ISBN NR. 978-87-7723-955-7

STYRKET KONKURRENCE PÅ AMBULANCE-MARKEDET

18 ANBEFALINGER TIL HANDLING

Afrapportering fra regional arbejdsgruppe vedrørende ambulanceudbud og styrket konkurrence på ambulanceområdet

Oktober 2018

Indhold

1. Indledning **3**

2. Den nuværende konkurrencesituation **7**

3. Hvad kan regionerne gøre for at nedbryde markedsbarrierer for nye leverandører? **12**

4. Hvordan kan regionerne optimere deres udbudsprocesser i en fremtidig situation med konkurrence? **35**

5. Regional varetagelse af ambulanceberedskabet **47**

6. Styrkelse af konkurrencen på liggende sygetransport **53**

Bilag A: De præhospitale uddannelser *55*

Bilag B: Oversigt over antallet af delområder i hver region *56*

Bilag C: Konkurrencesituationen i hver region *57*

Bilag D: Oversigt over private ambulanceleverandører i andre lande *59*

Bilag E: Virksomhedsoverdragelse *61*

Bilag F: Erfaringer fra Region Hovedstadens varetagelse af det sundhedsfaglige ansvar

Bilag G: Rigsrevisionens anbefalinger *63*

Forord

Regionerne har ansvaret for den præhospitale indsats, der bl.a. dækker drift af ambulanceberedskab, liggende sygetransport, akutlægebiler, akutbiler og den landsdækkende akutlægehelikopterordning.

Regionerne bruger årligt ca. 2,3 mia. kr. på den præhospitale indsats. Heraf tegner ambulance-området sig for ca. 1,9 mia. kr. Tidligere har området bygget på udbredt brug af private leverandører. Antallet af leverandører har dog været få - og konkurrencen om opgaverne derfor meget begrænset.

Ambulancekørsel er omfattet af EU's udbudsregler. Regionerne er derfor forpligtede til at sende opgaven i udbud med mindre de selv ønsker at varetage opgaven jf. muligheder i medfør af Sundhedsloven.

Regionerne har siden 2008 to gange haft ambulanceberedskabet sendt i udbud. Erfaringerne fra udbuddene har bl.a. været, at nye aktører ikke har kunnet vinde fodfæste på det danske marked. Samtidig er der sket en reduktion i antallet af private aktører på markedet. Det har skabt en situation, hvor en meget stor del af ambulance-området i dag er koncentreret på én enkelt aktør. Det er usundt – og er samtidig et dårligt afsæt for velfungerende konkurrence på kvalitet og pris.

Rigsrevisionen har anbefalet, regionerne fortsat arbejder for at efterprøve forskellige alternativer, der kan fremme konkurrencen og at minimere omkostningerne til den præhospitale indsats. Derfor har Danske Regioner nedsat en arbejdsgruppe med eksperter fra de 5 regioners præhospitale organisationer. Arbejdsgruppen har haft til opgave at levere forslag til, hvad regionerne kan gøre for at forbedre konkurrencesituationen på området til kommende udbudsrunder. Resulteret er dette inspirationskatalog med 18 forslag til mulige indsatser og tiltag som regionerne kan fokusere på for at styrke konkurrencen på ambulance-området i Danmark.

Ambulanceområdet udgør en væsentlig samfundsopgave. Det er afgørende for kvaliteten og udgiftsniveauet på ambulanceområdet, at der er reel konkurrence. Afsættet for denne rapport er, hvordan konkurrencen på ambulanceområdet herhjemme fremover kan styrkes. Men dette fokus på konkurrence sker ikke på bekostning af andre hensyn. Konkurrence understøtter udviklingen på området

God læselyst!

1. Indledning

Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet[1] foreskriver, at regionerne skal stille ambulanceberedskab til rådighed. Regionerne kan enten selv varetage opgaven eller benytte ambulancer, der efter aftale stilles til rådighed af andre regioner, kommuner eller private leverandører. Amterne havde oprindeligt kontrakt med én ambulanceoperatør, men Klagenævnet for Udbud afgjorde i 2003, at amterne var forpligtede til at sende opgaven i udbud, hvis de ikke selv ønskede at varetage driften.

Regionerne har siden 2008 to gange haft ambulanceberedskab og liggende sygetransport i udbud. Rigsrevisionen anbefaler i sin Beretning om regionernes præhospitale indsats fra 2014, at regionerne fortsat arbejder for at efterprøve forskellige alternativer, der kan fremme konkurrencen, for at minimere omkostningerne til den præhospitale indsats – eksempelvis gennem brug af kontrolbud og opdeling i delområder.

Danske Regioner har på den baggrund nedsat en arbejdsgruppe, der skal komme med oplæg til, hvad regionerne kan gøre for at forbedre konkurrencesituationen.

Resumé af afrapporteringen
Manglende konkurrence er i dag hovedudfordringen på ambulanceområdet. Regionerne bruger årligt små 2 mia. på et område, der i dag primært baserer sig på én stor [*dominerende*] aktør. Set i et konkurrence-perspektiv er dét ganske usundt og samtidigt et dårligt afsæt for at sikre mere innovation og kvalitetsudvikling på det præhospitale område. Alene af den grund er der brug for at styrke konkurrencevilkårene på ambulanceområdet.

Lykkes det ikke at skabe bedre konkurrence for de kommende udbudsrunder, vil udbuddene skulle gennemføres på et monopollignende marked. Det risikerer at medføre højere priser og dyrere betaling for en væsentlig sundhedsydelse. Dén situation er regionerne samtidig nødt til at agere på.

For det første ved at iværksætte initiativer, der sigter mod at gøre det nemmere for nye aktører at gå ind på det danske ambulancemarked. For det andet ved at overveje, hvordan regionerne skal håndtere risikoen for, at der – selv efter disse initiativer – eventuelt ikke er skabt en sundere konkurrence, bl.a. som følge at de negative erfaringer nye operatører på ambulanceområdet i Danmark tidligere har gjort sig.

---

[1] Bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet, BEK 971 af 28. juni 2016, kapitel 3. https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=181681

Kapitel 2 beskrives den nuværende konkurrencesituation og erfaringerne fra de to første udbudsrunder. Det vurderes, at hvis den nuværende konkurrencesituation ikke ændrer sig, vil der på langt de fleste delområder kun være en tilbudsgiver, nemlig Falck Danmark A/S. Det må forventes, at udbud gennemført på et sådan monopollignende marked vil medføre højere priser.

For at sikre konkurrence beskrives i kapitel 3, hvordan regionerne kan arbejde med at nedbryde en række markedsbarrierer for nye leverandører. Der forslås desuden i kapitel 4 en række udbudsstrategiske tiltag, der kan sikre mest mulig konkurrence om hver opgave i forbindelse med kommende udbud.

Selv hvis det lykkes at nedbryde de afgørende barrierer for nye leverandører, forudsætter en konkurrencesituation i et kommende udbud, at der rent faktisk kommer nye leverandører på det danske ambulancemarked. Derfor beskriver kapitel 5 og 6, hvordan regionerne aktivt kan sikre en konkurrencesituation ved enten selv at bringe sig i spil som leverandør eller etablere nye aktører fx via offentlig-privat samarbejde. Endelig beskrives også i kapitel 5, hvordan regionerne kan vælge at varetage hele ambulanceberedskabet selv.

18 forslag til styrket konkurrence

Arbejdsgruppen kommer i rapporten med 18 forslag til at styrke konkurrencen på ambulancemarkedet. De 18 forslag handler om, at:

1. Alle regioner sikrer, at der uddannes nok ambulancepersonale, enten ved at regionen selv uddanner elever eller ved at stille krav til deres leverandør om at gøre det.
2. Der arbejdes for at ændre bekendtgørelsen om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale mv. med henblik på at sikre, at relevante fagprofessioner ikke udelukkes fra at bemande ambulancer.
3. Der arbejdes for at forankre ambulancebehandleruddannelsen i sundhedsfagligt regi.
4. Der sikres konkurrencedygtige overenskomster for ambulancepersonalet på såvel det private som det offentlige område.
5. Regionerne undersøger muligheden for, at regionerne selv drifter udvalgte ambulancebaser.
6. Regionerne løbende tilpasser krav til leverandørernes erfaring, robusthed og sikkerhedsstillelse til den risiko, som regionerne har

7. Regionerne udbyder ambulanceberedskabet i beredskabsmodellen, hvor dimensioneringen af ambulanceberedskabet (antal baser og antal beredskaber) fastlægges af regionerne, og hvor disponeringen af beredskaberne ligeledes varetages af regionerne.
8. Alle regioner overtager det sundhedsfaglige ansvar og planlægning og afholdelse af ambulancepersonalets efteruddannelse senest i forbindelse med deres næste udbud.
9. Regionerne udbyder ambulance og liggende sygetransport, så der er mulighed for, at potentielle tilbudsgivere kan byde på det ene eller begge områder.
10. Regionerne opdeler deres ambulanceudbud i delområder.
11. Regionerne koordinerer deres udbudsprocesser med fokus på at time deres udbud i forhold til hinanden, så flest mulige leverandører byder på opgaven.
12. Regionerne i 2018 går i gang med at aftale en fællesmængde i udbuddene.
13. Regionerne gennemfører en markeds- og teknisk dialog, der øger synlighed og gennemsigtighed for nye leverandører.
14. Regionerne tager skridt til at iværksætte et fælles arbejde, der skal tilvejebringe styrket og tidlig information til markedet om rammerne for ambulancedrift i Danmark
15. Regionerne udarbejder kontrolberegning/kontrolbud og i den forbindelse gennemfører en fælles regional proces om forudsætningerne for beregningerne (vagtformer, takster mv.)
16. Regionsrådene opfordres til at tilkendegive politisk inden udbuddet, at man er klar til at hjemtage, hvis regionen selv kan varetage opgaven bedst og billigst.
17. Regionerne arbejder med muligheden for selv at agere konkurrencefremmende aktør ved egen drift af en del af ambulanceberedskabet
18. Regionerne hver især gennemfører en markedsdialog, der øger synlighed og gennemsigtighed for nye leverandører af liggende sygetransport.

Det præhospitale område

Det præhospitale område omfatter præhospital behandling samt drift af ambulanceberedskab, liggende sygetransport og øvrige præhospitale enheder så som akutlægebiler, akutbiler og den landsdækkende akutlægehelikopterordning. Dertil kommer visitation og disponering af de præhospitale enheder,

som foregår i de regionale AMK-vagtcentraler, som også modtager 1-1-2 opkaldene. Regionerne bruger samlet set ca. 2,3 mia. kr. årligt på indsatsen. Heraf udgør ambulancekørslen 1,9 mia. kr.[2]

Den præhospitale indsats er et område, der har gennemgået en markant udvikling og kvalificering gennem de seneste 10-15 år. Tidligere havde indsatsen primært fokus på at få hentet den akut syge eller tilskadekomne hurtigt ind til behandling på sygehuset. I dag påbegyndes en avanceret behandling i mange tilfælde allerede på skadestedet og under transporten til sygehuset. Dette skyldes bl.a., at ambulancepersonalets faglige kompetencer er øget, deres samspil med andre faggrupper i sundhedsvæsenet er styrket, og der er indført nye behandlingsmuligheder.

Udbud af ambulancekørsel og liggende sygetransport

Danmark har en mere end 100-års erfaring med at lade private selskaber stå for ambulanceberedskab – hvilket i mange år har været lig med Falck Danmark A/S, som reelt har været den eneste landsdækkende leverandør på markedet.

Regionerne overtog det præhospitale område fra amterne i 2007. Dermed overtog regionerne også den standardaftale, som Amtsrådsforeningen havde indgået med Falck Danmark A/S om takster og reguleringer for ambulancekørsel og liggende patientbefordring. I en række større byer blev ambulancekørslen varetaget af de kommunale brandvæsener, men ellers stod Falck Danmark A/S for ambulancekørslen i det meste af landet. Standardaftalen betød, at der stort set ikke var konkurrence på markedet og indebar betydelige årlige prisstigninger for regionerne.

Klagenævnet for Udbud afgjorde i 2003, at ambulancekørsel er omfattet af EU's udbudsregler, og at amterne derfor var forpligtede til at sende opgaven i udbud frem for blot at indgå kontrakt med én ambulanceoperatør. Den første store udbudsrunde blev gennemført i 2008-2009, hvor alle fem regioner sendte deres ambulancekørsel og liggende patientbefordring i udbud. Regionerne har efterfølgende gennemført endnu en udbudsrunde i 2014-2016.

---

[2] Udgifterne er opgjort på baggrund af de udgifter til ambulancekørsel mv., liggende patientbefordring og øvrige præhospitale ordninger, som regionerne har indrapporteret via Danske Regioner til OECD's "System of Health Accounts" for 2014. Det nøjagtige beløb er 2.272.771.000 kr.

De nuværende kontrakter udløber mellem 2019 og medio 2025. De konkrete tidspunkter er forskellige fra region til region og afhænger af, om regionerne vælger at forlænge kontrakterne.[3] Det næste regionale udbud vil tidligst kunne gennemføres i forbindelse med, at den første uopsigelige del af Region Midtjyllands kontrakt udløber i november 2019.

2. Den nuværende konkurrencesituation

Det danske ambulancemarked er i dag opdelt i 20 delaftaler. Heraf har Falck Danmark A/S 12 delområder og Responce A/S, som siden 2015 ejes af Falck Danmark A/S, har 2 delområder. Region Syddanmark har efter Bios Ambulance Services Danmark A/S's konkurs i 2016 hjemtaget tre delområder. De sidste tre delområder er fordelt mellem Samsø Redningskorps og Hovedstadens Beredskab, som er et kommunalt selskab[4].

