre disse responstider som egentligt lovkrav. Analysen forudsætter, at alle ambulancer bliver betjent af mindst 2 mand, hvilket fra 1. januar 2004 bliver et lovmæssigt krav.

I 2001 lå 90% af akutopdragene i byområderne (over 10.000 indbyggere) inden for en responstid på 19,23 minutter, og 90% af akutopdragene i kommuner under 10.000 indbyggere lå inden for en responstid på 33,58 minutter. Kun 63% af akutopdragene i byområderne lå inden for 12 minutters responstid, og kun knap 80% af akutopdragene i yderområderne blev responderet inden for de 25 minutter. I henhold til analysen vil det samlet koste Norge 224 mio. Nkr. ekstra om året i driftsudgifter at få responstiderne op på det krævede niveau. For helseregion Sørs vedkommende vil det koste knap 35 mio. Nkr. at nå responstidsmålene for akutopdrag.

Analysen betød, at man gik bort fra responstidskravet og i stedet indførte et lovmæssigt forsvarlighedsbegreb, og i dag er ovennævnte responstidskrav kun vejledende (Petter Schou, Social og Helsedirektoratet). Man vil dog følge udviklingen i responstider på nært hold fremover.

For Helseregion Sørs vedkommende er datagrundlaget ikke godt nok til at kunne give et billede af de realiserede responstider for 2001 i hele regionen. Der findes kun registreringer fra Vestfold og Vest-Agder fylker. Helseregion Sør indførte akutmedicinsk registreringsystem (AMS) i 2002, der inkluderer responstidsregistrering, og har data fra 2002. Dog har helseregionen ikke ønsket, at tallene offentliggøres, blandet andet begrundet i, at systemet ikke endnu er implementeret nok til at give nøjagtige, aggregerede data for hele regionen.

7.6 Nøgletal

Helseregion Sørs 5 fylkekommuner har forskellige regnskabspraksis, og derfor er regnskabstal mellem fylkerne ikke umiddelbart sammenlignelige. Der arbejdes i Norge p.t. i KOSTRA projektet på at definere fælles regnskabsstandarder for ambulanceområdet med henblik på national statistik (Julie Kjellvik).

Det er ikke muligt at dele driftsudgifterne op i forhold til de forskellige kategorier af akutopdrag (rød, gul, grøn). Tallene inkluderer bådtransport, men for Helseregion Sørs vedkommende betyder det ikke så meget, idet regionen kun råder over 1 ambulancebåd.

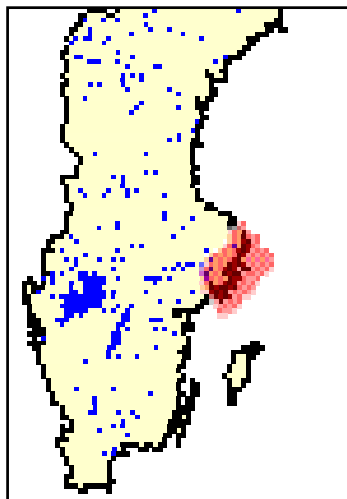
Input (aktivitet) 2002	
Antal døgnambulancer pr. 100.000 indbyggere	8,1
Antal opdrag (2002)	87.704
Antal opdrag pr. indbygger	0,99
Antal opdrag pr. 1000 indbyggere	98,6
Antal kørte kilometer	5.194.606
Output (aktivitet) 2001	
Andel af akutte (røde) kørsler, der nås inden for 15 min responstid (2001)	n.a.
Andel af akutte (røde) kørsler, der nås inden for 12 min. responstid (2001)	n.a.
Antal kilometer pr. kørsel	59 km
Udgiftsnøgletal 2002	
Total befolkning i Helseregion Sør i 2002	882.745
Totale driftsudgifter ambulancetjenesten Helseregion Sør (Nkr) ⁶	Nkr. 284 mio.
Udgifter pr. ambulanceopdrag	Nkr. 3.238
Udgifter pr. indbygger	Nkr. 321
Udgifter pr. kilometer, Nkr.	Nkr. 54,67
Udgifter 2001	
Total befolkning i Helseregion Sør 2001	879.050
Totale driftsudgifter ambulancetjenesten (2001), N.kr.	Nkr. 266 mio.
Udgifter pr. ambulancekørsel	Nkr. 3.159
Udgifter pr. indbygger	Nkr. 303

Kilde: Ambulanseforum nr. 3 2003, Statistisk Sentralbyrå samt Helseregion Sør.

For Norge samlet set er der sket en vækst i udgiften pr. ambulancekørsel på 21,5% mellem 2001 og 2002. I Helseregions Sør er der sket en vækst på 7% i driftsudgifterne og 4% i antallet kørsler i forhold til 2001 (Ambulanseforum, 2003), Helseregionen selv opgiver en vækst på 7,1% i aktiviteten (84.162 - 90.127 kørsler). Forklaringen på dette skulle være forskellige opgørelsesmetoder.

⁶ Baseret på bruttodriftsudgifter til ambulancetjenesten 2002. Tallet inkluderer bådtransport. Dog har Helseregion Sør kun 1 ambulancebåd, og udgifterne til bådtransport vejer ikke tungt i driftsudgifterne.

8. Stockholms Län (Sverige)



8.1 Facts

Befolkning og areal	Stockholms Län
Antal indbyggere 2002	1.850.467 (20,7% af samlede befolkningstal i Sverige)
Areal	6.519 km ² (1,6% af det samlede areal i Sverige)
Befolkningstæthed (indbyggere/km ²)	283,8 indbyggere pr. km ²

Kilde: Årsredovisning 2002, Stockholms Läns Landsting.

8.2 Kilder

Beskrivelsen af ambulancetjenesten i Stockholms Län er baseret på bulletiner og rapporter fra Socialstyrelsen, årsrapporter og diverse andet materiale stillet til rådighed af Enheden for Ambulanssjukevård (CAK) i Stockholms Län til besvarelse af interviewguiden. Endeligt har Falck Ambulans AB og CAK kommenteret første udkast til beskrivelsen, og deres kommentarer er taget med i den endelige beskrivelse.

8.3 Finansieringsforhold

Det svenske sundhedsvæsen er finansieret via skatteopkrævning og for en mindre dels vedkommende via direkte brugerbetaling. Landstingene har ansvaret for udførelsen og driften af sundhedsvæsenet. I henhold til Hälso- og Sjukvårdslågen er landstinget ansvarlig for, at en organisation transporterer patienter til og fra behandling på sygehus eller hos læger, men landstinget må gerne aftale med en anden part om at udføre tjenesten. Ansvaret for sundhedsvæsenet er opdelt på bestillere og producenter (udførere). I Stockholm er oprettet et internt marked ved den såkaldte "Stockholmmodel", hvor en central bestiller eller købermyndighed får tildelt en bevilling fra det politiske niveau, for hvilken der købes sundhedsydelse hos producenterne. Bestillere er hälso- og sjukvårdsnævne og lokale sjukvårdsstyrelser, og producenter er f.eks. sygehusene, men også ambulanceoperatører.

Ansvar for ambulancetjenesten i Stockholm ligger hos CAK (Centrale Afdelingerne for Ambulanssjukvård og Katastrofmedicinsk Planering). Afdelingen for ambulancetjeneste under CAK har ansvaret for at bestille udførelsen af ambulancetjenesten, den liggende patienttransport, helikopterambulancen samt transport af døde, dirigering og prioritering af ambulanceressourcer under SOS alarmcentralen, datajournaler osv. Desuden har afdelingen ansvaret for opfølgning, monitorering og udvikling af ambulancetjenesten. Dette består konkret i opfølgning på aftaler med ambulanceoperatørerne og SOS alarmcentralen via statistik og kvartalsvise "kvalitetsmøder".

Der indgås aftaler mellem ambulanceoperatørerne og CAK ca. hvert 5 år. Den nuværende aftaleperiode går fra februar 2000 til slutningen af januar 2005. Der er tale om fast betaling samt variabel betaling, hvis antallet af ambulanceudrykninger ændres mere end det, der var forudsat ved aftalens indgåelse – det gælder såvel øget som reduceret betaling. I henhold til aftalen kan operatøren idømmes en bod, hvis den aftalte reaktionstid ("anspændingstid"), dvs. den tid, der går fra ambulancepersonalet modtager opkaldet fra alarmcentralen til ambulancen er på vej, overskrides, eller hvis ambulancen ikke som aftalt er tilgængelig for kørsel. (oplysninger fra CAK).

