

Budgetlægningen 2018-2021

Budget/finansieringsforslag - overskrift:

Overholdelse af responstidsmål for ambulanceberedskabet

Fremsat af:

Administrationen.

Forslaget blev fremlagt som et budgetforslag for sundhedsudvalget den 23. maj 2017, men udvalget besluttede at indstille til Forretningsudvalget, at forslaget indgår i Forretningsudvalgets prioritering i stedet for i Sundhedsudvalget.

Formål og indhold

Baggrund

Regionsrådet behandlede i juni 2015 en analyse af kørselsaktiviteten på det præhospitale område. Rådet besluttede at udvide med 3 deldøgnberedskaber og henviste yderligere dimensionering til senere politisk prioritering.

De nuværende responstidsmål og tilhørende dimensionering af regionens ambulanceberedskab blev oprindeligt fastlagt af Regionsrådet i 2009. Responstidsmål for udrykningskørsler (A kørsler) er politisk fastlagt til, at 90 % skal være fremme inden for 13 minutter. Responstid og servicemålet for akutte kørsler uden udrykning er administrativt fastlagt til, at 90 % skal være fremme inden for senest 25 minutter.

Responstidsmålet for udrykningskørslerne er presset og kan lige netop opretholdes, mens de fastsatte responstidsmål for akutte kørsler uden udrykning (kørsel B) og øvrige ikke-akutte ambulancekørsler (kørsel C og D) ikke kan opfyldes.

Der er sket og sker løbende en driftsoptimering på ambulanceområdet for at sikre målopfyldelse. Det er administrationens vurdering, at det fra 2018 med den nuværende dimensionering ikke vil være muligt at opfylde det politisk fastsatte responsmål for A-kørsler på grund af fortsat øget efterspørgsel og kørselsaktivitet, og at responstiderne for de akutte B-kørsler vil stige yderligere.

For fremadrettet at sikre overholdelse af det politiske fastsatte responsmål vil det være nødvendigt at tilføje regionens ambulanceberedskab 4 deldøgnberedskaber i 2018 og yderligere 1 deldøgnberedskab i hvert af årene 2019, 2020 og 2021.

Analyse

De historiske aktivitetstal er vist i tabel 1 og viser, at der er sket en aktivitetsstigning. Stigningen har ikke været jævnt fordelt over årene. Der var en markant samlet stigning i antallet af kørsler fra 2013 til 2014, hvorefter niveauet faldt i 2015. Denne udvikling er også sket i de andre regioner, og den er kendt internationalt.

Tabel 1. Antallet af ambulancekørsler og sygetransport 2013 til 2016

Transportkategori	Antal 2013	Antal 2014	Antal 2015	Antal 2016
Ambulance Kategori A (udrykning)	51.773	63.746	64.562	65.546
Ambulance Kategori B (akut)	76.657	91.803	88.299	88.840
Akut interhospital transport (A & B)	10.859	9.698	10.449	10.220
Ambulance Kategori C (ikke-akut)	32.125	27.165	26.436	24.339
Liggende sygetransport D	59.048	58.965	57.222	62.810

Total	230.462	251.377	246.968	251.755
--------------	----------------	----------------	----------------	----------------

Antallet af disponerede kørsler er steget med 10 % de sidste 4 år, fra ca. 230.000 kørsler i 2013 til ca. 252.000 kørsler i 2016. I samme periode er udrykningskørslerne steget med 27 % fra ca. 52.000 til knap 66.000 kørsler.

Visitation og disponering sker efter faste nationale retningslinjer, hvor de mest hastende kørsler (A) altid prioriteres højest. Aktivitetsstigningen har hidtil kunnet kompenseres ved en løbende effektivisering af kørselslogistik, tid på skadestedet og overdragelsestid på hospital med fokus på at opretholde responstidsmålet for de akutte kørsler (A og B).

Prioritering af opgaverne betyder, at effekten af en begrænset kapacitet først slår igennem på responstiderne på kørsel B og dernæst på responstiderne på kørsel A - først på 90 % percentilen og dernæst på gennemsnitstiderne (medianer).

Tabel 2. Respons- og servicetider

Type	Mål	2014	2015	2016
A-kørsler (udrykning)	90 % indenfor 13 minutter	00:12:18	00:12:32	00:12:43
B-Kørsler (akut)	90 % indenfor 25 minutter	00:36:12	00:39:50	00:38:05
C-kørsler (ikke-akut)	90 % indenfor 90 minutter	04:00:52	03:34:00	02:42:00
D-kørsler	90 % indenfor 90 minutter	03:00:42	02:55:00	01:54:00

Note. Der er tilført 3 ekstra varige del-døgnberedskaber primo 2015. I 2016 er der tilført 18 % ekstra driftstid for den liggende sygetransport.