Leverandører på delaftaler i hver region (ambulancekørsel)

Delaftaler i hver region	**Leverandører**
Region Hovedstaden: 6	Falck Danmark A/S: 4
	Hovedstadens Beredskab: 2
Region Sjælland: 3	Falck Danmark A/S: 3
Region Syddanmark: 4	Response A/S (ejet af Falck Danmark A/S): 1
	Region Syddanmark (før Bios Ambulance Services Danmark A/S): 3
Region Nordjylland: 1	Falck Danmark A/S: 1
Region Midtjylland: 6	Falck Danmark A/S: 4
	Responce A/S (ejet af Falck Danmark A/S): 1
	Samsø Redningskorps Aps: 1

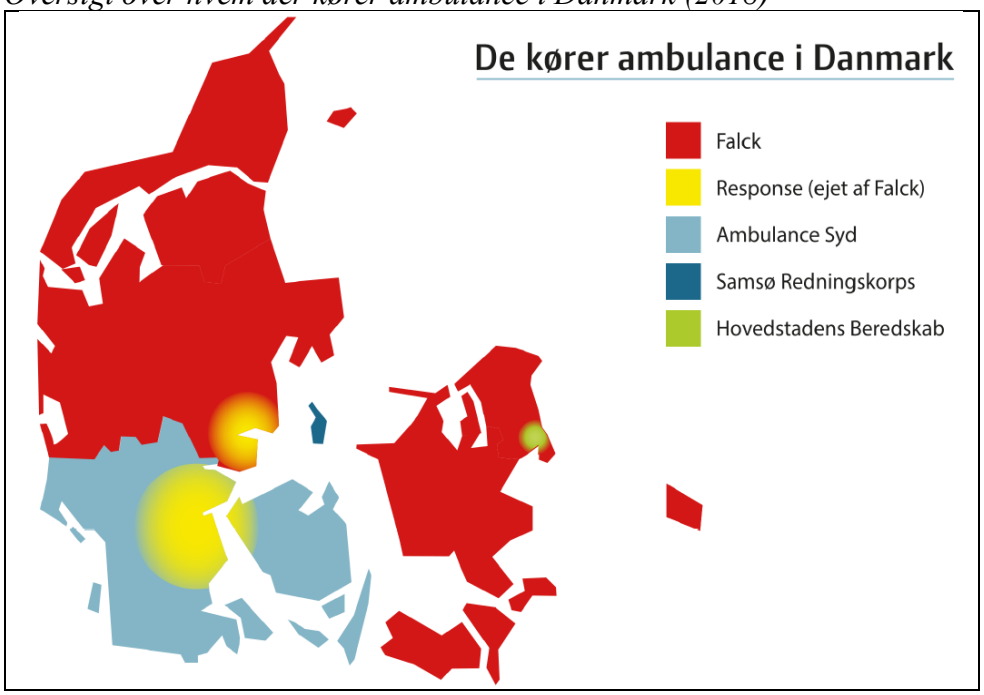
Udover de 20 delaftaler på ambulancekørsel er der yderligere 9 delaftaler specifikt for liggende sygetransport og 1 aftale for akutbilskørsel. Falck Danmark A/S er eneste leverandør på disse aftaler.

[3] I flere af regionerne er kontrakterne udformet på en sådan måde, at der er besparelser i slutningen af kontraktperioden. Samtidig er der et betydeligt administrativt ressourceforbrug forbundet med at gennemføre en udbudsproces. Det forventes derfor, at der i flere regioner vil være et ønske om at forlænge kontrakterne mest muligt.

[4] Hovedstadens Beredskab er et fælleskommunalt selskab (§ 60 selskab i henhold til den kommunale styrelseslov).

Hovedstadens Beredskab kan som kommunalt beredskab kun byde i deres eget og tilstødende områder. Efter at Falck Danmark A/S har opkøbt Responce, og Bios er gået konkurs, er Falck Danmark A/S og Samsø Redningskorps[5] derfor de eneste nuværende leverandører på det danske marked, der i et kommende udbud kan byde på ambulancekørsel i hele landet.

Oversigt over hvem der kører ambulance i Danmark (2018)



Arbejdsgruppens vurdering er, at hvis der blev gennemført udbud nu, ville der efter al sandsynlighed ikke være konkurrence mellem flere private selskaber på ambulancemarkedet. Det forventes, at Samsø Redningskorps og Hovedstadens Beredskab fortsat vil have interesse i at byde på deres nuværende delaftaler. Tilsvarende kan andre kommunale beredskaber være interesserede i at byde i deres eget og tilstødende områder.

Konkurrencesituationen i de enkelte regioner er beskrevet i bilag C.

Det internationale marked for ambulancekørsel

Region Hovedstaden har undersøgt en række europæiske lande for om der er private firmaer, der har kapacitet til at byde på drift af ambulanceberedskab

[5] Samsø Redningskorps driver ambulancetjeneste, autohjælp, brandvæsen, bygning- og dyr-redning, patientbefordring, samt søredning på Samsø. Autohjælp og patientbefordring køres for Falck. Korpset har 4 ambulancer og 2 sygetransport køretøjer http://www.samsoredning.dk/default.html

i Danmark. Undersøgelsen er dels lavet ved direkte kontakt til relevante nøglepersoner, og dels via offentlig tilgængelig information på internettet.

Undersøgelsen viser, at der i Tyskland, Norge, Storbritannien, Sverige, Holland, Polen og Spanien er private firmaer, der driver ambulanceberedskab for offentlige myndigheder. Det vurderes, at der i enkelte af disse lande kan findes private firmaer, der har kapacitet og kompetencer til at byde ved næste udbudsrunde i Danmark. Dog er det uvist, om disse firmaer har en strategi for udvidelse på tværs af grænser. Udover Falck, er der ikke kendskab til leverandører af ambulanceberedskab som tidligere haft succes med at levere services udenfor eget hjemland.

Undersøgelsen viser samtidig, at de europæiske lande har meget forskellige måder at drive ambulancekørsel. For eksempel er mange ambulanceberedskaber i Tyskland drevet af NGO'er som Røde Kors. I Finland er mange af leverandørerne familiedrevne virksomheder med få beredskaber, og i Frankrig er ambulanceberedskab udelukkende en offentlig opgave.

Læs nærmere om ambulancemarkedet i de enkelte europæiske lande i "Bilag D: Oversigt over private ambulanceleverandører i andre lande."

Konkurrencesituationen på markedet for liggende sygetransport

Liggende sygetransport anvendes til patienter, der ikke har brug for behandling undervejs, men alligevel har brug for at blive transporteret liggende.

I Region Sjælland og Region Syddanmark er liggende sygetransport en del af ambulanceaftalerne. I de øvrige regioner er der selvstændige delaftaler på liggende sygetransport.

Falck Danmark A/S er eneste leverandør på de 9 selvstændige delaftaler for liggende sygetransport.

Antal delaftaler i hver region	**Leverandører**
Region Hovedstaden: 4	Falck Danmark A/S: 4
Region Sjælland: 3	Falck Danmark A/S: 3 (som del af ambulanceaftalerne)
Region Syddanmark: 4	Responce (som ejes af Falck Danmark A/S): 1 (som del af ambulanceaftalerne)
	Region Syddanmark (før Bios): 3 (som del af ambulanceaftalerne)
Region Nordjylland: 3	Falck Danmark A/S: 3
Region Midtjylland: 2	Falck Danmark A/S: 2

Arbejdsgruppen vurderer, at der i modsætning til markedet for ambulancekørsel, er et uforløst potentiale for konkurrence på markedet for liggende sygetransport. Det skyldes, at adgangsbarriererne her er lavere end til ambulancemarkedet, bl.a. fordi personalet kan rekrutteres fra mange andre brancher, da uddannelseskravene er begrænsede. Omkostningerne til liggende sygetransport udgør over en kvart milliard kroner årligt.[6]

Erfaringerne fra første udbudsrunde (2008-2009)
Den første udbudsrunde i 2008-2009 endte med kun at bringe én ny aktør ind på markedet for ambulancekørsel, nemlig det nystartede danske firma Responce, der vandt én ud af 8 delaftaler i Region Midtjylland. Falck Danmark A/S sad efter første udbud med 20 ud af 26 delaftaler.

De 26 delaftaler fordelt på leverandører efter første udbudsrunde:

- Falck Danmark A/S: 20
- Responce: 1
- Frederiksberg Brandvæsen: 1
- Københavns Brandvæsen: 1
- Roskilde Brandvæsen: 2
- Samsø Redningskorps: 1

[6] Udgifterne er opgjort på baggrund af de udgifter til ambulancekørsel mv., liggende patientbefordring og øvrige præhospitale ordninger, som regionerne har indrapporteret via Danske Regioner til OECD's "System of Health Accounts" for 2014. Regionernes kontrakter om liggende sygetransport udgør årligt omkring 230 mio. kr.. Dertil kommer, at flere af ambulancekontrakterne også indeholder opgaver vedrørende liggende sygetransport.

To svenske firmaer – Samaritten og Ulfab – var blevet prækvalificerede til at byde i Danmark. Ulfab blev opkøbt af Falck Danmark A/S i den indledende udbudsproces. Samariten bød på opgaver i både Region Hovedstaden, Sjælland og Midtjylland. Samaritten vandt delområder i såvel Sjælland, Midtjylland som Hovedstaden, men måtte efterfølgende trække sig fra kontrakten. Ifølge en pressemeddelelse fra Samariten måtte de opgive, fordi 3F havde krævet en dyrere overenskomst end ventet. Overenskomsten var ifølge Samariten væsentligt dyrere, end den 3F havde indgået med Falck Danmark A/S.

Erfaringerne fra anden udbudsrunde (2014-2016)

Anden udbudsrunde fra 2014-16 endte med at bringe en ny aktør ind på markedet i form af det hollandske selskab Bios, som vandt 3 ud 4 delaftaler i Region Syddanmark. For Danmark som helhed vandt Falck Danmark A/S 12 ud af 20 delaftaler. Responce vandt to aftaler og blev siden opkøbt af Falck Danmark A/S i april 2015.

De 20 delaftaler fordelt på leverandører efter anden udbudsrunde:

- Falck Danmark A/S: 12
- Responce (opkøbt af Falck Danmark A/S i april 2015): 2
- Bios (opgaven er senere hjemtaget af Syddanmark i 2016): 3
- Hovedstadens Beredskab: 2
- Samsø Redningskorps: 1

Efter at have vundet udbuddet i 2014, påbegyndte Bios i efteråret 2015 opgaven med ambulancedrift i størstedelen af Syddanmark. Som det har været fremme i medierne, havde Bios efterfølgende væsentlige udfordringer med at rekruttere nok ambulancepersonale. Ifølge Bios har Falck Danmark A/S bevidst flyttet medarbejdere – det vil sige potentielle Bios-reddere - væk fra regionen. Sagen undersøges af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, som forventes at komme med en afgørelse i 2018.

I forbindelse med anden udbudsrunde var der også interesse fra SOS International samt det finske ambulancefirma 9Lives. 9Lives endte med ikke at afgive tilbud og blev i 2015 opkøbt af Falck. SOS afgav tilbud i én region; dog blev direktøren fra SOS blev ansat hos Falck Danmark A/S. Herudover har det tyske selskab GARD indirekte været inde på markedet ved at købe en andel i Responce, inden GARD i 2013 blev solgt til Falck Danmark A/S.

Opsamling på erfaringerne fra de to udbudsrunder

Der har i de to udbudsrunder været flere tilbudsgivere på en række delområder, hvilket i de konkrete tilfælde har ført til besparelser[7]. På baggrund af de to udbudsrunder kan det imidlertid konstateres, at der ikke er sket noget grundlæggende i forhold til fordelingen af markedsandele med undtagelse af Region Syddanmark.

Der er flere eksempler på, at regionernes konkurrencefremmende initiativer har haft en effekt på prissætningen. Regionerne har for eksempel inddelt udbud i delområder, lavet kontrolberegninger/kontrolbud, sat begrænsning i tildeling for at sikre mere end én tilbudsgiver og indgået i teknisk dialog (markedsdialog) med potentielle leverandører. Regionerne oprettede i 2011 regionale AMK-vagtcentraler (Akut Medicinsk Koordinering), og nogle regioner hjemtog den tekniske disponering af de præhospitale enheder.

Initiativerne har imidlertid kun haft effekt på prisen, når der har været en forventning om, at flere leverandører ville byde på opgaven eller når regional hjemtagelse af opgaven har fremstået som et troværdigt alternativ. Det vil sige, at den private tilbudsgiver har vurderet det for realistisk, at regionen selv overtager driften, hvis regionens kontrolberegning/kontrolbud viser sig at være bedst og billigst.

For at diverse konkurrencefremmende udbudstaktikker kan få effekt i et kommende udbud, kræver det tilsvarende, at der enten er flere private selskaber, der byder, eller at regionerne selv fremstår som troværdige leverandører.

3. Hvad kan regionerne gøre for at nedbryde markedsbarrierer for nye leverandører?

Arbejdsgruppen vurderer, at følgende udgør de største adgangsbarrierer til ambulancemarkedet for nye leverandører:

- Rekruttering af tilstrækkeligt ambulancepersonale
- Sikring af den nødvendige finansiering til at etablere og sikre stabil drift af ambulancevirksomhed
- Adgang til infrastruktur – især i form af ambulancebaser.