De svenske landsting har erfaringer med udbud siden begyndelsen af 1990'erne. På nuværende tidspunkt har 10 af 21 landsting gennemført udbud (PLS Rambøll, 2003).

8.4 Organisation og markedsstruktur

I Stockholms Län udføres ambulancetjenesten i den nuværende aftaleperiode af fire operatører:

FALCK Ambulans AB (privat virksomhed, der står for 25% af den samlede driftstid⁷ i Stockholms Län)
Samariter Ambulans AB (privat virksomhed, der står for 16% af de samlede driftstid i Stockholms Län)
AISAB (Ambulanssjukvården i Storstockholm AB, som står for 38% af den samlede driftstid i Stockholms Län)
Södertörns Brandförsvarsförbund (en kommunal virksomhed, der står for 22% af den samlede driftstid i Stockholms Län)⁸.

Medens Falck og Samariter Ambulans er private virksomheder, er AISAB ejet af Landstinget, men er også profit-orienteret virksomhed⁹. AIS AB udfører udelukkende ambulance- og akutbilstjenester i Stockholm.

Helikoptertjenesten udføres af en virksomhed, Lufttransport Svenska AB, der er en privat leverandør, i nuværende aftaleperiode som er dec. 2001 til dec. 2006. Den liggende patienttransport varetages af to private firmaer.

Den offentlige alarmcentral SOS alarm står for modtagelse, prioritering og dirigering af samtlige alarmopkald til de forskellige operatører.

Der arbejdes i øjeblikket på at forbedre kvaliteten og effektiviteten af den akutte behandling i Sverige, herunder også i Stockholms Län, inkl. ambulancetjenesten. Fra senest oktober 2005 skal der være en uddannet sygeplejerske i alle ambulancer til administration af lægemidler. Et af de logistiske problemer i forhold til ambulancetjenesten er at få vurderet patientens behandlingsbehov, at dirigere det rigtige akutmøretøj til den pågældende indsats og få kørt patienten til det "rigtige" sygehus. Indførelse af Global Positioning System (GPS) i alle ambulancer, så det vides, hvor ambulancen befinder sig, vil forbedre alarmcentralens muligheder for at vælge den rigtige ambulance. Ligeledes diskuteres indførelsen af økonomiske incitamenter i forhold til sygehusene, så de overvejer, hvilken type transport deres patienter har behov for i forbindelse med akutbefordring, således at de ikke bare beder om en ambulance.

⁷ Antal driftstimer (ambulance og akutbil) per operatør i forhold til det totale antal driftstimer i länet, regnet på en normaluge.

⁸ Samlet giver det 101%, oplysninger er fra CAK, derfor vides det ikke, hvor oprundningen af procenttallene er foretaget.

⁹ Der tages forbehold for denne oplysning, i det i henhold til CAK drives AIS AB med "vinstsyfte", og i henhold til Falck AB drives AIS AB med "målsætning noll vinst".

Et andet tiltag til strukturændring er centralisering af de akutte sygehuse, så de koncentrerer sig om den højt specialiserede behandling, med oprettelse af akutklinikker i nærområderne.

8.5 Aktivitets- og servicemål

I disponeringen går SOS operatørerne ud fra fire prioriteringsgrader (svensk indeks for akutmedicinsk mottagning):

- Prio 1 Akutte livstruende symptomer eller ulykkestilfælde
- Prio 2 Akutte, ikke-livstruende symptomer
- Prio 3 Opgaver hvor rimelig ventetid ikke bedømmes at ville påvirke patientens tilstand
- Prio 4 Anden transport end ambulance eller henvisning til andre dele af sundhedsvæsenet

Responstider er delt i 2. "Anspänningstiden" er tiden fra SOS alarmcentralens opkald til ambulancepersonalet, til ambulancen kører fra sit udgangspunkt (anspänningstiden). "Insatstiden" er fra ambulancen kører fra sit udgangspunkt til ambulancepersonalet ankommer til skadesstedet.

Den konkrete responstidsmålsætning for Stockholms Läns ambulancetjeneste (Årsrapport 2002 – akut omhändertagende) er anført nedenfor.

Prioritet 1 indsatser:

- ◆ 75% skal besvares inden for 10 minutter
- ◆ 95% inden for 15 minutter
- ◆ 99% inden for 20 minutter
- ◆ 100% inden for > 20 minutter.

Prioritet 2 indsatser:

- ◆ 85% skal besvares inden for 30 minutter
- ◆ 95% skal besvares inden for 45 minutter
- ◆ 99% skal besvares inden for 60 minutter
- ◆ 100% skal besvares inden for > 60 minutter.

Disse målsætninger nås ikke helt for prioritet 1 indsatserne, jf. nedenstående nøgletal.

8.6 Nøgletal

Output (aktivitet) 2002	
Antal ambulancer pr. 100.000 indbyggere (55 ambulancer 2003)	2,97
Antal ambulanceindsatser (2002) ¹⁰	132.600
Heraf prioritet 1 indsatser	60.996 (46%)
Antal ambulanceindsatser pr. 1.000 indbyggere	71,7
Antal prioritet 1 indsatser pr. 1.000 indbyggere	33,3
Andel af prioritet 1 indsatser der nås inden for 10 min responstid (sept. 2002)	69% (mål 75%)
Andel af prioritet 1 indsatser der nås inden for 15 min. responstid (sept 2002)	88% (mål 95%)
Andel af prioritet 2 indsatser der nås inden for 30 min responstid (sept. 2002)	81% (mål 85%)
Output (aktivitet) 2001	
Andel af prioritet 1 indsatser der nås inden for 10 min. responstid (sept. 2001)	72% (mål 75%)
Andel af prioritet 1 indsatser der nås inden for 15 min. responstid (sept. 2001)	91% (mål 95%)
Andel af prioritet 2 indsatser, der nås inden for 30 min. responstid (sept. 2001)	82% (mål 85%)
Antal kilometer pr. kørsel	n.a.
Udgiftsnøgletal 2002	
Total befolkning i Stockholms Län i 2002	1.850.467
Totale udgifter ambulancetjeneste Stockholms Län (Svkr) ¹¹	Sv.kr. 263 mio.
Udgifter per ambulanceindsats	Sv.kr. 2.000
Udgifter per liggende sygetransport	Sv. kr. 800
Udgifter pr. indbygger (ambulancetjeneste)	Sv.kr.142
Udgifter pr. kilometer, Svkr.	n.a.
Udgifter 2001	
Totale udgifter ambulancetjeneste Stockholms Län (2001), Sv.kr.	Sv kr. 249,8 mio.
Udgifter pr. ambulanceindsats	Sv.kr. 2.067
Udgifter pr. liggende sygetransport	Sv. kr. 800
Udgifter pr. indbygger	Sv. kr. 135

Kilde: Medicinsk Programarbejde, Årsrapport 2002, Nordvästra Sjukvårdsområdet Bokslut 2002, begge Stockholms Läns Landsting, samt oplysninger fra CAK

¹⁰ Hertil kommer 17.500 akutbils- og 2.700 helikopterindsatser, 48.800 liggende patienttransporter og 1.900 transporter af nødstedte (i alt 203.500 indsatser).

¹¹ Baseret på købte ydelser fra operatørerne af CAK 2002 minus udgifter til Afdelingen for Katastrofemedicinsk planlægning, plus et tillæg for overheadomkostninger for CAK. Tallet inkluderer således al akuttransport, dvs. ambulance, akutkørsel, helikoptertransport samt udgifterne til SOS alarmcentral. Udgifter til liggende patienttransport er angivet separat.

9. Holland



9.1 Facts

Befolkning og areal	Holland
Antal indbyggere 2001	15.987.875
Areal (km ²)	40.844 km ²
Befolkningstæthed (indbyggere/km ²)	391

Kilde: CBS Centraal Bureau voor de Statistiek

9.2 Kilder

For Hollands vedkommende er den primære kilde RIVM (National Institute of Public Health and the Environment), som for nylig har afsluttet analyser af ambulancetjenestens økonomi og effektivitet¹². RIVM har besvaret spørgsmålene i interviewguiden. Desuden har Falck stillet materiale vedrørende Holland til rådighed. Med mindre andet er angivet, stammer oplysningerne i afsnittet fra RIVM.