I tabel 2 er vist responstiderne for de forskellige kørsler. Responstiden for A-kørsler er steget og ligger tæt på grænsen for det politisk fastsatte mål, mens responstiderne for B-kørsler er steget langt ud over det fastsatte mål. Der er sket en markant forbedring på C-, men i særdeleshed D-kørsler i 2016. Dette skyldes de nye sygetransportkontrakter fra 2016, hvor der blev tilført ekstra ressourcer til liggende sygetransport.

Respons- og servicetiderne skal ses i sammenhæng med antal tilgængelige ressourcer. Uden tilførsel af de tre ekstra deldøgnberedskaber i 2015 ville respons- og servicetiderne alt andet lige have været væsentlig højere i både 2015 og 2016.

Det er ikke muligt at sammenligne responstider på A- og B-kørsler meningsfuldt på tværs af regionerne.

Forventet aktivitetsstigning

Aktivitetsstigningen påvirkes overordnet af befolkningstilvækst og aldrende befolkning samt ændrede rekvisition og visitationsretningslinjer. Befolkningstilvæksten vil alt andet lige betyde flere kørsler, hvor ændrede rekvisition og visitationsretningslinjer vil betyde en fortsat forskydning mod flere akutte kørsler, fx har nye nationale retningslinjer for behandling af patienter med atypiske brystsmærter og patienter med blodprop i hjernen betydet flere udrykningskørsler til patienter, som tidligere blev kørt akut, men uden udrykning.

Den årlige stigning i udrykningskørslerne fra 2014-2016 var i gennemsnit 1,4 % pr. år, mens aktiviteten for de samlede akutte kørsler (A og B) i gennemsnit faldt med 0,4 % pr. år.

Befolkningsprognosen i Hospitalsplan 2020 viser en samlet årlig vækst på 0,8 %. Aldersgruppen over 80 år forventes at stige med 44,2 % fra 2013 til 2025. Det er administrationens vurdering, at der alene på grund af befolkningsvæksten vil ske en aktivitetsstigning samt en forskydning mod mere hastende kørsler svarende til en årlig aktivitetsstigning på ca. 1 %.

Med de nuværende ressourcer kan der således forventes yderligere stigning i responstiderne, og det

vurderes at blive nødvendigt at øge det politisk fastsatte responsmål for A kørsler fra 13 minutter til fx 14 minutter, og det nuværende mål for andre akutte kørsler fra 25 minutter til 35-40 minutter, hvis der ikke tilføres yderligere beredskaber.

Konsekvenser for responstidsmål ved tilførelse af 4 ekstra beredskaber i 2018

I tabel 4 er vist forventet konsekvens for respons- og servicetiderne i 2018 ved at udvide ambulanceberedskabet med 4 deldøgnsberedskaber.

Tabel 4. Respons- og servicetider i 2018 ved at øge med 4 deldøgnsberedskaber

Konsekvens for respons- og servicetider	4 ekstra deldøgnsberedskaber
Kategori A 90 % inden for 13 min.	00:13:00
Kategori B 90 % inden for 25 min	00:34:00
Kategori C 90 % inden for 90 min	02:00:00
Kategori D 90 % inden for 90 min	02:00:00

Det skal bemærkes, at anbefalingen sker på baggrund af en afvejning af hensyn til økonomi og til serviceniveau, da der ikke på sundhedsfaglig baggrund kan fastsættes et præcist laveste niveau for respons- og servicetider. Det skal dog anføres, at visitation til kørsel A eller B sker ud fra visitationsretningslinjer, som indebærer et sundhedsfagligt skøn. Med flere beredskaber til rådighed og dermed kortere responstider vil der i mindre grad være risiko for hændelser, der på grund af lange responstider kan få sundhedsfaglige konsekvenser.

Responstidsmål forventes overholdt frem til 2021, hvis der tilføres et ekstra deldøgnsberedskab årligt fra 2019 udover de 4 deldøgnsberedskaber fra 2018.

Sammenhæng til de politiske målsætninger

Budgetforslaget har sammenhæng til 'patientens situation styrer forløbet'.

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid (skriv tallet med 1 decimal)

	2018	2019	2020	2021
Løn				
Øvrig drift	18,4	23,0	27,6	32,2
Etableringsudgifter	0,9	0,2	0,2	0,2
Årsværk (hvis der skal ansættes nye)				
Samlet udgift	19,3	23,2	27,8	32,4

Note. Priser er i mio. kr., er ekskl. lønsumsafgift og er i 2017-priser.

Uddybende beskrivelse

Det opstillede budget tager udgangspunkt i ambulancekontrakternes højeste pris for tilkøb af et deldøgnsberedskab (spænd mellem 4,5 og 3,6 mio. kr.) samt variable ydelser. Der er i tabellen tilført 4 beredskaber i 2018 og yderligere 1 beredskab i hvert af årene 2019, 2020 og 2021, i alt 7 beredskaber. Etableringsudgifter indeholder tekniske udstyr (defibrillatorer og kommunikationsudstyr).

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):

Sundhedskassen	X
Den regionale udviklingskasse	
Det sociale område	