[7] Ved den seneste udbudsrunde i 2014 modtog Region Hovedstaden tilbud fra flere leverandører og endte med at tildele opgaverne til to operatører. Sammenlignet med det forudgående beredskab, vurderer Region Hovedstaden, at den skærpede konkurrence har banet vejen for et samlet fald i udgifter på over 400 millioner kr. i løbet af den 6-årige kontraktperiode (se: http://bit.ly/2D18TAR)

Hvis der skal skabes mere konkurrence på ambulancemarkedet, er der behov for at nedbryde disse adgangsbarrierer. I det følgende kapitel gennemgås adgangsbarrierne, og hvad regionerne på kort og lang sigt kan gøre for at nedbryde dem.

Kompleksiteten i opgaven med at byde på ambulanceberedskab afhænger også af, om regionerne bruger en såkaldt responstid- eller en beredskabsmodel for udbud af opgaven. Derfor ses der i kapitlet også på kontraktmodeller, som et tiltag til at nedbryde barriere til markedet.

Varetagelsen af det sundhedsfaglige ansvar gør opgaven med ambulanceberedskab mere kompleks og forudsætter en række lægefaglige kompetencer hos potentielle leverandører. Derfor ses der i kapitlet også på regionernes varetagelse af det sundhedsfaglige ansvar, som et tiltag til at nedbryde barrierer til markedet.

Rekruttering af tilstrækkelige personaleressourcer

Erfaringen fra de to udbudsrunder viser, at rekruttering af tilstrækkeligt personale udgør den væsentligste og afgørende udfordring for nye ambulanceleverandører.

Der er i lovgivningen fastsat krav til ambulancernes bemanding i form af uddannet ambulancepersonale (minimum en ambulancebehandler og en ambulanceassistent).[8] Uddannet ambulancepersonale er en begrænset ressource, da ambulancepersonale stort set kun anvendes i ambulanceberedskab og regionernes akutlægebiler, og det er kun i begrænset omfang muligt at rekruttere (tidligere) ambulancepersonale fra andre brancher. Nye leverandører

---

[8] Bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v.:
"Bemanding af ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v.
§ 2. En ambulance skal bemandes med mindst to personer. Heraf skal en person have gennemgået uddannelsen til ambulancebehandler, jf. § 5, eller uddannelse, der i al væsentlighed svarer til uddannelsen til ambulancebehandler. I øvrigt skal ambulancepersonalet have gennemgået uddannelsen til ambulanceassistent, jf. § 4 eller tilsvarende uddannelse.
Stk. 2. Når en ambulance anvendes til overførsel af en patient fra et hospital til et andet, kan én af de personer, som i medfør af stk. 1 bemander ambulancen, erstattes af en læge eller specialuddannet sygeplejerske." https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=180064

skal derfor, langt hen ad vejen, satse på at kunne overtage den tidligere leverandørs personale.[9]

Det nuværende arbejdsmarked er stort set koncentreret omkring én stor virksomhed, Falck Danmark A/S. Uddannelsen til ambulanceassistent indeholder praktik, hvilket tilbydes af de leverandører, som allerede har kontrakter. Da Falck Danmark A/S har langt de fleste kontrakter, er det også Falck Danmark A/S der ansætter og uddanner de fleste ambulanceassistentelever. Det skaber et stærkt tilhørsforhold til virksomheden blandt de færdiguddannede elever. Samtidig har Falck Danmark A/S også stor indflydelse på ambulanceassistentuddannelsens udformning.[10]

Medarbejdernes tilhørsforhold til en virksomhed vil alt andet lige præge deres beslutning om at skifte arbejdsplads til en anden virksomhed, som f.eks. er ny leverandør og har vundet et udbud i det område, som medarbejderen allerede arbejder i. Det må antages, at det især gør sig gældende hvis en medarbejder har mulighed for at fortsætte på sit arbejde for den samme virksomhed, fx i en stilling i en anden region, i udlandet eller inden for et tilgrænsende felt.

I konsekvens af den historiske tilknytning til transportbranchen er private leverandørers overenskomstpart 3F. Med henblik på at kunne overtage en tidligere leverandørs personale spiller det derfor også en stor rolle, at den nye leverandør har tegnet overenskomst med 3F.[11]

Regionerne har overenskomst med FOA for deres ansatte fx på akutlægebiler. For at sikre tilstrækkelige personaleressourcer til nye leverandører på markedet, er det således vigtigt at:

- Der uddannes nok ambulancepersonale
- Ambulancepersonalets tilhørsforhold i højere grad ligger hos regionerne end hos leverandørerne
- Overenskomstforholdene ikke favoriserer bestemte leverandører.

---

[9] Nye leverandører har som oftest størst problemer med at skaffe ambulancebehandlere og paramedicinere mens ambulanceassistenter, fx netop uddannede elever, er en mindre udfordring.

[10] Mål og rammer for uddannelsen til ambulanceassistent fastlægges i Brancheudvalget for Ambulance og Redning. . 2 ud af 4 arbejdsgiverrepræsentanter i udvalget er ansat i Falck Danmark A/S. Den 3. arbejdsgiverrepræsentant er fra Københavns Brandvæsen. Danske Regioner besætter den 4. arbejdsgiverplads. .

[11] Samariten og Responce havde udfordringer med at tegne overenskomt med 3F på samme vilkår som Falck Danmark A/S, da de henvendte sig i 2008/2009.

Fakta-boks: Virksomhedsoverdragelse
Den danske lov om virksomhedsoverdragelse indebærer en beskyttelse af medarbejdere i tilfælde, hvor deres virksomhed eller dele af virksomheden overdrages til en ny arbejdsgiver. Konstateres det, at en overdragelse er omfattet af loven, betyder lovens beskyttelse i hovedtræk, at de overdragede medarbejdere har ret til at overgå til den nye arbejdsgiver på tilsvarende ansættelsesvilkår som de oprindelig arbejdede under.

Fordelen ved at loven finder anvendelse er, at den kan være med til at sikre, at den nye leverandør har bedre mulighed for at rekruttere ansatte – og dermed sikre stabil drift. Ulempen er, at en forpligtelse til at overtage det hidtidige leverandørs personale på uændrede løn- og ansættelsesvilkår vil betyde, at en ny leverandør vil have vanskeligt ved at omsætte en mere effektiv driftstilrettelæggelse i lavere priser, da den væsentligste omkostning ved ambulanceberedskab er lønninger. Desuden vil ledelsesretten til selv at bestemme, hvem der skal ansættes, blive sat ud af kraft.

Hvorvidt der i et konkret tilfælde er tale om en virksomhedsoverdragelse, som er omfattet af virksomhedsoverdragelsesloven, afhænger af en konkret vurdering. Der skal efter praksis være tale om, at virksomheden overdrages sammen med de aktiver, som virksomheden benytter til løsning af den udbudte opgave, hvilket f.eks. kan være lokaler, maskiner, busser eller ambulancer.

Der har i de hidtidige ambulanceudbud været en ensartet formulering i alle fem regioners udbudsmateriale om, at overdragelse af kontrakter om ambulancekørsel ikke er omfattet af virksomhedsoverdragelsesloven. Dette beror på en ekstern juridisk vurdering af, at der alene er tale om, at opgaven med ambulancekørslen overgår til en ny leverandør og ikke virksomheden som sådan med dens aktiver i form af ambulancer, stationsfaciliteter m.v.

Læs mere om virksomhedsoverdragelse i bilag E.

Regionerne sikrer, at der uddannes nok ambulancepersonale
Arbejdsgruppen foreslår, at:

1. Alle regioner sikrer, at der uddannes nok ambulancepersonale, enten ved at regionen selv uddanner elever eller ved at stille krav til deres leverandør om at gøre det.

For at kunne bemande en ambulance skal man have været ansat og udlært som elev i en ambulancetjeneste. Derfor skal der hele tiden være ansat tilstrækkeligt med elever for at sikre en stabil arbejdsstyrke på området. Arbejdsgruppen anbefaler, at regionerne sammen vurderer behovet for ambulancepersonale og koordinerer et fælles niveau for antallet af elever set i forhold til det samlede antal årsværk i ambulancetjenesten.

I dag er ambulanceelever ansat af regionernes leverandører. Kun Region Syddanmark ansætter på nuværende tidspunkt selv elever.

Regionerne kan sikre, at der uddannes tilstrækkeligt med ambulancepersonale enten ved selv at ansætte elever med henblik på at opnå slutkompetence som ambulancebehandler eller ved at stille specifikke krav til deres leverandører om at gøre det.

Regionens mulighed for selv at ansætte elever
Hvis regionen selv vælger at ansætte elever, bliver regionen ansættende myndighed og skal bl.a. betale elevernes løn i uddannelsens hovedforløb, der med den nye uddannelse får en varighed på 3 år og 7 måneder.

Hvis den enkelte region gennem udbud får varetaget dele af opgaven af private leverandører, skal den private leverandør gennem kontrakten forpligtiges til at uddanne de ansatte elever. Når eleverne er færdige med uddannelsen, kan de søge job ved de til enhver tid fungerende leverandører af ambulancetjenesten.

Anbefalingen om regional ansættelse af elever på ambulanceområdet bygger på antagelsen om, at regionerne ved selv at ansætte elever kan sikre, at ambulancepersonalets tilhørsforhold i højere grad ligger hos regionerne end hos leverandørerne. Dette vil gøre det mere nærliggende at skifte arbejdsgiver for at blive i regionen, hvis en ny leverandør vinder et udbud. Ved at regionerne står for uddannelsen vil eleverne desuden få en stærkere forankring i et sundhedsfagligt miljø.

Ambulancebehandleruddannelsens praktikstruktur spiller en væsentlig rolle, når det gælder muligheden for at sikre elevens tilhørsforhold gennem regional ansættelse. Som alle andre erhvervsuddannelser er behandleruddannelsen en vekseluddannelse med vekslende skole- og praktikperioder. Praktikken vil udgøre størstedelen af det samlede uddannelsesforløb og vil foregå i såvel ambulancetjeneste som på hospital. Langt størstedelen af praktikken vil være

ambulancepraktik. Alle elevers uddannelsesforløb er det samme uanset ansættelsessted. Såfremt ambulancedriften i en given region varetages af en ekstern leverandør, vil regionens elev tilbringe hovedparten af deres (praktik-)uddannelse hos leverandøren.

Praktikken er dér, hvor elevens praktiske færdigheder opøves og udvikles. Praktikken er ligeledes dér, hvor eleven socialiseres ind i ikke blot et fag men også i et arbejdsfællesskab og på en arbejdsplads. Det betyder, at elevens og den færdiguddannedes loyalitet og tilhørsforhold ikke automatisk er sikret gennem regional ansættelse, når ambulancedriften og dermed hovedparten af elevens praktiktid foregår hos en ekstern leverandør.

Derfor bør det overvejes, om der kan findes andre måder, hvorpå regionen kan knytte eleven tættere til regionen og tydeliggøre, at eleven er en del af et større regionalt, præhospitalt og sundhedsfagligt set-up. Det kunne være gennem faglige arrangementer med andre sundhedsprofessionelle i den præhospitale virksomhed eller læringsaktiviteter sammen med andre elever eller studerende. Til denne overvejelse hører også en vurdering af, om sådanne aktiviteter kan opveje den tilknytning eleven har til den leverandør og den arbejdsplads, hvor han/hun har sin daglige gang i forbindelse med praktikken.

Behandleruddannelsens praktikstruktur spiller også en rolle, når det gælder sikringen af tilstrækkeligt uddannet ambulancepersonale gennem regional ansættelse. I de tilfælde, hvor ambulancedriften i en region varetages af en ekstern leverandør, vil regionens mulighed for at skrue op for elevansættelserne afhænge af, at den pågældende leverandør stiller praktikplads-kapacitet til rådighed for regionens elever. Et sådan krav kan stilles som en del af kontrakten med leverandøren.

Påvirkningen af konkurrencesituationen på ambulanceområdet gennem elevansættelse forudsætter en længerevarende indsats, hvor gevinster i form af et øget rekrutteringsgrundlag, ikke nødvendigvis kan høstes på kort sigt. Som en mulig gevinst bør nævnes den signalværdi, der i sig selv kan ligge i, at regionerne bliver elevansættende myndighed på ambulanceområdet og på den måde indtager en ny og mere tydelig rolle på området.

<u>Tidshorisont for selv at ansætte elever</u>

Hvis regionerne i de nuværende kontrakters løbetid ønsker at overtage eleverne, kræver det en forhandling med leverandørerne. En regional overtagelse af eleverne må forventes at kunne udløse en rabat for regionerne, idet

ambulanceleverandørernes udgifter mindskes. Dog forventes det ikke, at rabatten fuldt vil modsvare regionens udgifter. Dette skyldes bl.a., at leverandørerne må forventes at have lavet investeringer, som er bundne i den nuværende kontraktperiode (”sunk costs”).

Det forventes, at tiltaget med regional ansættelse af elever vil kunne iværksættes et år efter, at beslutningen træffes. Hvis regionerne skal opnå det fulde udbytte af en overtagelse af eleverne, kræver det dog, at strukturen og indholdet af uddannelsen er lavet om, og at den er forankret som en sundhedsuddannelse (og ikke som det er tilfældet i dag; en transportuddannelse). Denne proces kan i sig selv tage 1-2 år.

Udgifter til selv at ansætte elever

På baggrund af data fra Region Midtjylland forventes det, at elevandelen af personalet skal ligge på omkring 10 % for at sikre en stabil arbejdsstyrke på området.