9.3 Finansieringsforhold

Det hollandske sundhedsvæsen finansieres hovedsagelig ved hjælp af bidrag fra sundhedsforsikringsordninger og sociale forsikringsordninger. En mindre del af sundhedsvæsenet finansieres ved brugerbetaling eller med tilskud fra de nationale kasser, der finansieres via skatteopkrævning. Det er obligatorisk at tegne sundhedsforsikringer. Præmien til de private sundhedsforsikringer betales direkte af befolkningen, og de offentlige sociale forsikringsordninger opkræves for hele befolkningen som en del af lønnen. Nogle ydelser, f.eks. homøopati, er ikke dækket af forsikringen, og andre, f.eks. visse nye behandlingsformer, behandling af misbrugere osv., finansieres direkte af regeringen.

Ambulancetjenesten finansieres via sundhedsforsikringsordninger. Forsikringsselskaberne opkræver præmier hos befolkningen og betaler til gengæld regningen for ambulancedydelser. Aftaler vedrørende afregningspriser mellem forsikringsselskaber og den ansvarlige myndighed for ambulancetjenesten

¹² (GJ et al.: Ambulances binnen bereik. Analyse van de spreiding en beschikbaarheid van de ambulancezorg in Nederland, RIVM Rapport 270556006 (Availability of Ambulance services); Veen A van der et al.: Niet zonder zorg: én onderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van de ambulancezorg, RIVM Rapport 270556002 (Not without care; a research into the efficiency and quality of ambulance care).

forhandles en gang om året på regionalt niveau. Det betyder, at der er regionale variationer i de aftalte afregningspriser, og ambulanceydelse er således f.eks. gennemsnitligt dyrere i de vestlige regioner end i de nordlige. Aftalerne indgås inden for rammerne af love, der vedrører tilgængelighed af ambulanceydelse og afregningspriser. En speciel overvågningsenhed kaldet "CTG" overvåger afregningspriserne og holder øje med, at produktionen og omkostningerne holdes inden for de økonomiske rammer eller budgetter, der er til rådighed. Dvs. de midler, der er indsamlet via forsikringsbidrag og sociale bidrag.

9.4 Organisation og markedsstruktur

Tidligere var der op til 200 ambulanceoperatører på det hollandske marked. I 1996 fandt man imidlertid, at systemet med de mange udførere ikke fungerede effektivt nok, og sundhedsministeriet, forsikringselskaberne og arbejdsgiverforeningen (AZN) gik sammen med henblik på at vurdere mulighederne for en omorganisering af ambulancetjenesten. Det blev til en beslutning om at etablere 25 regionale ambulanceorganisationer (RAV, "Regionale Ambulance Voorziening"), der hver især skulle være ansvarlige for ambulancetjenesten i en geografisk region svarende til de områder, politiet og brandvæsenet dækkede, men knyttet til kommunerne ("municipalities"), der var ansvarlige for kriseberedskabet.

I øjeblikket (2003) er en ny lov under udarbejdelse, som skal udgøre det lovmæssige grundlag for disse regionale ambulanceorganisationer (RAV). Det forventes, at et lovudkast er parat i efteråret 2003, og at loven træder i kraft 1. januar 2005. I et nyere notat fra Sundhedsministeriet (Den Danske Ambassade, 2003) beskrives forslaget om de regionale ambulanceplaner (RAP), der skal udfærdiges af RAV'en, og godkendes af Sundhedsministeriet, hvorefter RAV erhverver monopol på ambulancetjenesten i den pågældende region i en 4-årige periode mod at forestå regionens ambulancetjeneste, sikre kvalitet og lovgivningmæssige forhold overholdes, samt monitorere sin egen præstation. Som forhandlingspartner i forbindelse med godkendelse af RAP'en indgår bl.a. forsikringselskaberne. Af notatet fremgår ligeledes, at regionaliseringsprocessen er fremskreden, i det næsten alle regioner har oprettet en RAV.

De ambulanceoperatører, der således skal drive de regionale ambulanceorganisationer (RAV), er sammenslutninger af de firmaer, der tidligere udførte ambulancetjenesten, f.eks. et mix af offentlige og private firmaer eller heloffentlige/helprivate firmaer.

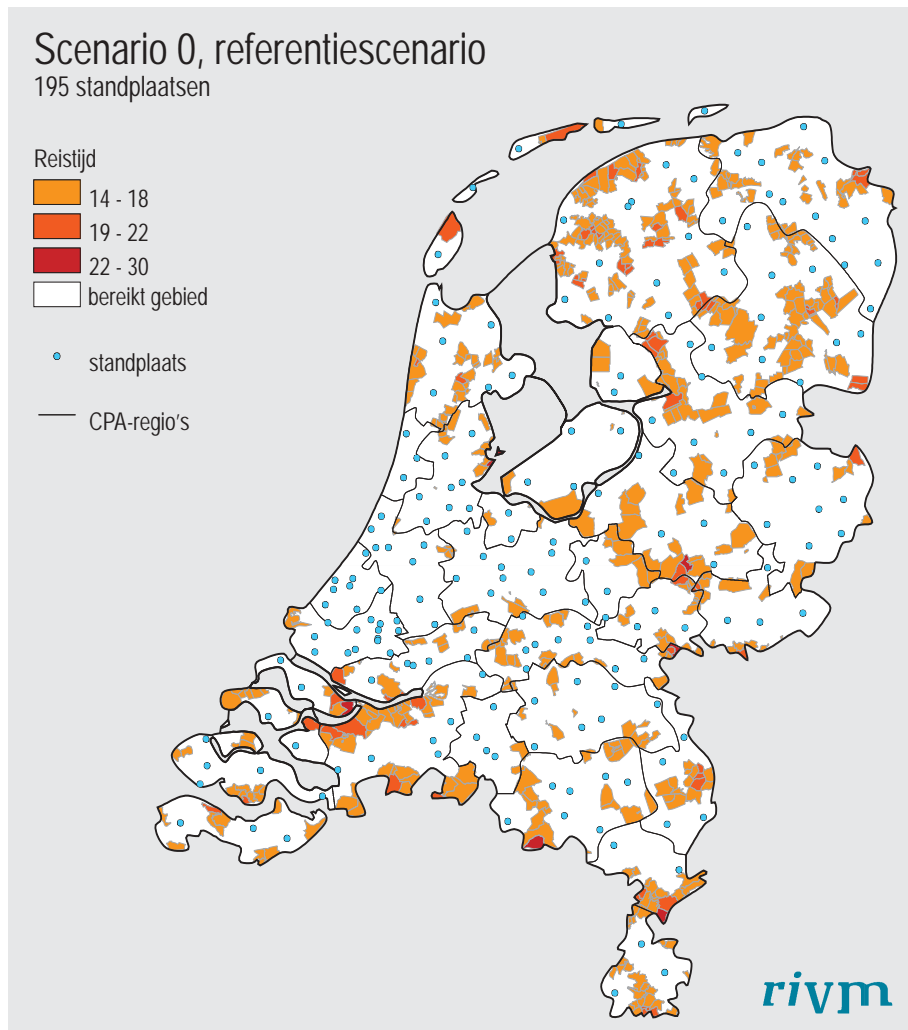
Alle alarmopkald besvares af én alarmcentral inden for hver RAV. I den ideelle verden besvares alarmopkaldene af paramedicinsk personale, som også kører ambulancerne og kan give akut medicinsk vejledning over telefonen. De, der modtager alarmopkaldet, bestemmer også, hvilken kategori opkaldet hører til, og hvilken form for ambulanceydelse opkaldet kræver. Hospitaler, der skal have overført patienter til andre hospitaler eller kørt patienter hjem efter udskrivning fra hospitalet, ringer også til alarmcentralen.

Alarmcentralen er oftest geografisk placeret sammen med politiets og brandvæsenets centraler. I dag har kun få regioner selvstændige ambulancealarmcentraler, og det er meningen, at alle alarmcentraler fremover skal slå sammen geografisk.

Alarmcentralen er en del af den centrale ambulancestation ("Central Post Ambulance Service", CPA), som er ansvarlig for koordinering og udførelse af ambulancekørsler inden for hver region (RAV) og er den centrale organisation i kommunikationen med andre organisationer, f.eks. praktiserende læger, hospitaler, politi og kommune.

CPA'en er således en central enhed i regionen, men dens funktion er uafhængig af regionen, ikke af ambulanceoperatørerne. Der findes kun én CPA pr. RAV, men der er ofte flere vagtcentraler i hver enkelt region, hvor ambulancer kører ud fra. På kortet næste side ses placeringen af vagtcentraler og CPA'er. I én region findes kun 2 centraler, i andre 16.

Opdeling af RAV-regionerne (der svarer til CPA- centralens område) og ambulancestationerne (195 små blå prikker) i Holland, 2001. Området med raster (orange) nås ikke inden for 13 minutters køretid (Kilde RIVM).



9.5 Aktivitets- og servicemål

Nationale målsætninger om responstider er formuleret. Responstidsmålene er dog ikke fastsat lov-mæssigt som krav, men opfattes kun som vejledende.

Alarmopkald kategoriseres som følger:

Kategori A1 opkald vedrører livstruende tilstande, der kræver akut behandling. For besvarelse af disse opkald og kørsel med ambulance er målsætningen en responstid på højst 15 minutter over hele landet.

Kategori A2 opkald dækker alle alvorlige tilstande (hændelser), og responstidsmålsætningen er 30 minutter over hele landet.

Kategori B er alt andet, inkl. transport mellem hospitaler og andre kørsler, liggende siddende patienttransport. Denne kategori har ingen responstidsmålsætning, idet kategori A1 og A2 danner fortilfælde.

Der anvendes samme type personale og ambulancekøretøjer for alle tre kategorier. I øjeblikket debatteres muligheden for at indføre et kategori 2B opkald, der kan besvares af mindre uddannet personale og mindre udstyrstunge køretøjer.

Responstid defineres som den tid, der går fra telefonen bliver taget på alarmcentralen, til ambulancen ankommer til skadesstedet, dvs. ulykkesstedet eller patientens adresse. Den tid, der medgår til at bære båren op ad en evt. trappe/elevator, er ikke talt med.

De 15 minutters responstid, der er målsætningen for kategori A1 opkald, indeholder 2 minutters starttid til spørge til patientens tilstand, videresende opkaldet til ambulancecentralen og 13 minutters ambulancekørsel.

9.6 Nøgletal

I øjeblikket kan kun 93% af den hollandske befolkning nås inden for 13 minutters kørsel.

Kun kategori A1 opkald monitoreres. Responstidsmålsætningen på 15 minutter nås for 91% af opkaldene, men det er målet at nå op på 95%.

I det følgende gives relevante nøgletal for aktivitet, udgifter og input og baseret på statistik for 2001.

Output (aktivitet) 2001	
Antal A1-kørsler	341.190
Antal A2- Kørsler	152.540
Antal B-Kørsler	313,410
Kategori A kørsler (akutkørsel i alt)	493.730
A- og B- kørsler i alt (ambulancetjeneste i alt)	807.140
Antal A1-kørsler per 1000 indbyggere	21,7
Antal A2-kørsler per 1000 indbyggere	9,7
Antal B-kørsler per 1000 indbyggere	19,9
Antal A- og B-kørsler per 1000 indbyggere	51,2
Antal A1-kørsler med tidsregistrering	338.994 (99,4%)
Antal A1-kørsler over 13 minutters køretid ¹³	27.810 (8,2%)
Antal kilometer per A1 kørsel	15,7 km
Andel af A1 kørsler der nås indenfor 15 minutters responstid	91%
Udgiftsnøgletal 2001	
Total befolkning i Holland i 2001	15.987.075
Totale udgifter ambulancetjenesten (EUROS) ¹⁴	€ 209 mio.
Udgifter per ambulancekørsel	€ 260
Udgifter per indbygger	€ 13

Kilde: RIVM

¹³ Tallet er et gennemsnit af knap 200.000 kørsler på mellem 0-60 kørsler, så ikke alle kørsler er inkluderet i tallet.

¹⁴ Tallet er baseret på en fremskrivning af en cost-of-illness analyse fra 1999, hvor Hollands samlede sundhedsomkostninger er allokeret til forskellige sygdomsgrupper og tilhørende aktiviteter herunder ambulancetjenesten.

Responstidsstatistik per CPA (Kategori A1 kørsler, 2001):

		Gennemsnitlig starttid (min:sec)	Gennemsnitlig køretid (min:sec)	Total responstid (min:sec)	Andel starttid (%)	Andel køretid (%)
	Total alle CPA-regioner	03:13	06:09	09:22	34,4	65,6
1	CPA Groningen	02:28	05:59	08:27	29,2	70,8
2	CPA Friesland	02:07	05:56	08:02	26,2	73,8
3	CPA Drenthe	04:12	05:34	09:46	43,0	57,0
4	CPA AAD-Oost	02:13	07:06	09:19	23,8	76,2
5	CPA IJssel-Vecht	02:03	07:31	09:33	21,4	78,6
6	CPA Regio-Achterhoek	02:39	07:16	09:55	26,7	73,3
7a	CPA Stedendriehoek	03:13	06:30	09:43	33,0	67,0
7b	CPA NW Veluwe	03:54	05:58	09:52	39,6	60,4
8	CPA Arnhem	04:38	06:33	11:10	41,4	58,6
9 & 10	CPA Nijmegen	03:29	07:26	10:56	31,9	68,1
11	CPA West-Veluwe Vallei	03:39	05:52	09:31	38,4	61,6
12	CPA Utrecht	03:12	06:10	09:22	34,1	65,9
13	CPA Flevoland	03:57	05:44	09:41	40,8	59,2
14	CPA Noord-Holland Noord	05:27	06:19	11:46	46,3	53,7
15	CPA Amsterdam e.o.	03:26	06:06	09:32	36,0	64,0
16	CPA Kennemerland	03:01	06:02	09:03	33,3	66,7
17	CPA Gooi en Vechtstreek	02:02	06:06	08:08	25,1	74,9
18	CPA Zuid Holland Zuid	03:51	05:39	09:30	40,6	59,4
19	CPA Haaglanden	01:41	05:20	07:02	24,0	76,0
20	CPA Hollands-Midden	04:30	05:15	09:44	46,2	53,8
21	CPA Rijnmond	04:17	06:20	10:37	40,3	59,7
22	CPA regio Eindhoven	01:30	07:02	08:32	17,5	82,5
23	CPA Brabant-Noord	03:12	06:34	09:46	32,7	67,3
24	CPA regio Westelijk N-Brabant	02:22	06:41	09:03	26,2	73,8
25	CPA Midden-Brabant	02:29	06:47	09:16	26,9	73,1
26	CPA Zuid-Limburg	03:57	05:56	09:53	40,0	60,0
27	CPA Gewest Midden-Limburg	03:04	07:17	10:22	29,7	70,3
28	CPA Noord-Limburg	03:15	06:00	09:15	35,2	64,8
29	CPA Zeeland	01:52	06:04	07:55	23,5	76,5

Kilde: RIVM

10. Danmark



10.1 Facts

Befolkning og areal	Danmark
Antal indbyggere 1. januar 2003	5.383.507
Heraf indbyggere i Falcks dækningsområde	4.558.226
Areal (km ²)	43.098 km ²
Areal (km ²) Falcks dækningsområde	42.149 km ²
Befolkningstæthed (indbyggere/km ²)	124,9 indbyggere pr. km ²
Befolkningstæthed (Falcks dækningsområde)	108 indbyggere pr. km ²

Kilde: Danmarks Statistik og Falcks Redningskorps.

10.2 Kilder

Beskrivelsen af ambulancetjenesten i Danmark er baseret på tal fra Amtsrådsforeningen vedrørende aktivitet og økonomi i forhold til Standardaftalen med Falck. Desuden indgår mundtlige oplysninger i beskrivelsen (Amtsrådsforeningen, Københavns Amt, Roskilde Amt, H:S, Falck og Københavns Brandvæsen). Andre vigtige kilder er Amtsrådsforeningens analyse af ambulancekørslen ved Falcks Redningskorps samt standardaftalen mellem Amtsrådsforeningen og Falcks Redningskorps (Amtsrådsforeningen, 2002), En beskrivelse af ambulancetjenesten før, nu og i fremtiden (Bisgaard 2002), en sektoranalyse fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003) samt diverse rapporter af ældre dato.

10.3 Indledning

I Danmark fremgår af Sygehusloven, at personer, der har ret til vederlagsfri behandling på sygehus, ydes befordring med ambulance eller særligt køretøj, såfremt deres tilstand gør dette nødvendigt. Bekendtgørelsen om planlægning af den præhospitale indsats og uddannelse af ambulancepersonale mv. fra år 2000 fastlægger, at det er en amtslig opgave at sikre, at der bliver stillet ambulancetjeneste til rådighed for borgere, som oplever akut opstået sygdom, ulykke eller fødsel. De enkelte amtsråd og Hovedstadens Sygehusfælleskab¹⁵ - i København og Frederiksberg kommune - er således ansvarlige for, at denne opgave bliver varetaget. De enkelte amtsråd kan frit vælge, om de selv vil etablere ambulancetjeneste eller vil købe denne service af andre udbydere af ambulancetjeneste.