Baseret på overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og FOA kan den årlige udgift pr. elev anslås til ca. 263.000 kroner. Herfra skal fratrækkes lønrefusion for elevernes skoleperioder.[12]

[12] Regionerne vil som arbejdsgiver skulle betale 20 % af elevernes transportudgifter til uddannelsesstedet, samt udgifter hvis de opholder sig på et skolehjem. Disse udgifter er ikke blevet estimeret.

Elevudgift – estimat		Antagelser
Løn[13]	kr. 216.366,00	*Se note 1*
Særlig feriegodtgørelse	kr. 4.219,14	*1,95 % af lønnen*
Barsel	kr. 2.205,85	*1 % af løn og særlig feriegodtgørelse*
Øvrigt, herunder tillæg	kr. 10.818,30	*5 % af lønnen*
Tøj m.v.	kr. 5.000,00	
Administration og vejledning	kr. 25.000,00	
I alt	kr. 263.609,29	

10 pct. af arbejdsstyrken svarer i Region Midtjylland til 67 redderelever. På baggrund af Region Midtjyllands indbyggertal og geografi estimeres det landsækkende antal af elever at skulle være fire gange så højt, dvs. på cirka 250-300.

Den samlede årlige elevudgift på landsplan kan på den baggrund estimeres til at være ca. 66-79 mio. kroner. Herfra skal fratrækkes lønrefusion for elevernes skoleperioder i størrelsesordenen 12-15 mio. kroner årligt.[14] De årlige

[13] Beregningen er lavet på baggrund af lønsatser pr. 1. oktober 2016. For elever i aldersgruppen 21-25 år er lønnen kr. 17.716 pr. måned. For elever i aldersgruppen 25+ er lønnen kr. 19.601 pr. måned. På baggrund af data fra Region Midtjylland antages det, at 5/6 af eleverne er i gruppen 21-25 år. Selvom en redderelev fylder 25 år under uddannelsen, bliver vedkommende på den lave sats. Eleverne får ikke pension.
Jf. 3Fs overenskomst er lønningerne for elever følgende: Redderelever 21-25 år: Startløn kr. 13.194,99 pr. måned. Elever 25+: Startløn kr. 23.349,51 pr. måned. De unge elever vil derfor få en højere løn ved brug af FOA-aftalen.

[14] Elevrefusionen er beregnet ud fra følgende antagelser:

- Der er taget udgangspunkt i de gældende satser for lønrefusion for skoleopholdsperioderne, som kan findes på: https://indberet.virk.dk/arbejdsgivernes-uddannelsesbidrag/for-arbejdsgivere/udbetalinger/loenrefusion-og-befordring
- Der er taget udgangspunkt i den nuværende ambulanceredderuddannelse. Jf. Bekendtgørelse om erhvervsuddannelsen til redder: https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=179126 er skoleopholdet for ungelever på 42 uger, mens vokseneleverne har skoleophold i 37,8 uger. Uddannelsen tager 29 måneder for ungelever og 27 måneder for voksenelever.
- Det er antaget, at skoleopholdsperioderne fordeler sig forholdsmæssigt lige mellem de tre år (denne antagelse passer givetvis ikke fuldt med virkeligheden). Det har betydning for udregningen vedr. ungeleverne, da refusionssatsen stiger i løbet af uddannelsen. Det har ikke betydning for voksneleverne.

udgifter til elever vil således svare til ca. 3 % procent af regionernes udgifter til ambulanceberedskabet.[15] Desuden skal trækkes den rabat, regionerne opnår i ambulancekontrakterne.

Det er en stor økonomisk investering selv at ansætte elever på ambulanceområdet. Det er også en langsigtet beslutning, givet at det tager 3 år at uddanne en ambulancebehandlerelev, og at arbejdsstyrken dermed kun gradvist bliver udskiftet.

Krav til leverandører om at ansætte elever
Som alternativ til selv at ansætte elever, bør regionerne have en fælles tilgang til dimensionering af elever i forbindelse med kommende udbud.

I dag har regionerne forskellig praksis, når det handler om at stille krav om et specifikt antal elevpladser i deres udbud. Alle fem regioner har i forbindelse med seneste udbudsrunde vurderet, at det er leverandørens ansvar at sikre et tilstrækkeligt niveau af relevant personale for, at leverandøren kan drive deres virksomhed. Det er bl.a. sket ud fra betragtningen om, at regionen ikke kender til personalesituationen i de firmaer, der måtte byde, herunder rekrutteringsmuligheder, personalesammensætning og oplærings- og personalepolitik[16].

Set i lyset af nye leverandørers udfordringer med at skaffe personale, anbefaler arbejdsgruppen, at der fremadrettet stilles krav om elever i forbindelse med udbud; med mindre, at regionerne vælger selv at ansætte elever.

- Det er antaget, at eleverne fordeler sig ligeligt på de tre årgange. På den baggrund kan en gennemsnitlig lønrefusion udregnes til 43.580,12 kroner årligt for ungelever og 77.784,00 kroner for voksenelever.
- Det antages, at fordelingen mellem ungelever og voksenelever er 5:1. På den baggrund er gennemsnittet for alle elever udregnet til 49.280,77 kroner. Med et landsdækkende elevtal på 250-300 giver det en samlet lønrefusion på 12,3-14,8 mio. kroner årligt.

[15] Estimatet er udregnet med baggrund i udgifterne til at ansætte elever set ud fra de samlede udgifter til ambulanceberedskab på 1,9 mia. kr. Udgifterne til at ansætte elever er i beregningen opgjort til 72,5 mio. kr. fratrukket elevrefusion på 13,5 mio. kr.

[16] Region Sjælland har ved sit seneste udbud af ambulancetjeneste i 2014 fastsat et konkret krav til leverandørerne om, at leverandøren som minimum skal ansætte et antal elever i hvert kontraktområde, fra driftsstart og kontinuerligt i hele kontraktperioden, der svarer til 10 % af det operative personale i det pågældende område. Region Sjælland vurderer, at det derudover er leverandørens ansvar at sikre tilstrækkelige ressourcer til at kunne løse den udbudte opgave.

Arbejdsmarkedet for ambulancepersonale

Arbejdsgruppen foreslår, at

2. Der arbejdes for at ændre bekendtgørelsen om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale mv. med henblik på at sikre, at relevante fagprofessioner ikke udelukkes fra at bemande ambulancer.

Bekendtgørelse (431) om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale mv. fastsætter bestemte krav til ambulancernes bemanding i form af en ambulancebehandler og en ambulanceassistent. Det fremgår af bekendtgørelsen, at "Heraf skal en person have gennemgået uddannelsen til ambulancebehandler, jf. § 5, eller uddannelse, der i al væsentlighed svarer til uddannelsen til ambulancebehandler. I øvrigt skal ambulancepersonalet have gennemgået uddannelsen til ambulanceassistent, jf. § 4 eller tilsvarende uddannelse."[17]

Sundhedsministeriets fortolkning af bekendtgørelsens krav til bemanding

Sundheds- og Ældreministeriet beskriver, at formuleringerne "eller uddannelse, der i al væsentlighed svaret til uddannelsen til ambulancebehandler" samt formuleringen "eller tilsvarende uddannelse" hænger sammen med, at uddannelsen af ambulancepersonale gennemgik væsentlige ændringer dels ved bekendtgørelse nr. 1187 af 21. december 1992 om ambulancer, dels ved bekendtgørelse nr. 1039 af 24. november 2000 om planlægning af den præhospitale indsats og uddannelse af ambulancepersonale. I forbindelse med uddannelsesændringerne er dele af ambulancepersonalet blevet opgraderet via særlige kurser, så de opfylder kravene til den nye uddannelse. Derudover fik en række assistenter i forlængelse af ændringen i 2000 dispensation til fortsat at virke som ambulanceassistent. For at ambulancepersonale med opgradering af gammel uddannelse og med dispensation fortsat kan virke, har der været behov for at medtage formuleringerne "eller uddannelse, der i al væsentlighed svaret til uddannelsen til ambulancebehandler" samt formuleringen "eller tilsvarende uddannelse". Disse formuleringer favner ligeledes ambulancepersonale uddannet i udlandet, og som har fået godkendt uddannelsen af Styrelsen for Patientsikkerhed."

[17] https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=180064

For at undgå at mangel på ambulancepersonale i fremtiden bliver en adgangsbarriere for nye leverandører, er det væsentligt, at bekendtgørelsen ikke sætter unødvendige begrænsninger i vejen for, at andre relevante fagprofessioner – med de nødvendige kompetencer – kan bemande ambulancer.[18]

Der bør derfor arbejdes for at ændre bekendtgørelsen, så den i højere grad fokuserer på hvilke kompetencer, der skal til for at bemande en ambulance, frem for alene at stille krav om bestemte fagprofessioner. Det kan blandt andet overvejes at efteruddanne sygeplejersker, så de opnår de nødvendige kompetencer til at indgå som ambulancepersonale.

Der er i øjeblikket ved at blive etableret en erhvervsuddannelse til ambulancebehandler, som bl.a. indebærer at den nuværende ambulanceassistentuddannelse nedlægges som selvstændig uddannelse. Som en konsekvens heraf vil Sundheds- og Ældreministeriet ajourføre bekendtgørelse 431 om ambulancer og ambulancepersonale (Læs mere om arbejdet med ny uddannelse i "bilag A: De præhospitale uddannelser.")

Ambulancebehandleruddannelsen

Arbejdsgruppen foreslår, at:

3. Der arbejdes for at forankre ambulancebehandleruddannelsen i sundhedsfagligt regi.

De præhospitale uddannelser i dag:

Udover ambulanceassistent- og ambulancebehandleruddannelsen (hvor førstnævnte nedlægges fra 1. januar 2019) omfatter de præhospitale uddannelser også paramedicineruddannelsen.

I modsætning til universitets- og professionsuddannelser er de præhospitale uddannelser karakteriseret ved, at adgangen til uddannelserne forudsætter en elevansættelsesaftale med en arbejdsgiver og dermed går gennem leverandørerne.

Videreuddannelsesmulighederne på ambulanceområdet er begrænsede. Det betyder, at adgangen til og fra arbejdsmarkedet for ambulancepersonale i al

[18] Det er vigtigt af hensyn til patientsikkerheden, at der stilles krav til de kompetencer, som skal være til stede i en ambulance. Det er også med til at sikre, at der er fokus på patientsikkerhed hos de mindre private ambulanceoperatører, der ikke indgår i regionernes præhospitale beredskab.

væsentlighed er styret af leverandørerne, og at det på kort sigt er vanskeligt at udvide arbejdsstyrken.

Første uddannelsestrin er ambulanceassistent. For at blive uddannet til ambulanceassistent skal man som elev have en praktikplads hos en leverandør. Næste trin er ambulancebehandler. For at blive uddannet til ambulancebehandler, skal man have arbejdet som ambulanceassistent i minimum 1½ år. Når man har arbejdet minimum tre år som ambulancebehandler, kan man videreuddanne sig til paramediciner, men derudover giver uddannelsen ikke merit- eller adgangsmuligheder til anden efter- eller videreuddannelse. Paramedicineruddannelsen giver ikke adgang til yderligere videreuddannelse. Både ambulancebehandler- og paramedicineruddannelserne betales af leverandørerne.

De præhospitale uddannelser fremover:
Den 1. januar 2019 træder erhvervsuddannelsen til ambulancebehandler i kraft. Uddannelsen integrerer den nuværende assistentuddannelse og den nuværende behandleruddannelse i én uddannelse med slutkompetence som ambulancebehandler. Når behandleruddannelsen på den vis integreres i det formelle uddannelsessystem, giver det mulighed for efter- og videreuddannelse, for merit ind i andre uddannelser, og mulighed for uddannelsesmæssigt og karrieremæssigt at skifte spor.

Danske Regioner deltager i udviklingsarbejdet omkring den nye ambulancebehandleruddannelse og har arbejdet for, at uddannelsen får et stærkt sundhedsfagligt fokus, der tydeligt placerer ambulancebehandleren som en sundhedsfaglig profil i den præhospitale indsats.

Ambulancebehandlerne vil hermed få status som sundhedspersonale og opnå bedre karriere- og videreuddannelsesmuligheder inden for resten af sundhedssektoren. Fremfor transportsektoren bliver sundhedssektoren dermed en langt mere nærliggende karrierevej end transportsektoren for fremtidens ambulancepersonale. (Læs mere i ”bilag A: De præhospitale uddannelser.”)

Autorisation
Der er stor interesse blandt parterne omkring ambulancebehandleruddannelsen om, at ambulancebehandlerne fremover autoriseres. Særligt Reddernes Udviklingssekretariat under 3F (RUS) har arbejdet politisk med dette og sendt et forslag om autorisation til sundheds- og ældreministeren. Danske Regioner har bakket op om en autorisation men med en understregning af, at

ambulancebehandleruddannelsen indholdsmæssigt skal have en sundhedsfaglig tyngde i såvel skoleundervisning som i praktik, der sikrer, at uddannelsen kan bære en autorisation.

Behov for konkurrencedygtige overenskomster

Arbejdsgruppen foreslår, at

4. Der sikres konkurrencedygtige overenskomster for ambulancepersonalet på såvel det private som det offentlige område.

Erfaringerne fra tidligere udbud viser, at overenskomster kan udgøre en barriere for at øge konkurrencen på ambulanceområdet. I dag har 3F overenskomsten for de ambulancereddere, som er ansat hos private ambulanceoperatører, mens FOA har overenskomsten for ambulancereddere, der er ansat hos regionerne eller kommunerne.

Der er en række forskelle mellem 3F's og FOA's overenskomster, og dermed kan overenskomsten blive et konkurrenceparameter. Tilsvarende kan ambulancepersonalet få ændrede vilkår, når ambulancekørslen overgår mellem en offentlig og privat operatør; eksempelvis i situationer, hvor opgaven hjemtages. Der ligger på den baggrund en vigtig opgave for relevante overenskomstparter i at hindre barrierer for fair konkurrence.

For at sikre at overenskomster ikke bliver en barriere for fair konkurrence mellem offentlige og private leverandører og for at sikre så smidige overgange mellem arbejdsgivere som muligt, bør det sikres, at FOA og 3F's overenskomster på området er konkurrencedygtige.

At sikre konkurrencedygtige overenskomster forudsætter opbakning fra alle de involverede parter i de gældende overenskomster. Overenskomsten på det private område forhandles mellem 3F som repræsentant for arbejdstagerne og Dansk Erhverv som repræsentant for arbejdsgiverne. Overenskomsten på det offentlige område forhandles mellem FOA som repræsentant for arbejdstagerne og KL og Danske Regioner som repræsentant for arbejdsgiverne.

Adgang til infrastruktur

Leverandørerne af ambulanceberedskab og liggende sygetransport er i alle regioner ansvarlige for både biler og baser.

Der findes opbyggere af præhospitale køretøjer i flere europæiske lande, herunder Danmark, og nye leverandører på det præhospitale område synes ikke at have vanskeligheder med at få lov at bestille køretøjer hos disse firmaer.

Det vurderes derfor ikke som en barriere af betydning at skaffe disse køretøjer eller at kravspecificere dem.

Regionerne varetager allerede i dag et stort ansvar på bygge- og anlægsområdet. Dels som bygherre af nye byggerier, dernæst som driftsansvarlig for en betydelig bygningsmasse. Af den grund vil det formodentlig være lettere og billigere for regionerne at få etableret fornuftige aftaler, sammenholdt med en evt. mindre og ukendt aktør i det konkrete regionale marked. Endelig vil tilbudsgiveren ved afgivelse af bud på ambulanceberedskab alene skulle forholde sig til baseetablering i mindre omfang eller alternativt slet ikke. At være driftsherre for bygninger med alt, hvad det kræver omkring kontrakter, indretning, indkøb mv., er ikke nødvendigvis en spidskompetence, som et privat leverandør løfter bedre end regionen. I de større byer kan det endvidere i helt konkrete tilfælde være vanskeligt at finde relevante lejemål. Det problem kan regionalt ejede baser afhjælpe.

Regionernes drift af baser vil både lette markedsgangen på dette marked for nye bydere (reducere finansieringsbehovet og kompleksiteten), men også sikre regionerne mere stabil drift. Regionerne kan således væsentligt enklere overtage dele eller hele driften, hvis nye bydere fejler med opgaven, når en del af infrastrukturen er på plads. Ligeledes kan regionerne lettere hjemtage opgaven, hvis konkrete tilbud, efter gennemført udbud, ikke vurderes at være tilfredsstillende.

Arbejdsgruppen foreslår på den baggrund, at regionerne undersøger muligheden for at etablere baser og stille dem til rådighed. Det kan eventuelt gøres på samme vis som ved den landsdækkende Akutlægehelikopterordning.

I undersøgelsen af muligheden for selv at etablere baser skal regionernes etablerings- og driftsomkostninger opvejes over for den rabat, der vil kunne opnås fra eksisterende og kommende leverandører samt den konkurrencefremmende effekt. Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at eksisterende leverandører kan have lave omkostninger i de bygninger, som de ejer i forvejen, samt have synergifordele ved drift af både brand- og ambulanceopgaver fra samme baser.

Regionernes drift af baser harmonerer bedst med udbud i en beredskabsmodel, hvor det er regionen, der fastlægger omfang og placering af beredskaberne.

Forslag til at sikre adgang til ambulancebaser

Arbejdsgruppen foreslår, at:

5. Regionerne undersøger muligheden for, at regionerne selv drifter udvalgte ambulancebaser.

Tidshorisont

Ambulancebaserne er i dag drevet af regionernes leverandører. Idet leverandørerne er bundet til kontrakter af en længere varighed, anbefales det ikke at ændre på basedriften inden for de nuværende kontrakters løbetid. Det vil først være ved en kommende udbudsrunde, at leverandørerne reelt vil kunne tilpasse sine priser til regional basedrift. Det er samtidig også først ved de nye udbud, at regional basedrift vil være relevant idet initiativet gennemføres med det formål at sænke kapitalbehovet for bydere/tilbudsgivere, der ønsker at komme ind på markedet, og derved øge konkurrencen.

Tilgang

Regionale baser vil kunne opbygges efter ét samlet koncept, da der vil være behov for de samme grundlæggende faciliteter på baserne:

- Garage
- Depoter
- Rengøringsfaciliteter til biler og udstyr
- Mandskabsfaciliteter, herunder opholdsstue, køkken og soverum.

Antallet af køretøjer på basen vil påvirke størrelsen af garagen og mandskabsfaciliteterne. Hvis det er muligt, kan det være en fordel at bygge baserne selv efter et standardiseret koncept, hvorved der opnås stordriftsfordele.

Udgift

Ved etablering af regionale baser vil udgiften påvirkes af lokaliteten (storby, by eller landsby). Herudover vil det have en betydning, om der lejes eller købes grund/eksisterende ejendom. Da der er tale om en forholdsvis permanent infrastruktur anbefales det, at grundene/ejendommene købes.

På baggrund af bl.a. bidrag fra Region Midtjyllands bygningskontor gives nedenfor foreløbige estimater over udgifterne til en base med fire køretøjer og et samlet areal på mindst 250 m^2, heraf mindst 100 m^2 garage.

Det estimeres, at en standardbase kan etableres for 4-5 mio. kroner på en tom grund.

Scenarier for etablering af ambulancebaser – foreløbige estimater

Model A: Standardbase på tom grund i mindre by
Udgift til standardbase: 4-5 mio. kroner.
Udgift til erhvervsgrund på mindst 1.000 $m^{2:}$ 0,5-2 mio. kroner.
I alt udgift til etablering: 4,5-7 mio. kroner.
Etableringstid fra køb til driftsstart: ca. 1 år.

Model B: Standardbase på tom grund i større by
Udgift til standardbase: 4-5 mio. kroner.
Udgift til erhvervsgrund på mindst 1.000 $m^{2:}$ 2-5 mio. kroner.
I alt udgift til etablering: 6-10 mio. kroner.
Etableringstid fra køb til driftsstart: ca. 1 år.

Model C: Overtagelse af eksisterende ejendom i mindre by
Udgift til ombygning: 1-2 mio. kroner.
Udgift til køb af ejendom: 2-4 mio. kroner.
I alt udgift til etablering: 3-6 mio. kroner.
Etableringstid fra køb til driftsstart: ca. 1 år.

Model D: Overtagelse af eksisterende ejendom i større by
Udgift til ombygning: 1-2 mio. kroner.
Udgift til køb af ejendom: 5-7 mio. kroner.
I alt udgift til etablering: 6-9 mio. kroner.
Etableringstid fra køb til driftsstart: ca. 1 år.

Som det fremgår af modellerne, kan det afhængigt af de ejendomme, der kan findes, være billigere at ombygge eksisterende bygninger.

Til driften af en base må der forventes årlige driftsudgifter i størrelsesordenen 0,2-0,5 mio. kroner pr. base. Denne driftsudgift vil blive betydeligt større, hvis regionen vælger at leje bygningerne.

Hvis det antages, at regionerne i alt etablerer 50 ambulancebaser, og at 15 af dem er af type A, 15 af type B, 10 af type C og 10 af type D, giver det følgende estimater for udgiften på landsplan:

- Udgift til etablering: 247,5-405 mio. kroner.
- Årlige driftsudgifter: 10-25 mio. kroner.

Det er herudover en forudsætning, at regionerne har en bygningsorganisation, som kan stå for driften af bygningerne. Der vil skulle afsættes budget til denne opgave, som kan estimeres til 5-10 mio. kroner årligt.

Sikring af den nødvendige finansiering

En anden væsentlig barriere for nye leverandører på det præhospitale område er tilstrækkelig finansiering til at etablere og sikre stabil drift af ambulancevirksomhed.

Finansiering har en nær relation til spørgsmålet om rekruttering af personale. Dette skyldes, at personaleudgifterne udgør 70-80 % af leverandørens samlede udgifter. Det har derfor stor betydning for pengeinstitutternes villighed til at stille risikovillig kapital til rådighed for nye leverandører, at deres overenskomstforhold er på plads.

Der er en logisk sammenhæng mellem, hvor meget kapital en leverandør skal skaffe, og hvad de skal levere i hvor stort et område. Det betyder, at jo større et delområde og jo mere kompleks en opgave, som en leverandør skal byde på, desto mere finansiel kapacitet skal leverandøren kunne mønstre. Mindre, nye leverandører vil således have sværere ved at komme ind på markedet, hvis den udbudte opgave er for stor.

Omvendt er det muligt for leverandørerne at realisere stordriftsfordele ved større delområder. Samtidig giver det lavere transaktionsomkostninger og højere driftssikkerhed for regionerne, hvis de kun skal samarbejde med et mindre antal erfarne leverandører.

Der ligger således en afvejning mellem at realisere stordriftsfordele, lavere transaktionsomkostninger og højere driftssikkerhed ved større udbudte opgaver/delområder, vejet op mod risikoen for at udelukke mindre leverandører fra markedet.

Regionernes krav til tilbudsgivernes økonomi

Arbejdsgruppen foreslår, at:

6. Regionerne løbende tilpasser krav til leverandørernes erfaring, robusthed og sikkerhedsstillelse til den risiko, som regionerne har.

Regionerne stiller i deres udbud krav til tilbudsgivernes økonomi og tilsagn om sikkerhed på en andel af kontraktsummen. Ved fastsættelsen af disse krav

bevæger regionerne sig i en balancegang mellem hensynet til den driftssikkerhed, som det præhospitale område af hensyn til patienterne påkalder sig (skærpede krav) og hensynet til øget konkurrence (slækkede krav).

En sikkerhedsstillelse vil alt andet lige være billigere for den etablerede leverandør at skaffe sammenlignet med den nye leverandør. Bl.a. betyder flere regioners krav om, at der skal gives tilsagn fra et pengeinstitut ved tilbudsafgivelsen, at prisen for at deltage i udbuddet stiger betydeligt.

Kravene til robusthed og sikkerhedsstillelse ved udbud kan tilpasses den risiko, regionerne reelt har. Dvs. hvis regionen selv kan hjemtage hele eller dele af driften (fx på grund af en regional infrastruktur), kan krav om finansiel robusthed tilpasses hertil.

Forudbetaling
Et andet forhold, der kunne hjælpe potentielle tilbudsgivere med en begrænset økonomisk formåen, er at tilbyde forudbetaling af grundbetalingen frem for bagudbetaling. Dette vil styrke tilbudsgivernes pengestrøm og derved reducere deres renteudgifter og formentlig også samlet set give regionerne lavere udgifter, idet regionernes renteudgifter er lavere end private virksomheders. Forudbetaling øger til gengæld risikoen for tab, hvis en leverandør går konkurs. Forudbetalingen kan eventuelt begrænses til det første driftsår, hvor leverandørens økonomi oftest vil være mest trængt.

Forudbetaling vil ofte kræve en aktiv politisk beslutning, da det strider mod den almindelige betalingspraksis.

Responstid- og beredskabsmodel for udbud af ambulancekørsel
Udbud af ambulancetjenesten i Danmark er sket med udgangspunkt i to forskellige styringsmodeller.

Den ene er en *beredskabsmodel*, hvor antallet af baser og dertilhørende ambulanceberedskaber dimensioneres på forhånd af regionen, og hvor regionen disponerer beredskaberne og har ansvar for overholdelse af responstiderne. Leverandøren skal levere det beskrevne antal beredskaber og baser, men har ikke ansvar for overholdelse af responstiderne.

Den anden er en *responstidsmodel*, hvor regionen alene fastlægger responstiderne. Herudfra skal leverandøren dimensionere (fastlægge antal af) og placere baser og beredskaber, og har opgaven med og ansvaret for at disponere beredskaberne og overholde responstiderne.

Til hver af modellerne knytter der sig en række økonomiske- og driftsmæssige fordele og ulemper. Arbejdsgruppen har alene forholdt sig til de konkurrencemæssige aspekter af de to modeller, og herunder deres evne til at stimulere øget konkurrence på ambulanceområdet i Danmark.

Konkurrencemæssige betragtninger på beredskabs-, og responstidsmodel
I projektet *Udbudsstrategier ved udbud af ambulancekørsel* fra RUC vurderes responstids- og beredskabsmodellen i et konkurrenceperspektiv. Her argumenteres der for, at det er en 'nemmere' opgave for nye aktører at afgive tilbud under beredskabsmodellen, hvor antal af beredskaber og baser er fastlagt, end det er selv at skulle vurdere behovet for antal beredskaber og baser og specifik placering af baser (dimensionering), med henblik på at overholde de, i udbuddet fastlagte, responstider. Tilsvarende argumenteres der i projektet for, at opgaven vil blive mindre kompleks at byde på for nye aktører, hvis regionerne selv står for disponeringen af de præhospitale enheder. Dermed fjernes altså den konkurrencefordel som en etableret aktør vil have gennem sit kendskab til drift af regionens AMK-vagtcentral.