10.4 Finansieringsforhold

Danmark har et skattefinansieret sundhedsvæsen, hvor langt størsteparten af sundhedsydelse er vederlagsfrie for borgerne. En mindre del af sundhedsydelse finansieres delvis med brugerbetaling, fx tandlægebehandling. Som tidligere nævnt er det ifølge Sygehusloven vederlagsfrit for personer med særlige behov at benytte ambulancetjeneste. Det er amterne, som er forpligtet til at stille denne service til rådighed, og ambulancetjenesten bliver finansieret via de amtskommunale skatter.

Amterne er således at betegne som "bestillere" af ambulancetjenesten i den terminologi, der anvendes i rapporten. Amtsrådsforeningen har været forhandler på amternes vegne med hensyn til standardaftalen med Falck, som amterne kunne vælge, om de ville benytte.

Standardaftalen

Amtsrådsforeningen og Falcks Redningskorps arbejder under en standardkontrakt betegnet Standardaftalen, som danner grundlag for Falcks udførelse af ambulancetjeneste for amterne. Den gældende standardaftale blev indgået i 1995 og revideret i 1998. Genforhandlinger var planlagt i 2003, men på grund af en nylig afgørelse i Klagenævnet for Udbud baseret på præjudikat af en EU-dom fra Østrig vedrørende ambulancetjenesten er de danske offentlige myndigheder i stedet blevet pålagt at sætte ambulancetjenesten i EU-udbud. Forhandlinger om Standardaftalen er derfor indstillet, og der arbejdes p.t. på at definere EU-udbuddet fra amterne og Amtsrådsforeningens side. Alle amter har dog stadig kontrakt med Falck med anvendelse af Standardaftalen og de fleste har en gensidig opsigelsesfrist på 6 måneder¹⁶, så det må forventes, at den vil være gældende et stykke tid endnu. Her redegøres der kort for indholdet af aftalen, som den har fungeret hidtil.

Standardaftalen har fungeret som en rammeaftale, og det enkelte amt kunne således frit vælge, om den skulle fungere som udgangspunkt for en konkret aftale mellem Falck og det pågældende amt, eller om amtet foretrak individuelle forhandlinger.

Tager amterne udgangspunkt i Standardaftalen, overdrages varetagelsen af både ambulanceberedskab, akut ambulancekørsel og liggende patientbefordring til Falck. Et amt kan således ikke blot benytte aftalen i forhold til ét af områderne. Argumentet for dette er ifølge Amtsrådsforeningen, at det giver Falck og dermed indirekte amterne mulighed for at opnå stordriftsfordele i udnyttelsen af ambulancerne til flere formål (Amtsrådsforeningen 2002).

Falck forpligter sig i henhold til aftalen til at opretholde et ambulanceberedskab i amtet, overholde love og regler for materiel, udstyr og personale samt levere en tidssvarende ambulancetjeneste. Amtet fastsætter serviceniveauet individuelt i form af fastlæggelse af gennemsnitlig responstid, mens Falck selv kan planlægge og tilrettelægge udførelsen af ambulancetjenesten i amtet. Forskellige rapporteringsprocedurer skal sikre amterne en vis indsigt i Falcks arbejde og giver amterne mulighed for at komme med bemærkninger og ændringer i forhold til opgaverne.

¹⁵ I bekendtgørelsen om ambulancetjeneste sidestilles Hovedstadens Sygehusfælleskab med amterne (Amtsrådsforeningen, 2002, s. 9).

¹⁶ Nogle få amterne har en fast udløbsdato (oplysninger fra Amtsrådsforeningen).

De enkelte amter og Falck har haft mulighed for at indgå tillægsaftaler til Standardaftalen, hvis det ønskedes at supplere den præhospitale indsats. Der er eksempelvis etableret lægeambulancer¹⁷ og akutbiler¹⁸ flere steder i landet.

Standardaftalens betalingsmodel

Standardaftalen indeholder to separate betalingsmodeller for henholdsvis betaling for ambulanceberedskab og akut kørsel og for betaling for liggende patienttransport.

Modellen for amternes betaling for ambulanceberedskab og akut kørsel til Falck indeholder både en fastprisaftale og et efterreguleringselement baseret på aktivitetsbaseret finansiering.

Fastprisaftalen består i en årlig grundbetaling, som blev fastsat med indgåelsen af Standardaftalen i 1995 og efterreguleret hvert år på baggrund af udviklingen det pågældende år i aktivitet og serviceniveau.

Hvis aktiviteten på ambulanceområdet det enkelte år (målt som en funktion af det samlede antal kørsler og mandtimeforbrug i amtet) afviger fra niveauet i det enkelte amt i 1994, sker der en efterregulering af den årlige grundbetaling. Ligeledes sker der en efterregulering af grundbetalingen, hvis responstiderne afviger fra det i amtet fastsatte responstidskrav med oprindelse i 1994 og senere 1999-niveauet. (Amtsrådsforeningen 2002).

Betaling for liggende patienttransport sker til Falck uafhængigt af betalingen for ambulanceberedskab og akut kørsel. Betalingen afregnes i stedet efter forbrugte mandtimer, kørte kilometer samt et procentvis overheadtillæg (26%), og er altså aktivitetsbaseret.

10.5 Organisering og markedsstruktur

Ingen af landets amter har etableret deres egne ambulancetjenester. Alle amtsråd og H:S køber således denne service af én eller flere udførere. Falcks Redningskorps står for langt størstedelen af ambulancetjenesten i Danmark og har en markedsandel på knap 80% målt som andel af de samlede kørsler. Falck udfører således ambulanceopgaver for landets 13 amter samt Bornholms Regions Kommune.

I København, Frederiksberg og Gentofte kommuner samt i den nordlige del af Roskilde Amt står de kommunale brandvæsener for ambulancetjenesten. Derudover udfører enkelte virksomheder ambulancetjeneste. Det gælder REKO på Djursland, Samsø Redningskorps og Ærø Redningskorps. Sønderjyllands Amt har ved siden af aftalen med Falck også en aftale med Flensborg Brandvæsen om dækning af Bov kommune (Amtsrådsforeningen 2002 og Bisgaard, 2002).

Med hensyn til kontrakt- og aftaleforhold er det danske marked trods Standardaftalen karakteriseret ved mange individuelle aftaler og kontrakter. Alle amter anvender Standardaftalen, hvor Falck er hovedentreprenøren, men Standardaftalen er ofte påhæftet individuelle aftaler, og den anvendes ikke altid for hele amtets dækningsområde. I Roskilde og Københavns amter samt Københavns og Frederiksberg kommuner findes individuelle kontrakter med de pågældende brandvæsener om delvis eller hel udførelse af ambulancetjenesten. Disse kontrakter har groft beskrevet typisk en fastprisbetalingsaftale for den akutte transport og en aktivitetsbaseret betalingsaftale vedrørende den liggende patienttransport.

¹⁷ Lægeambulance dækker over en specialenhed, der rykker med ud i alvorligere sygdoms- og ulykkestilfælde. Den bemannes af læger og ambulancebehandlere. H:S området, Københavns Amt, Slagelse, Holbæk, Århus og Aalborg råder over lægeambulancer (Bisgaard, 2002, s. 4).

¹⁸ En akut bil er et køretøj udrustet som en ambulance, men uden bæreplads, hvor en særlig uddannet ambulancebehandler rykker ud for at påbegynde (og i nogle tilfælde afslutte) behandlingen af patienten (Bisgaard, 2002, s. 3).

Det danske marked er således karakteriseret ved få udbydere, heraf altså én udbyder med aftalerhvervet monopol for ca. 80% af markedets vedkommende, målt på antallet af kørsler, nemlig Falck Redningskorps.

Der har ifølge oplysning fra Amtsrådsforeningen været drøftelser omkring en evt. sammenlægning eller centralisering af bestillerfunktionen for at få en forhandlingspartner ved bordet, som havde bedre information over ambulancetjenesten i alle landets amter, men også større forhandlingsstyrke i forhold til Falcks Redningskorps. Disse drøftelser indgår på linie med en andre overvejelser omkring fastlæggelse af udbudsbetingelser i det forestående udbud.

Med hensyn til statistisk indsamler Amtsrådsforeningen aktivitets- og udgiftsstatistik fra amterne og Falck for at følge op på Standardaftalen. Udgifts- og aktivitetsstatistik for ambulancetjenesten offentliggøres ikke for hele Danmark, men kun for det område, der er omfattet af aftalen. De amter, der ikke benytter sig af Standardaftalen, offentliggør deres egne tal i årsrapporter eller lignende. Der kan være forskelle i regnskabspraksis, kategorisering af ambulancetjenesten osv., og det er derfor umiddelbart vanskeligt at opnå et samlet billede over aktivitets- og udgiftstal for hele Danmarks ambulancetjeneste.