Argumentationen bygger på, at det kræver erfaring at dimensionere et ambulanceberedskab i henhold til at levere et ønsket serviceniveau. Såfremt dette ansvar pålægges tilbudsgiver tilgodeses nuværende leverandører. Dermed opstilles der en uhensigtsmæssig barriere for nye leverandører, der ikke har erfaring i forhold til dimensionering.

Tilsvarende kan der argumenteres for, at regionen bliver bedre fagligt rustet til at udarbejde et kontrolbud i beredskabsmodellen. Ved selv at stå for disponeringen af de præhospitale enheder opnår regionen automatisk indsigt i styringen af området og bliver dermed bedre rustet til at dimensionere beredskabet i forbindelse med udarbejdelsen af et kontrolbud.

Omvendt kan der argumenteres for, at jo mere præcise krav der stilles til, hvordan opgaven skal udføres – for eksempel i form af antal af beredskaber og baser – desto mindre potentiale er der for leverandørerne i at udvikle nye, mere effektive måder at drive ambulancetjeneste på. I responstidsmodellen har leverandøren således større incitament til at sikre effektiv drift, da leverandøren selv til enhver tid selv kan dimensionere sit beredskab i forhold til at kunne overholde de af regionen fastlagte service- og responstider.

Arbejdsgruppen foreslår, at:

7. Regionerne udbyder ambulanceberedskabet i beredskabsmodellen, hvor dimensioneringen af ambulanceberedskabet (antal baser og antal beredskaber) fastlægges af regionerne, og hvor disponeringen af beredskaberne ligeledes varetages af regionerne.

Varetagelse af det sundhedsfaglige ansvar samt efteruddannelse af ambulancepersonalet

Der er en række behandlingsopgaver, der i henhold til gældende lovgivning kun må udføres af læger. For at ambulancepersonalet kan arbejde, er det nødvendigt, at de har en såkaldt rammedelegation, der delegerer lægelige behandlingsopgaver til ambulancepersonalet. Rammedelegationen gives i dag af den enkelte ambulanceleverandørs lægeligt ansvarlige, som blandt andet udstikker retningslinjer for, hvordan og hvornår der må behandles af ambulancepersonalet. Med andre ord er det sundhedsfaglige ansvar pt. placeret hos ambulanceleverandøren, bortset fra i Region Hovedstaden jf. nedenfor.[19]

Varetagelsen af det sundhedsfaglige ansvar og varetagelsen af ambulancepersonalets efteruddannelse gør opgaven med ambulanceberedskab mere kompleks og forudsætter en række lægefaglige kompetencer hos potentielle leverandører. Desuden forudsætter det et godt kendskab til gældende lovgivning og et godt kendskab til behovet for efteruddannelse. Dermed kan et leverandøransvar for det sundhedsfaglige og efteruddannelse, udgøre en barriere for nye leverandører.

Region Hovedstaden har som den første region overtaget det sundhedsfaglige ansvar for ambulanceberedskabet. Baggrunden har først og fremmest været målet om at sikre højere sundhedsfaglig kvalitet. Læs mere om Region Hovedstadens erfaringer og organisering af opgaven i bilag F.

---

[19] *Hvad er det sundhedsfaglige ansvar for ambulancetjenesteen?*

I henhold til BEK 431 af 18/05/2016 om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v. arbejder ambulancepersonalet efter lægelig delegation og/eller ordination. Ved lægelig delegation forstås overdragelse af en konkret behandlingsopgave, der efter lovgivningen er forbeholdt læger og ved lægelig ordination forstås en læges konkrete stillingtagen til den behandling, der skal iværksættes. Regler om lægens ansvar ved delegation af kompetencer til ambulancepersonalet, fremgår af BEK 1219 af 11/12/2009 og tilhørende VEJ nr. 115 af 11/12/2009. Lægen har ved delegation ansvar ift. udvælgelse af ambulancepersonalet, instruks af ambulancepersonalet og tilsyn med ambulancepersonalet.

Arbejdsgruppen foreslår, at:

8. Alle regioner overtager det sundhedsfaglige ansvar og planlægning og afholdelse af ambulancepersonalets efteruddannelse senest i forbindelse med deres næste udbud.

Proces for regional varetagelse af det sundhedsfaglige ansvar
En regional varetagelse af det sundhedsfaglige ansvar forudsætter, at der ansættes personale til varetagelse af opgaven, fastlægges procedurer for indhentning af dokumentation fra leverandørerne om uddannelse mv., indsamles dokumentation, vælges IT-systemer i henhold til persondatalovgivning mv.. Det betyder, at der skal der afsættes mindst ét år til forberedelse inden driftsstart for nye kontrakter. Der skal i denne periode ligeledes være budget til ansættelse af det pågældende personale.

For at give en idé om de økonomiske omkostninger for regionerne ved at varetage det sundhedsfaglige ansvar, kan det nævnes, at Akutberedskabet i Region Hovedstaden har fået en samlet bevilling på 6,3 mio. kr. årligt til opgaven. Dertil kommer ressourcer til planlægning og gennemførelse af efteruddannelsen for ambulancepersonalet. Omvendt skal fratrækkes de besparelser, som kan opnås fra leverandøren, der ikke længere skal varetage opgaven.

Der vil være en række udfordringer ved at hjemtage det sundhedsfaglige ansvar midt i en kontraktperiode. Dels skal der forhandles med leverandøren om, at uddannelsesdokumenter mv. skal fremsendes for medarbejderne. Desuden må det forventes, at der skal findes yderligere midler til opgaven i regionen, da regionen som udgangspunkt fortsat betaler for opgaven hos leverandøren, der i tilbud har indregnet udgifter til korpslægen mv. Det samme gælder for ansvaret for planlægning og gennemførelser af efteruddannelsen for ambulancepersonalet.

Opdeling af udbud i ambulance og liggende sygetransport
Nogle regioner har valgt at udbyde ambulancedriften sammen med den liggende sygetransport, hvor andre har valgt at udbyde de to ydelser hver for sig.

Der er en række driftsmæssige synergier og stordriftsfordele ved at sikre et tæt samarbejde mellem ambulancedriften og den liggende sygetransport. Det gælder først og fremmest muligheden for at disponere ledige ambulancer til liggende patienttransport ved spidsbelastning på ikke akutte kørsler.

Blandt medlemmerne af arbejdsgruppen er det erfaringen, at de driftsmæssige synergier og stordriftsfordele både kan opnås, når der gennemføres et samlet udbud, og når områderne kontraktmæssigt er adskilte.

Opgaven med liggende sygetransport er mindre kompliceret, stiller lempeligere krav til uddannelsesniveau mv. og kan herved løses af andre virksomheder end ambulanceleverandører. Potentielle leverandører kunne være taxaselskaber, vognmænd og kommunale beredskaber mv. Disse virksomheder vil som udgangspunkt ikke have den nødvendige faglige kapacitet til at løse opgaven med ambulancedrift. Hvis disse virksomheder skal have adgang til markedet for liggende sygetransport, er det afgørende, at der ikke skal være pligt til at drive ambulancetjeneste for at kunne drive liggende sygetransport.

Det har vist sig i praksis, at i to af tre regioner, som havde opdelt opgaven, viste der sig flere tilbudsgivere på den liggende sygetransport (hhv. 2 og 3 tilbudsgivere).

Arbejdsgruppen anbefaler, at der i forbindelse med ambulanceudbud eller udbud af liggende sygetransport sikres mulighed for, at potentielle tilbudsgivere kan byde på det ene eller begge områder. Det vil sige, at der ikke nødvendigvis skal være separate udbud, men at der skal være mulighed for at byde alene på den liggende sygetransport. Det vil sikre, at der både skabes adgang til markedet for liggende sygetransport for nye aktører samtidig med, at de driftsmæssige synergier mellem ambulancedrift og liggende sygetransport fortsat kan realiseres.

Hvis der gennemføres separate udbud, vurderes det ikke at have en større betydning, om udbuddet af liggende patientbefordring eller ambulanceberedskabet gennemføres først. Uanset rækkefølgen vil en vindende byder i det første udbud have en fordel i det næste, hvad angår basefaciliteter og til en vis grad mandskab.

<u>Arbejdsgruppen foreslår, at</u>

9. Regionerne udbyder ambulance og liggende sygetransport, så der er mulighed for, at potentielle tilbudsgivere kan byde på det ene eller begge områder.

Opdeling af udbud i delområder

Arbejdsgruppen vurderer i lighed med anbefalingerne fra Rigsrevisionens Beretning om den præhospitale indsats fra 2014, at det har en konkurrence-

fremmende effekt at opdele ambulanceudbud i delområder. Størrelsen på delområderne skal bl.a. afbalanceres i forhold til de stordrifts/samdriftsfordele, der kan være for en leverandør ved at servicere flere sammenhængende delområder.

Baggrunden for vurderingen er, at potentielle leverandører under teknisk dialog har udtrykt ønsker om inddeling i delområder, da det kan give mulighed for, at mindre og/eller nystartede virksomheder kan afgive tilbud, da opgaven derved får en størrelse som er tilpasset mindre virksomheders kapacitet. Desuden har flere af de nye kommunale beredskaber udtrykt ønske om at byde i næste runde af udbud af ambulanceberedskab, og de kan (ifølge sager afgjort i henhold til Kommunalfuldmagtsreglerne) kun byde på geografi "primært i egen kommune, men derudover i tilgrænsende områder af et i forhold til kommunen selv rimelig størrelse".

Med indførelsen af den nye udbudslov pr. 1. januar 2016, fremgår muligheden for opdeling af kontrakten eksplicit af loven og ordregiver er forpligtet til at begrunde, såfremt der ikke udbydes i delkontrakter.[20]

Arbejdsgruppen foreslår, at

10. Regionerne opdeler deres ambulanceudbud i delområder.

Muligheder og udfordringer ved begrænsning i tildeling af antal delaftaler
Region Hovedstaden satte i seneste udbudsrunde en begrænsning på, hvor mange delaftaler den enkelte tilbudsgiver kunne tildeles. Region Midtjylland satte tilsvarende en begrænsning på hvor mange delaftaler den enkelte tilbudsgiver kunne prækvalificeres til.

Begge modeller garanterer i princippet, at der er mere end én leverandør i regionen. De forhindrer at en eksisterende leverandør slås helt ud af ambulancemarkedet ved at miste personale, erfaring og infrastruktur, hvorved der vil være mindre konkurrence ved et efterfølgende udbud.

Omvendt kan modellerne betyde, at udgifterne til ambulanceberedskabet – som følge af øgede transaktionsomkostninger – bliver højere i kontraktperioden, end valget af samme og billigste leverandør på alle delaftaler, og kvaliteten af opgavevaretagelsen lavere.

---

[20] Under hensyn til udbudslovgivningen bør inddeling i delaftaler fastsættes, så der sikres ligebehandling og gennemsigtighed gennem objektive kriterier, fx befolkningsgrundlag, aktivitetsniveau, køreafstande, antal enheder ift. forretningsgrundlag, markedsmæssige hensyn til konkurrence mv.

Dertil kommer, at modellen forudsætter en plan B for at håndtere situationen, hvis der kun viser sig én tilbudsgiver.

Det er med indførelsen af den nye udbudslov pr. 1. januar 2016, fastsat direkte i loven, at det er muligt at begrænse antallet af delaftaler en tilbudsgiver kan få tildelt. Der skal i så fald fastsættes objektive og ikkediskriminerende kriterier eller regler for tildelingen af delaftaler.

Arbejdsgruppen bemærker, at der blandt de præhospitale organisationer er forskellige syn på fordelene i at anvende modeller for begrænsning af tildeling af antal delaftaler.

4. Hvordan kan regionerne optimere deres udbudsprocesser i en fremtidig situation med konkurrence?

Der er en række tiltag i forbindelse med kommende udbud, der kan gennemføres for at sikre mest mulig konkurrence om hver opgave. For at disse tiltag for alvor kan få effekt, skal de afgørende barrierer til ambulancemarkedet – særligt i form af tilstrækkelig ambulancepersonale – nedbrydes.

Det drejer sig om:

- Koordinering af udbudsprocesserne mellem regionerne
- Udvikling af fælles mængde i udbuddene
- Kontrolberegninger/kontrolbud
- Markeds- og teknisk dialog (brug af fleksible procedurer).

Konkrete tiltag skal udformes i lyset af det nationale fokus på fælles indkøb.

Faser i et udbud
Et udbud kan opdeles i følgende faser:
Udbudsforberedelsesfasen: Her afdækkes markedet for ambulanceberedskab (lokalt, nationalt og internationalt), regionens behov og ønsker afklares, udbudsproceduren vælges og de overordnede strategier fastlægges.

Udbudsforretningen: Dækker over udarbejdelsen af udbudsmaterialet, offentliggørelsen af udbudsbekendtgørelsen og udbudsmaterialet, spørgefasen, tilbudsevalueringen samt kontrakttildeling, stand-still perioden og endelig kontraktindgåelsen.

Implementeringsperiode: Perioden mellem kontraktunderskrivelse og kontraktopstart som leverandøren har til at forberede driftsstart.

Den 1. januar 2016 trådte den nye Udbudslov i kraft. Den nye Udbudslov giver i særlige tilfælde bl.a. ordregiver mulighed for at bruge nye fleksible procedurer ved et udbud. De nye fleksible procedurer omfatter: i) udbud med forhandling, ii) konkurrencepræget dialog samt iii) innovationspartnerskab.

Oversigt over regionernes ambulancekontrakter og forlængelsesmuligheder

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Midtjylland	Dec							Nov				
Nordjylland		Apr							Mar			
Hovedstaden			Feb								Jan	
Sjælland			Feb								Jan	
Syddanmark		Sep										Aug

I Region Midtjylland, Nordjylland og Hovedstaden er der indbygget forlængelsesmuligheder af samlet 24 måneder i kontrakterne. Det vil fx sige, at når den uopsigelige del af Region Midtjyllands kontrakter udløber i november 2019, kan regionen vælge at forlænge kontrakterne med samlet set 24 måneder. I Region Sjælland og Syddanmark er der ikke indbygget forlængelsesmuligheder i kontrakterne, men de kan opsiges af regionen midtvejs i kontraktperioden den 31. januar 2020.

Tidsmæssig koordinering af udbudsprocesserne mellem regionerne

En tværregional forpligtende koordination af tidsfrister i udbudsforretningen, implementeringsperiode og kontraktlængde kan bidrage til at sprede de fem regioners udbudsprocesser henover en længere tidsperiode. Dette kan give potentielle leverandører mulighed for at fokusere på et udbud af gangen. Koordination kan derved bidrage til bedre forhold, også for mindre ressourcestærke selskaber eller selskaber, der er nye på det danske marked.

En tidsmæssig adskillelse af regionernes udbud kan give den enkelte byder bedre tid til at sætte sig ind i de konkrete udbudskrav og herved udarbejde gennemarbejdede tilbud. En spredning af udbudsprocesserne kan bevirke, at

et udbud afgøres før en ny udbudsproces i en anden region opstartes eller afsluttes. Herved kan de enkelte tilbudsgivere sikre sig, at der ikke bruges ressourcer unødvendigt i forhold til at byde på flere kontrakter end man ønsker at drifte i sidste ende.

Arbejdsgruppen vurderer, at det er særligt vanskeligt for nye leverandører at starte nye kontrakter i flere områder samtidig. Desuden er det vigtigt, at en leverandør kan arbejde på et tilbud og få at vide, om de har vundet, inden de skal byde på det næste. Det vil være ca. 4-5 måneder.

En tværregional forpligtende koordination af tidsfrister, implementeringsperiode og kontraktlængde, dvs. udbudsprocesserne, kan virke begrænsende på den enkelte regions frihed til at udskyde tidsfrister og beslutninger i forbindelse med udarbejdelsen af udbud af ambulanceberedskab.

Forpligtende koordination af udbudsprocesserne på tværs af de fem regioner forudsætter en fælles regional beslutning herom på tilstrækkelig højt niveau, der kan forpligte de fem regioners præhospitale organisationer til at lægge sig fast på tidsfastlagte udbudsperioder.

Arbejdsgruppen foreslår, at:

11. Regionerne koordinerer deres udbudsprocesser med fokus på at time deres udbud i forhold til hinanden, så flest mulige leverandører byder på opgaven.

Det vil ikke være økonomisk fordelagtigt for en region at gennemføre et udbud på et tidspunkt, hvor der er en dårlig konkurrencesituation på ambulancemarkedet og en stor besparelse på den igangværende kontrakt. Forslaget er derfor med forbehold for den faktiske konkurrencesituation på ambulancemarkedet på det pågældende tidspunkt. Der er en særlig koordinationsudfordring mellem Region Sjælland og Hovedstaden, hvis kontrakter udløber samtidig.

Udvikling af fælles mængde i udbuddene

En tværregional forpligtende koordination af dele af udbudsindholdet kan bidrage til at gøre udbuddet af ambulanceberedskab nemmere tilgængelig for potentielle tilbudsgivere. Jo flere krav regionerne formår at udarbejde i fællesskab eller opstille på lignende måde, jo nemmere bliver det for den enkelte tilbudsgiver at udarbejde tilbud til flere end en enkelt region.

Eksempelvis kan det aftales, at regionerne skal stille fælles krav til uddannelse, efter- og videreuddannelse, krav til implementeringsperiode og implementeringsprocesser, krav til kvalitet og arbejdsmiljøforhold mv.

Kvalitetsspørgsmålet i udbuddene er især relevant givet, at der skal findes en erstatning for den Danske Kvalitetsmodel. Samtidig bør spørgsmålet om samspillet mellem det præhospitale og resten af sundhedsvæsen adresseres.

Arbejdsgruppen foreslår, at:

12. Regionerne i 2018 går i gang med at aftale en fællesmængde i udbuddene.

I dette arbejde skal det samtidig defineres, hvad der er obligatorisk fælles indhold, og hvad der hører under erfaringsudveksling. Hvis regionerne går i gang med at aftale en fælles mængde i udbuddene primo 2018, vil det give alle regioner minimum 1 ½ års tid til forberedelse og gennemførelse af selve udbudsprocessen under forudsætning af, at alle regioner benytter sig af den maksimale kontraktlængde, og at alle regioner beslutter sig for en implementeringsperiode på 18 måneder i det forestående udbud.

Markeds- og teknisk dialog

Arbejdsgruppen vurderer, at markeds- og teknisk dialog med den rette planlægning kan virke konkurrencefremmende. Teknisk dialog anvendes som betegnelse for den kontakt en ordregiver har med aktører på markedet, forud for gennemførelse af et udbud. Teknisk dialog kan anvendes til på et tidligt tidspunkt at gå i dialog med markedet, og kan derved bidrage til at skabe opmærksomhed hos potentielle bydere. Endvidere bidrager teknisk dialog til, at byderne har mest mulig information om og kendskab til opgaven samt får mulighed for at bidrage med relevant information til udarbejdelse af udbudsmaterialet.

Arbejdsgruppen foreslår, at:

13. Regionerne gennemfører en markeds- og teknisk dialog, der øger synlighed og gennemsigtighed for nye leverandører.

Internationale leverandørers perspektiv på det danske ambulancemarked

Eftersom der kun er en enkelt privat dansk virksomhed på det danske ambulancemarked, er det nærliggende at forestille sig, at en eventuel konkurrence må komme fra udlandet.

Der har i begge udbudsrunder været interesse fra enkelte udenlandske selskaber om at komme ind på det danske ambulancemarked. Imidlertid er det ikke lykkedes for nogen udenlandske selskaber at få fodfæste.

Som led i arbejdet med denne rapport har regionerne via kontakter i en række europæiske lande afdækket omfanget af private virksomheder med en mulig interesse i det danske ambulancemarked, jf. bilag D. Overordnet tegner der sig her et billede, hvor ekstern leverance af ambulanceberedskab i mange lande varetages af ikke-kommercielle aktører. Med hører også, at de fleste private leverandører af ambulanceberedskab til offentlige myndigheder / sundhedsvæsenet fortrinsvis opererer lokalt i egne hjemlande. Det gælder fx Tyskland, Norge, Storbritannien, Sverige, Holland, Polen og Spanien. Samtidig ses der i dag kun få eksempler, hvor private ambulance-virksomheder har haft succes med at tilbyde ambulanceberedskab udenfor eget hjemland.

Arbejdsgruppens vurdering er, at der kun i få af de nævnte lande muligvis kan findes private aktører, der har kapacitet og kompetencer til at byde ved en kommende udbudsrunde i Danmark. Det er samtidig uvist, hvorvidt disse har en strategi for udvidelse på tværs af landegrænser.

Rundt i vores europæiske nabolande står der i dag derfor næppe et stort antal ambulanceoperatører på spring til at engagere sig i Danmark. Dels er de antalsmæssigt få – og dels lægger erfaringerne fra de seneste udbudsrunder i Danmark formentligt en dæmper på ønsket om at prøve kræfter med det danske marked.

En situation, hvor flere konkurrerende leverandører bidrager til et velfungerende marked for ambulancedrift i Danmark, ligger tidsmæssigt derfor også et stykke ude i fremtiden. Ikke desto mindre ligger der en væsentlig opgave i at få lagt spor, som på længere sigt kan understøtte en mere velfungerende konkurrence på ambulanceområdet i Danmark.

Et af de afgørende spor handler for det første om at nye markedsaktørers adgang til at kunne rekruttere tilstrækkeligt kvalificeret personale så der forholdsvist nemt kan opnås adgang til at kunne rekruttere tilstrækkeligt kvalificeret personale til at bemande og arbejde på ambulanceområdet, jf. anbefalingerne 1, 2 og 3.

Tilsvarende er det afgørende, at nye markedsaktører forholdsvist nemt kan opnå adgang til attraktive og konkurrencedygtige overenskomstvilkår. Samtidigt er det vigtigt, at det sker på vilkår, hvor der ikke finder forskelsbehandling sted mellem forskellige leverandører af ambulancedrift.

Også områder som identifikation af fællesmængde i kommende udbud samt en aktiv teknisk dialog med markedet forud for udbuddene vurderes at have høj relevans i bestræbelserne på at tiltrække udenlandske aktører til ambulanceområdet i Danmark, jf. anbefaling 12 og 13). Det samme gælder markedsinformation og transparens i forhold til gældende dansk lovgivning på ambulanceområdet. Ligeledes kan der peges på udfordringer i relation til nye aktørers adgang til data om ambulancedriften i de enkelte regioner.

Styrket transparens omkring fælles elementer i kommende ambulance-udbud kan for potentielle udenlandske leverandører bidrage til, at ambulanceområdet Danmark i større grad anskues som ét samlet marked frem for fem delmarkeder, hvortil der hver i sær knytter sig varierende rammer og krav til de vilkår, hvorunder ambulanceydelser skal leveres.

Andre (men mere sekundære) opmærksomhedspunkter for interesserede udenlandske leverandører omhandler udbudsrelaterede forhold vedrørende sikkerhedsstillelse samt øget transparens ift. evalueringskriterierne ved kommende ambulanceudbud.

Styrket og tidlig kommunikation til markedet
I bestræbelserne på at styrke udenlandske leverandørers interesse for det danske ambulancemarked, er det relevant at sondre mellem hhv. mindre ejerledede virksomheder versus større virksomheder eller institutionelle investorer, hvor beslutninger om strategiske satsninger typisk ligger i bestyrelsen. Sidstnævnte type af virksomheder har ofte gunstigere økonomiske forudsætninger for og faglig kapacitet til at påtage sig opgaver i relation til ambulancedrift.

Når det gælder større virksomheder og institutionelle investorer, har meget få vist interesse for at byde ind på at løfte de udbudte opgaver på ambulanceområdet. En del af forklaringen handler om, at de virksomhedsinterne beslutningsprocesser i denne type virksomheder ofte har en lang tidshorisont, hvor strategiske valg om fx udvidelse til nye markeder sker lang tid før en udbudt opgave rent faktisk offentliggøres.

Virksomhederne har i sådanne situationer derfor et behov for kunne danne sig et tidligt billede af, hvordan rammevilkårene for ambulancedrift i Danmark tegner sig – set i relation til personalerekruttering, attraktive overenskomstvilkår, gældende lovgivning, fælles elementer i udbud, øvrige udbudsmæssige vilkår, mv. Dermed også et billede af hvilke mulige risici, der knytter sig til leverance af ambulanceydelser i Danmark. Ofte er dette samtidigt et vigtigt afsæt for en teknisk dialog mellem parterne.

Tidligere og bedre information herom vil kunne understøtte nye potentielle leverandører i deres stillingtagen til, hvorvidt man fremadrettet finder Danmark interessant og ser et kommercielt perspektiv i at byde ind på varetagelsen af ambulanceopgaver i fremtiden.

For regionerne tegner der sig derfor en vigtig opgave, når det handler om styrke tidlig kommunikation og markedsrettet formidling af generelle forhold, som påvirker rammerne for at etablere sig som aktør på det danske ambulancemarked. Frem mod næste runde af ambulanceudbud kan der derfor ligge en opgave i at styrke kommunikationen i forhold til markedet.

Dette kan blandt andet finde sted ved at udarbejde ”informationspakker”, der på et helt generelt plan sætter fokus på nuværende og fremtidige rammer vedr. fx det danske arbejdsmarked, relevante overenskomster, uddannelse og rekruttering af kvalificeret personale, øvrige lovgivningsmæssige rammer på ambulanceområdet samt prioriterede udbudsvilkår. Formidling af ”data-pakker” (vedr. ambulancedriften i regionerne en given periode) bør også indgå i disse overvejelser.

Ligeledes kan der for regionerne – i god tid forud for kommende udbudsrunder – ligge en opgave i at planlægge og afvikle informationsarrangementer/seancer, hvor disse emner formidles til interesserede markedsaktører. Sådanne aktiviteter vil kunne understøtte et styrket vidensgrundlag hos aktører, der kigger mod Danmark og det danske ambulanceområde.

Arbejdsgruppen foreslår, at:

14. Regionerne tager skridt til at iværksætte et fælles arbejde, der skal tilvejebringe styrket og tidlig information til markedet om rammerne for ambulancedrift i Danmark.

Kontrolberegning/kontrolbud

Regionerne kan vælge at aflyse udbudsproceduren, hvis de har saglige grunde for det. For eksempel hvis der kun er én egnet tilbudsgiver, eller hvis regionen vurderer, at opgaven bedst varetages af regionen selv.[21]

For at skabe et sagligt grundlag for at vurdere, om det vil være økonomisk mere fordelagtigt selv at varetage ambulanceberedskabet, kan regionen selv afgive tilbud på opgaven, et såkaldt "eget bud" eller kontrolbud. I kontrolbuddet beregner regionen, hvor meget det vil koste regionen selv at drive ambulanceberedskabet på samme vilkår som øvrige leverandører i udbuddet.

I stedet for at afgive et egentlig tilbud på opgaven, kan regionen ligeledes vælge at udarbejde en kontrolberegning som grundlag for at vurdere, om det vil være fordelagtigt at varetage driften helt eller delvist.