10.6 Aktivitets- og servicemål

I Standardaftalen kategoriseres akutmøder som:

1. Ambulancekørsel, der er en uopholdelig kørsel til og befordring af patient efter ulykke eller akut sygdom fra ulykkes- eller andet opholdssted til behandling respektive uopholdelig overførsel af patient fra ét behandlingssted til et andet.
2. Liggende patientbefordring - nat, dvs. befordring af liggende patient, eller patient, der skal bæres eller behandles under kørslen mellem kl. 18:00 og 6:00.
3. Ambulanceredning, der er en støttefunktion til ambulancetjenesten ved ambulanceopgaver, f.eks. frigørelse af patienter.

Liggende patienttransport om dagen og siddende patienttransport opgøres særskilt.

Der måles responstider for de kategori 1-kørsler, der foregår med udrykning. Responstid måles for Falcks dækningsområdes vedkommende fra vagtcentralen (Falcks) modtager opkaldet fra politiets alarmcentralen, til ambulancen er fremme ved skadestedet.

Lovgivningen på præhospitalsområdet indeholder et krav om, at der fastlægges responstider. Dog er det op til det enkelte amt, at kvantificere responstidsmålsætningerne. Responstidsmål er fastsat i Standardaftalen, men det ligger de amter, der vælger at benytte Standardaftalen, frit for at aftale andre responstidsmål med Falck. Hvis målene ikke opfyldes, kan Falck idømmes en bod, f.eks. at betale penge tilbage til amtet.

10.7 Nøgletal

Tallene i tabellen nedenfor er baseret på data udleveret af Amtsrådsforeningen. De befolkningstætte områder, der dækkes af brandvæsenerne i København, Frederiksberg, Gentofte og Roskilde, er ikke inkluderet i nøgletallene. Man må forvente, at inklusion af disse vil trække de realiserede responstider i gunstig nedadgående retning.

I år 2000 var 99,9% og 100% af ambulancerne fremme inden 10 minutter, og den gennemsnitlige responstid lå på 4,4 minutter (København/Frederiksberg), 6,6 minutter (Roskilde) og 4,0 minutter (Gentofte) (Bisgård, 2002). Ligeledes må det forventes, at omkostningerne pr. kørsel og pr. indbygger vil ligge lavere end gennemsnittet for Falcks dækningsområde på grund af den høje befolkningstæthed i brandvæsenernes dækningsområde. I en sammenligning af Danmark med andre lande/regioner

bør man tage dette aspekt med og antage, at Danmark som helhed må falde lidt bedre ud, når disse befolkningstætte områder inkluderes.

På grund af forskelle i opgørelsesmetoder, bl.a. med hensyn til hvorledes kørsler kategoriseres, er det ikke fundet hensigtsmæssigt at forsøge at aggregere tal for hele Danmark, hvorfor kun tal for Falcks dækningsområde er præsenteret.

Output (aktivitet) 2000 og 2002	
Antal ambulancekørsler – hele Danmark (2000)	326.295
Heraf med udrykning (2000)	168.995
Antal ambulancekørsler pr. 1.000 indbyggere (2000)	61
Antal kørsler med udrykning pr. 1.000 indbyggere (2000)	32
Antal km pr. akut kørsel (2000)	29
Antal ambulancer pr. 100.000 indbyggere ¹⁹	8,4
Andel af akutkørsler med respons inden 5 min. (2000 gennemsnit)	36,74%
Andel af akutte kørsler med respons inden 10 min. (2000 gennemsnit)	76,35%
Andel af akutte kørsler med respons inden 15 min. (2000 gennemsnit)	93,05%
Andel af akutte kørsler med respons inden 20 min. (2000 gennemsnit)	97,85%
Andel af akutkørsler med respons inden 5 min. (2002 gennemsnit)	35,49%
Andel af akutte kørsler med respons inden 10 min. (2002 gennemsnit)	75,35%
Andel af akutte kørsler med respons inden 15 min. (2002 gennemsnit)	92,67%
Andel af akutte kørsler med respons inden 20 min. (2002 gennemsnit)	98,09%
Gennemsnitlig responstid Falcks dækningsområde	8,1 minutter
Antal ambulancekørsler Falcks dækningsområde (2000)	255.394
Antal ambulancekørsler Falcks dækningsområde (2002) ²⁰	ca. 269.000
Udgiftsnøgletal 2000	
Total befolkning i Falcks dækningsområde (2000)	4.555.355
Totale udgifter ambulancetjenesten (Falcks dækningsområde) 2000 ²¹	638 mio. DKK
Udgifter pr. ambulancekørsel, Falcks dækningsområde	2.497 DKK
Udgifter pr. indbygger, Falcks dækningsområde (2000)	140 DKK
Udgiftsnøgletal 2002	
Total befolkning i Falcks dækningsområde (2002)	n.a.
Totale udgifter ambulancetjenesten (Falcks dækningsområde), 2002	737 mio. DKK
Udgifter pr. ambulancekørsel, Falcks dækningsområde	2.740 DKK
Udgifter pr. indbygger, Falcks dækningsområde ²²	ca. 160 DKK

Kilde: Bisgaard 2000, Amtsrådsforeningen.

Amtsrådsforeningen har analyseret udviklingen for ambulancetjenesten i forhold til specifikke udgifts- og aktivitetsparametre (Amtsrådsforeningen 2002). Set over perioden 1996-2000 har der været en vækst i den samlede betaling til Falck for akut ambulancekørsel og ambulanceberedskab på 12% i faste priser. Ses der på udgiften (den samlede betaling) pr. akutkørsel er den steget med 7% over samme periode. Dette skal ses i sammenhæng med en aktivitetsstigning i samme periode på 4,4% i antallet af kørsler og 15% i mandtimeforbruget, hvor væksten i mandtimeforbruget forklarer 80% af udgiftsvæksten. Der peges på øget tidsforbrug pr. kørsel og på skadesstedet, øget kilometerforbrug pr. kørsel, øget afleveringstid på sygehuset, ændret sygehusstruktur i Danmark samt ændrede retningslinier for visitation af ambulance som mulige forklaringer på aktivitetsvæksten.

¹⁹ 450 ambulancer (inkluderer ikke lægeambulancer).

²⁰ Beregnet på basis af indekstal fra Amtsrådsforeningen - vækst i antal kørsler på 5,4% (2000-2002).

²¹ Befolkning Falcks dækningsområde 4.555.355, kørsler 255.394, betaling fra Amtsrådsforeningen via Standardaftalen år 2000 = 637,1 mio.

²² Antaget at befolkningen i Falck dækningsområde er steget til 4,6 mio.

Referencer

- 1) Allison K. The UK pre-hospital management of burn patients: current practice and the need for a standard approach. *Burns* 2002; 28: 135-142.
- 2) Ambulanseforum. Norge brukte 1 milliard og 640 millioner på ambulansetjeneste i 2002. *Ambulanseforum* 2003; 3: 26-27.
- 3) Amdtsrådsforeningen. Amternes ambulancebetjening 1996-2000: En analyse af ambulancekørslen ved Falcks Redningskorps 1996-2000 samt standardaftalen mellem Amdtsrådsforeningen og Falcks Redningskorps om ambulanceberedskab og ambulancekørsel. Udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Amdtsrådsforeningen. København: Amdtsrådsforeningen, 2002.
- 4) Audit Commision. A life in the fast lane. Value for money in emergency ambulance services. National Report. London: Audit Commision, 1998.
- 5) Beddow AJ, Cohen DR. Marginal-cost contracting in the NHS: results of a preliminary survey. *Health Services Management Research* 2001; 14: 104-109.
- 6) Bedfordshire and Hertfordshire Ambulance and Paramedic Service. NHS Trust. Annual Report 2001/2002. Bedfordshire: Bedfordshire and Hertfordshire Ambulance and Paramedic Service, [2002].
- 7) Bellington G., Oliver T, Batsom S, Webb A. Comparison of a specialist retrieval team with current United Kingdom practice for the transport of critically ill patients. *Intensive Care Med* 2000; 26: 740-744.
- 8) Behrendt H, Schmiedel R. Der Notarzteinsatz. Ein blick auf der Bundesperspektive auf Strukturen und Leistungen. *Notfall & Rettungsmedizin* 2000; 3(2): 88-92.
- 9) Behrendt H, Schmiedel R. Ausgewählte Ergebnisse der Leistungsanalyse 2000/2001. I *Handbuch des Rettungswesens. Ergänzung 2/2003*. Lokaliseret d. 23. juli 2003 på World Wide Web: <http://www.rettungswesen.info/download/Leistungsanalyse.pdf>
- 10) Bisgaard E (redaktion). *Ambulancetjenesten : før, nu og i fremtiden*. [S.I.]: Frederiksberg Brandvæsen, Gentofte Brandvæsen, Københavns Brandvæsen, Roskilde Brandvæsen, Falcks Redningskorps, 2002.
- 11) Bundesanstalt für Straßenwesen. Leistungen des Rettungsdienstes 1996/97. Wissenschaftliche information der Bundesanstalt für Straßenwesen info 5/99. Lokaliseret d. 18. juli 2003 på World Wide Web: <http://www.bast.de/htdocs/veroeffentlichung/bastinfo/info1999/info9905.htm>.
- 12) Bundesanstalt für Straßenwesen. Leistungen des Rettungsdienstes 1998/99. Wissenschaftliche information der Bundesanstalt für Straßenwesen info 15/00. Lokaliseret d. 18. juli 2003 på World Wide Web: <http://www.bast.de/htdocs/veroeffentlichung/bastinfo/info2000/info1500.htm>.
- 13) Carney CJ. Prehospital care – a UK perspective. *British Medical Bulletin* 1995; 55 (No.4): 757-766.
- 14) Den Danske Ambassade (Holland): "Den regionale ambulanceplan (RAP)'s funktion og indhold i det nye system". Oversættelse af notat fra VWS (Sundhedsministeriet). Udleveret fra Falck 2003.
- 15) Dennerlein RKH, Schneider M. Wirtschaftlichkeitsreserven im Rettungsdienst: Gutachten für den Bundesminister für Gesundheit. Augsburg: Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS), 1995.

- 16) Department of Health. Ambulance Services, England: 2001-2002. Statistical Bulletin June 2002
Lokaliseret den 7. juli 2003 på World Wide Web:
<http://www.doh.gov.uk/public/sb0213/sb0213.pdf>.
- 17) Department of Health. Ambulance Services, England: 2002-2003. Statistical Bulletin June 2003.
Lokaliseret den 7. juli 2003 på World Wide Web: <http://www.doh.gov.uk/public/sb0313.pdf>
- 18) Department of Health. Reforming the Emergency Care. First steps to a new approach. London:
Department of Health, 2001.
- 19) Department of Health. Reforming Emergency Care Practical steps. [2001]. Lokaliseret d. 22.
oktober 2003 på World Wide Web:
<http://www.doh.gov.uk/emergencycare/reformpracticalsteps.pdf>
- 20) Department of Health. Modernisation of ambulance services. Health Service Circular. London De-
partment of Health, 1999. Lokaliseret d. 7. Juli 2003 på World Wide Web:
<http://www.info.doh.gov.uk/doh/coin4.nsf/page/HSC-1999-091?OpenDocument>
- 21) Department of Health. The New NHS. Lokaliseret d. 15. juli 2003 på World Wide Web:
<http://www.doh.gov.uk/about/newnhs.htm>
- 22) Det Kongelige Social- og Helsedepartementet. St.meld.nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk
beredskap. [S.l]: Det Kongelige Social- og helsedepartementet, 2000.
- 23) Drachmann H. Udrykning med ventetid. Politiken 16.12.2001. Sektion 3, s. 9.
- 24) www.geographie.uni-muenchen.de/eed - vedrørende oplysninger om European Emergency Data
Project - et EU finansieret forskningsprojekt om fælles indikatorer på ambulanceområdet.
- 25) Falcks Redningskorps og Amtsrådsforeningen. Ambulancetjenesten i forskellige lande: en rede-
gørelse for ambulancetjenesten i Danmark, Norge, Sverige, Tyskland og England/Wales. [Kbh.]:
Falcks Redningskorps i samarbejde med Amtsrådsforeningen i Danmark, [1991].
- 26) Fisher AJ, O'Halloran P, Littlejohns P, Kennedy A, Butson G.. Ambulance economics. Journal of
Public Health Medicine 2000; 22 (No.3): 413-421.
- 27) Gesetz. 1123/2001. Gesetz zur Änderung des Gemeinde- und Kreiswahlgesetzes. Vom 10. Oktober
2001. Schleswig-Holstein.
- 28) Gesetz. 1125/2001. Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Notfallrettung und den Kranken-
transport (Rettungsdienstgesetz - RDG). Vom 6. November 2001. Schleswig-Holstein.
- 29) Gesetz. 1126/2001. Gesetz zu dem Zweiten Abkommen zur Änderung des Abkommens über die
Zusammenarbeit auf verschiedenen Gebieten des Gesundheitswesens in Norddeutschland. Vom 6.
November 2001. Schleswig-Holstein.
- 30) Gesetz. 2120-8. Gesetz über die Notfallrettung und den Krankentransport (Rettungsdienstgesetz -
RDG). Vom 29. November 1991. Schleswig-Holstein.
- 31) Heinemann T. Falck dyrere end påstået. Sygeplejersken 1997; 48: 4-9.
- 32) Helsedepartementet. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten: Innstilling fra et utvalg
oppnevnt ved kongelig resolusjon av 1. februar 2002. Avgitt til Helsedepartementet 17. desember
2002. Oslo: Helsedepartementet, 2002.

- 33) Helsedepartementet. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning, 2003. (Norges offentlige utredninger; NOU 2003:1)
- 34) Helsedepartementet. Om lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m.. (Finansieringsansvar for syketransport og reiseutgifter for helsepersonell). Oslo: Helsedepartementet, 2003. (Odelstingsproposisjoner, Ot.prp.; nr. 66)
- 35) Helseregion Sør. Taloplysninger lokalisert d.17. Juli 2003 på World Wide Web: www.helse-sor.no, samt taloplysninger fra Nils Jul Lindheim.
- 36) Helse Sør og Sykehuset Buskerud HF. Konkurransesgrunnlag for Sykehuset Buskerud HF, drift av ambulansetjenesten. (By?): Helse Sør, Sykehuset Buskerud HF, 2003.
- 37) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Mindre analyse af Rednings- og ambulanceberedskabet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003.
- 38) Johansen K, Rømo F, Hope ØB. Økonomiske konsekvenser av nye krav til responstider i ambulansetjenesten. Trondheim: SINITEF Unimed Helsetjenesteforskning, 2002.
- 39) Joó S. Starke Leistungsbilanz. Deutsches Ärzteblatt 2002; 97 Heft 46: A3060-3061.
- 40) Joó S. Emergency medical services (EMS) in the Federal Republic of Germany: roadside accidents. Pre-hospital Immediate Care 2000; 4: 86-89.
- 41) Justis- og politidepartementet. Når ulykken er ute: om organisering av operative rednings- og beredskapsressurser. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning, 2001. (Norges offentlige utredninger; NOU 2001:31)
- 42) Kjellberg J, Herbild L. Deskriptiv analyse af udvalgte nordeuropæiske sundhedsvæsen. København: Amdrårdsforeningen, DSI Institut for Sundhedsvæsen. 2002.
- 43) Klagenævnet for Udbud: "Resuméer af kendelser fra Klagenævnet for Udbud 2003", Kendelse af 8. april 2003, Dansk Taxiforbund mod Vestsjællands Amt., samt kendelse af 28.april 2003, Centralforeningen af Taxiforeninger i Danmark mod Vestsjællands Amt
- 44) Kuessner H et al. Wieviel Wirtschaftlichkeit verträgt der Rettungsdienst. Privatunternehmen versus Hilfsorganisation und Öffentliche Hand. Gützkow: Oehmke, [1997].
- 45) Le Grand J. The labour government and the National Health Service. Oxford Review of Economic Policy 2002: 18 (2): 137-153.
- 46) London Department of Health. Modernisation of ambulance services. London: London Department of Health, 1999. Lokalisert den 7. juli 2003 på World Wide Web: <http://www.info.doh.gov.uk/doh/coin4.nsf/page/HSC-1999-091?OpenDocument>
- 47) National Health Service. The NHS explained. Lokalisert d. 15. juli 2003 på World Wide Web: http://www.nhs.uk/thenhsexplained/how_the_nhs_works.asp
- 48) Norges Offentlige Utredninger. Hvis det haster...: Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste, 1998. (NOU 1998:9)
- 49) PLS RAMBØLL Management. Markedsundersøgelse på ambulanceområdet Fyns, Sønderjyllands, Ribe, Vejle, Århus og Viborg amter. [S.I.]: PLS RAMBØLL Management, 2003.
- 50) Pohl-Meuthen U, Koch B, Kuschinsky B. Rettungsdienst in Staaten der Europäischen Union – Eine vergleichende Bestandsaufnahme. Nottuln: Verlags- und Vertriebsgesellschaft des DRK-Landesverband Westfalen-Lippe, 1999. (Schriftenreihe zum Rettungswesen Band 21)

- 51) Polder JJ, Takken J, Meerding WJ, Kommer GJ, Stokx LJ. Kosten van Ziekten in Nederland: De zorgeuro ontrafeld. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2002.
- 52) Reinhardt Uwe, E., Health Care Financing Review. Annual Supplement, 1989
- 53) Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Kurzfassung. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Bonn, 2003. (Gutachten 2003).
- 54) Schmiedel R, Behrendt H. Leistungen des Rettungsdienstes 1998/99. Analyse des Leistungsnivea-ua im Rettungsdienst für die Jahre 1998 und 1999. Bonn: Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, 2000. Heft M 118.
- 55) Schmiedel R, Behrendt H. Ökonomische Rahmenbedingungen im Rettungsdienst. Teil I - Zum Begriff der Wirtschaftlichkeit im Rettungsdienst. Notfall & Rettungsmedizin 1999; 2(1): 35-38.
- 56) Schmiedel R, Behrendt H. Ökonomische Rahmenbedingungen im Rettungsdienst. Teil II - Kostenstruktur im Rettungsdienst. Notfall & Rettungsmedizin 1999; 2: 101-104.
- 57) Socialstyrelsen. Svensk ambulanssjukvård 1999. Socialstyrelsens Meddelandeblad nr. 9/2002. Lokaliseret den. 3. juli 2003 på World Wide Web:
<http://www.sos.se/sos/publ/medblad/mb0009.htm>.
- 58) Socialstyrelsen. Svensk ambulanssjukvård 2000. Socialstyrelsens Meddelandeblad nr. 5/2001.
- 59) Socialstyrelsen. Svensk ambulanssjukvård 2001. Socialstyrelsens Meddelandeblad nr. 11/2002.
- 60) Socialstyrelsen. Svensk ambulanssjukvård 1999. Socialstyrelsens Meddelandeblad nr. 9/2000. Lokaliseret den 15. oktober 2003 på World Wide Web:
<http://www.sos.se/sos/publ/medblad/mb0009.htm>
- 61) Socialstyrelsen. Räddningstjänstens insatser vid ambulansalarm. Socialstyrelsens Meddelandeblad nr. 6/2001. Lokaliseret den. 7. juli 2003 på World Wide Web: http://www.sos.se/cgi-bin/MsmGo.exe?grab_id=17378778&CFGNAME=MssFindSV%2Ecfg&host_id=1&page_id=4559&query=Meddelandeblad+2001&hiword=MEDDELANDEBLAD+2001+
- 62) Stockholms läns landsting. Beställarplan och budget 2003-2005. Lokaliseret d. 5. oktober 2003 på World Wide Web:
http://www.sll.se/docs/w_sso/Styrelsen/Styrelsesammanträden/2002/9September/p3_Bilaga_B&B.doc.
- 63) Stockholms läns landsting,. Årsredovisning 2002. Stockholm: Stockholms läns landsting, 2002.
- 64) Stockholms läns landsting. Nordvästra sjukvårdsområdet. Bokslut 2002. Stockholm: Stockholms läns landsting, [2003].
- 65) Stockholms läns landsting. Medicinskt Program Arbete. Årsrapport 2002. Programområde. Akut omhändertagande. Stockholm: Stockholms läns landsting, 2003.
- 66) Van Mosseveld C, van Son P. Transport of Patients. Voorburg: Statistics Netherlands, Division Sociocultural Statistics, 1998.
- 67) Woking PCT. Surrey Ambulance Service Performance Figures - May 2003. Udleveret af Mark Harris. Head of Commissioning & Performance Improvement.

- - - - -

Statistikoplysninger/befolkningstal: Oplysninger om befolkningstal (køns- og aldersopdelt), areal, befolkningstæthed

Danmark: Danmarks Statistik: <http://www.danmarksstatistik.dk>

Holland: CBS Centraal Bureau vor de Statistiek: <http://www.cbs.nl/>
Statline: <http://statline.cbs.nl/>

Norge: Statistisk sentralbyrå: <http://www.ssb.no>

Sverige: Statistiska Centralbyrån: <http://www.scb.se>

Tyskland: Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein: <http://www.statistik-sh.de/>

United Kingdom: National Statistics: <http://www.statistics.gov.uk/>
Surrey county council: <http://www.surreycc.gov.uk/>
Bedfordshire county council: <http://www.bedfordshire.gov.uk/>

Bilag A Interviewguide

Ambulance Services in the Netherlands - Questions

- 1) Financing: How are ambulance services financed in the Netherlands? and how does money flow between the actors in the market? (Keywords: taxes, patient co-payment, health insurances, sickness funds etc.)
- 2) Providers:
 - Who are the providers of ambulance services in the Netherlands? (keywords: Private ambulance operators/not-for profit/profit/public operators/many/few operators etc.)
 - What are the assignments of the providers?
- 3) Purchasers:
 - 1) Which organisation/authority is responsible for purchasing the services from the providers?
 - 2) And what are the assignments of the purchasers? (It may be a governmental/national institution or a regional institution)
- 4) Agreements and Contracts between Purchasers/Providers:
 - How are prices of ambulance services negotiated?
 - What payment models are used? (activity based payment/global budget/mix of the two etc:)
 - 3) Service goals (e.g. response time targets set etc).
 - 4) What agreements are made between purchasers/providers/government to ensure that the services delivered fulfil the goals set?
- 5) Key figures:
 - Costs per ambulance ride
 - 5) Costs of ambulance services per inhabitant/per 1,000 inhabitants
 - 6) Kilometers run per ride
 - 7) Actual response times achieved.

Please indicate

how "ambulance services" are defined (what types of acute transport/patient transport do the figures include)

how "response time" is defined (eg. from call is received to arrival at the scene of the incident)

Year and currency of costs

Bilag B Respondenter (eksplorative interviews, skriftlig besvarelse eller kommentarer)

England

- ◆ Will Hancock, Director of Finance and Facilities, Bedfordshire/Hertfordshire Ambulance and Paramedic Service NHS Trust
- ◆ Gary Butson, Director of Operations, Accident & Emergency Services, Surrey Ambulance Trust
- ◆ John Dodd, Director of Operations, Patient Transport Services, Surrey Ambulance Trust
- ◆ Mark Harris, Head of Commissioning, Woking Area Primary Care Trust
- ◆ Daniel Schaeffer, Responsible Ambulance Policy, Department of Health

Tyskland

- ◆ Dr. Betzlar, Forplan Dr. Schmiedel, Bonn
- ◆ Gerd Baumgarten, Koordinator, Koordination Rettungsdienst, Schleswig-Holsteinischer Landkreistag, Städteverband Schleswig-Holstein
- ◆ Richard Hoffmann, Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein

Holland

- ◆ Geert Jan Kommer, National Institute of Public Health and the Environment (RIVM), Department for Public Health Forecasting (cVTV)

Norge

- ◆ Nils Lindheim, Helserådgiver, ansvarlig for ambulanceområdet, Helseregion Sør
- ◆ Petter Schou, Direktør for Afdelingen for Beredskab og Akuttmedisin, Social- og Helsedirektoratet
- ◆ Julie Kjelvik, Statistisk Sentralbyrå (vedr. KOSTRA projektet vedr. indsamling af aktivitetsstatistik på ambulanceområdet)
- ◆ Knut Johansen, Sintef Unimed (har udført en analyse vedr. en model for ambulancetjenesten)
- ◆ Torgrim Klokkervold, Ambulanceentreprenør, Buskerud

Sverige

- ◆ Kitty Kook Wennberg, Beställerkontorvård, Stockholms Län,
- ◆ Marie Louise Goude, Ambulanceenheten CAK, Stockholms Län
- ◆ Eva Borg, Direktør, Falck Ambulans AB

Danmark

- ◆ Kirsten Jørgensen, Kontorchef, Amtrådsforeningen
- ◆ PeterBjørn Hansen, Københavns Brandvæsen
- ◆ Martin Bredgård Sørensen, H:S
- ◆ Karen Arpe, Københavns Amt
- ◆ Annette Ernst, Roskilde Amt