Hvis en sammenligning af eksterne bud og kontrolberegningen/kontrolbuddet viser, at det vil være økonomisk mere fordelagtigt at løse opgaven i regionalt regi, kan regionen således vælge at annullere udbuddet.

Rigsrevisionen vurderer i sin beretning om regionernes præhospitale indsats fra 2014, at alle regioner fremadrettet bør arbejde for at øge gennemsigtigheden og konkurrenceudsættelsen, fx ved at lave kontrolbud.

Arbejdsgruppen vurderer, at anvendelse af kontrolberegning/kontrolbud har en konkurrence- eller omkostningsfremmende effekt, som vil kunne forstærkes af, at der forud for udbud er truffet beslutning om egen drift, hvis kontrolberegning/kontrolbud er bedst og billigst.

Regionerne kan selv udarbejde kontrolberegning/kontrolbud eller få det udarbejdet af et uafhængigt eksternt konsulentfirma.

Selvom regionens kontrolberegning/kontrolbud viser sig at indeholde den bedste løsning, er regionen ikke forpligtet til at annullere udbuddet og varetage opgaven selv. Regionen kan stadig vælge at tildele til en ekstern leverandør.

Specifikt om kontrolbud

---

[21] http://www.kfst.dk/Tender/Nyt-udbud/Fase-4/Hvad-er-betingelserne-for-at-annullere-et-udbud?tc=08B1599A56884DBD986AF7ADB6A3C5DA

Kontrolbud (eget bud) skal afgives i overensstemmelse med BEK nr. 607 af 24/06/2008 om kontrolbud, tilhørende vejledning samt retningslinjer i "Budget- og regnskabssystem for regioner". Kontrolbud skal indeholde alle de i udbudsmaterialet angivne krav og efterspurgte informationer og afgivelse af kontrolbud skal offentliggøres i udbudsbekendtgørelsen. Kontrolbuds lovlighed kan indklages for Klagenævnet for Udbud.

Lovgivningen stiller krav til bl.a. en nøje adskillelse mellem de personer, der er beskæftiget med udbuddet, herunder tilrettelæggelse og udarbejdelse af udbudsmaterialet samt den efterfølgende evaluering af indkomne tilbud og de personer, der deltager i udarbejdelsen af kontrolbuddet.

Region Hovedstaden har under udbud i 2008 og 2015 anvendt kontrolbud. Under begge udbud, var den politiske strategi at gennemføre kontrolbud og herefter tage stilling til evt. egen drift af ambulanceberedskab og liggende sygetransport.

Erfaringerne fra anvendelse af kontrolbud viste:

- Det var ikke muligt at finde et eksternt uafhængigt konsulentfirma, som i udgangspunktet besad både de rette udbudsmæssige kompetencer og den relevante faglige viden om ambulanceberedskab

- Regionens egne eksperter indgik i udbudsarbejdet og kunne derfor ikke også indgå i kontrolbudsgruppen, hvilket betød at kontrolbudsgruppen ikke fuldt ud rådede over de rette kompetencer

- Kontrolbuddet på ambulanceberedskabet var konkurrencedygtige på prisen, men var ikke samlet det bedste og billigste tilbud på ambulanceberedskabet.

- Kontrolbuddet vandt efterfølgende to delaftaler på den liggende sygetransport, men der blev truffet politisk beslutning om ikke at have egen drift af liggende sygetransport.

Erfaringer med kontrolberegninger/kontrolbud
Ambulanceleverandørerne følger den politiske udvikling i regionerne tæt. Derfor vil en politisk beslutning, forud for gennemførelse af udbud, om egen drift af mindst ét delområde, hvis kontrolberegninger/kontrolbud er bedst og billigst, fremme effekten af kontrolberegninger/kontrolbud. Kontrolberegninger/kontrolbud som koncept vil miste sin betydning, hvis ikke det tillægges reel betydning og resultatet af udbuddet følges.

Region Sjælland har under udbud af ambulanceberedskabet i 2009, 2013 og 2014 anvendt kontrolberegning/kontrolbud. Erfaringerne med kontrolberegning/kontrolbud gennem de tre udbud i Region Sjælland har i hovedtræk vist, at regionen modtog tilbud fra eksterne tilbudsgivere med tilbudspriser, der omkostningsmæssigt lå tæt ved kontrolberegningen/kontrolbuddet, og det er således regionens erfaring at kontrolberegning/kontrolbud fremmer eksterne tilbud med mere omkostningsrigtige bud.

Arbejdsgruppen foreslår, at:

15. Regionerne udarbejder kontrolberegninger/kontrolbud og i den forbindelse gennemfører en fælles regional proces om forudsætningerne for beregningerne (vagtformer, takster mv.)
16. Regionsrådene opfordres til at tilkendegive politisk inden udbuddet, at man er klar til at hjemtage, hvis regionen selv kan varetage opgaven bedst og billigst.

Valg af udbudsformer og procedurer ifm. kommende udbud

Det er afgørende, at der vælges de rette udbudsformer og procedurer ud fra den givne konkurrencesituation på ambulancemarkedet. Der er stor forskel på, hvad der giver mening i et marked med mange bydere, og et marked hvor der kun forventes én byder. Valget handler blandt andet om hvilken type markedsdialog, man som ordregiver ønsker at have med potentielle tilbudsgivere.

Med den nye Udbudslov, der trådte i kraft i den 1. januar 2016, er der skabt forbedrede muligheder for, at ordregiver kan gennemføre en aktiv dialog med potentielle tilbudsgivere. Disse muligheder er skabt via de såkaldt ”nye fleksible procedurer”, der omfatter ’udbud med forhandling’, ’konkurrencepræget dialog’ samt ’innovationspartnerskab’, jf. boks.

Den nye udbudslov opstiller endvidere skærpede krav til ordregivers samtidige offentliggørelse af udbudsbekendtgørelse samt evalueringskriterier.

Ligeledes åbner den nye udbudslov for anvendelse af nye fleksible procedurer, herunder bl.a. ”udbud med forhandling” og ”konkurrencepræget dialog”, jf boks. De nye procedurer skaber gunstigere rammer for dialog mellem ordregiver og tilbudsgivere undervejs i et udbud. På ambulance-området vurderes de nye procedurer i sig selv dog ikke at have nogen større konkurrencefremmende effekt.

Fleksible procedurer: Ny Udbudslov giver bedre adgang til dialog
Den 1. januar 2016 trådte en ny Udbudslov i kraft. Udover de almindelige udbudsprocedurer (offentligt udbud og begrænset udbud) indeholder den nye udbudslov en række fleksible procedurer, der samlet giver ordregiver bedre adgang til dialog med potentielle tilbudsgivere undervejs i udbuddet. De nye fleksible procedurer i Udbudsloven omfatter: i) udbud med forhandling, ii) konkurrencepræget dialog samt iii) innovationspartnerskab.

Procedurerne "udbud med forhandling" og "konkurrencepræget dialog" kan bl.a. bruges i situationer, hvor ordregiver ikke kan få sine behov dækket gennem allerede eksisterende løsninger på markedet. Tilsvarende kan procedurerne bruges i situationer, hvor anvendelse af komplekst sammensatte tjenesteydelser kræver tilpasninger ift. allerede tilgængelige løsninger på markedet.

"Udbud med forhandling" (§§ 61-66) lader sig bl.a. anvende i situationer, hvor ordregiver i vidt omfang kender sit behov på forhånd, men har behov for at forhandle konkrete behov på plads med tilbudsgiver.[22] "Konkurrencepræget dialog" (§§67-72) kan tilsvarende bruges i situationer, hvor ordregiver har brug for at afdække forskellige løsningsforslag ift. en udbudt opgave.

De nye fleksible procedurer supplerer samtidig en række "gamle"/eksisterende procedurer som også fandtes før den nye udbudslov trådte i kraft (fx 'offentligt udbud', 'begrænset udbud' etc.). Såvel de nye som de gamle procedurer rummer fordele og ulemper, når det handler om at få den bedst mulige ydelse til den billigste pris givet den gældende konkurrencesituation på ambulancemarkedet.

---

[22] **Udbud med forhandling** (på baggrund af Udbudslovens § 61+67)**:**
Udbud med forhandling eller konkurrencepræget dialog kan af ordregiver anvendes bl.a. i følgende tilfælde: 1) Ved bygge- og anlægsarbejder, varer eller tjenesteydelser, der opfylder et eller flere af følgende kriterier:
a) Ordregiverens behov kan ikke imødekommes uden tilpasning af allerede tilgængelige løsninger,
b) kontrakten omfatter design eller innovative løsninger,
c) kontrakten kan på grund af særlige omstændigheder med hensyn til dens art, kompleksitet eller de retlige og finansielle forhold eller risici i forbindelse hermed ikke tildeles uden forudgående forhandling, eller
d) ordregiveren kan ikke fastlægge de tekniske specifikationer tilstrækkelig præcist med henvisning til en standard, en europæisk teknisk vurdering, en fælles teknisk specifikation eller en teknisk reference.

Forud for kommende udbud af ambulanceberedskabet i de enkelte regioner er der derfor behov for at få en nærmere granskning af, hvilke typer udbudsprocedurer, der er mest hensigtsmæssige at bruge givet konkurrencesituationen, de regionale forhold samt regionernes ønsker til hvilke services og løsninger, den kommende leverandør skal levere.

I valget af udbudsformer og procedurer er det samtidig vigtigt at tage udgangspunkt i, hvordan udbuddet gøres attraktivt for nye potentielle leverandører og investorer. Denne granskning kan med fordel laves af regionerne i fællesskab.

Mulig anvendelse af offentlige-private samarbejder

Debatten i medierne peger fra tid til anden på offentlige-private samarbejder som et instrument, der kan stimulere og øge konkurrencen på ambulanceområdet i Danmark. Det kan derfor være relevant at se på hvorvidt regionerne – enten på tværs eller lokalt i de enkelte regioner – kan bidrage til at etablere nye leverandører i samarbejde med private parter. Det bærende hensyn er at gøre det mere attraktivt for flere leverandører at byde på opgaverne og derved fremme konkurrencen.

Sundhedslovens §78 giver regionerne mulighed for at samarbejde med private virksomheder, herunder i selskabsform, om løsningen af fælles opgaver indenfor bl.a. det præhospitale område. Også Lov 548 (fra juni 2006) vedr. ”*kommuners og regioners udførelse af opgaver for andre offentlige myndigheder og kommuners og regioners deltagelse i selskaber*” vurderes at åbne mulighed for at regionerne kan etablere offentlige-private samarbejder med private virksomheder.

På baggrund af materiale fra Kammeradvokaten er det arbejdsgruppens vurdering, at begge love i vid udstrækning giver regionerne hjemmel til at etablere samarbejder i selskabsform med private aktører på det præhospitale område. Ligeledes er der mulighed for at etablere mere aftalebaserede samarbejder.

Der tegner sig flere forskellige modeller for samarbejde. Én model kan fx bestå i, at en region og en privat part – på baggrund af et udbud – sammen etablerer et selskab, der har til opgave at drifte og stille udrykningskøretøjer og baser til rådighed for leverandører af ambulanceberedskabet i en region. Ved på forhånd at have etableret et selskab, der alene har til opgave at stille ”biler og baser” til rådighed, sænker man samtidigt en række adgangsbarrierer, hvilket for nye tilbudsgivere kan gøre det mere tillokkende – i et senere

udbud – at byde på selve driften af ambulanceberedskabet i Danmark. Modellen indebærer således, at tilvejebringelse af hhv. "biler og baser" samt selve driften af ambulanceberedskabet gennemføres i to tidsmæssigt forskudte udbudsforløb.

En anden model kan bygge på ét samlet udbud, hvor tilvejebringelse af baser, udrykningskøretøjer samt drift af selve ambulanceberedskabet gennemføres i ét samlet udbud, hvor den vindende part løfter opgaven i tæt partnerskab med regionen. Her vil det direkte partnerskab med en region kunne gøre det mere attraktivt for nye aktører at byde på opgaver i Danmark.

Modellerne rummer også en række ulemper. For det første rummer modellerne i sig selv ingen garantier for, at nye aktører rent faktisk vil se en interesse i at byde på ambulance-opgaver i Danmark i fremtiden. Ligeledes kan opdelte udbud af hhv. "biler og baser" samt ambulanceberedskab føre til en sammenblanding af roller, uhensigtsmæssige snitflader og potentielle tvister om ansvar mellem forskellige typer leverandører. Ligeledes stiller modellerne store krav til regionen om klar adskillelse mellem på den ene side rollen som leverandør af en ydelse, og - på den anden side – rollen som aftager af den pågældende ydelse.

Endelig kan modellerne rent administrativt være omkostningstunge. Dels vil der for regionen være tale om forholdsvist ressourcekrævende udbudsforløb, hvadenten opgaven udbydes i ét samlet eller tidsmæssigt opdelt forløb. Dertil kommer, at regionens medejerskab af et offentligt-privat selskab ligeledes vurderes at blive forholdsvist ressourcekrævende. Det er samtidig baggrunden for, at modellerne ikke tidligere har vundet større udbredelse.

Ingen af modellerne for offentlig-privat samarbejde kan i sig selv således levere en hurtig løsning på udfordringen med begrænset konkurrence på det præhospitale område i Danmark – dog rummer de hver for sig elementer, der på længere sigt kan medvirke til en styrkelse af konkurrencen.

5. Regional varetagelse af ambulanceberedskabet

Arbejdsgruppen foreslår, at:

17. Regionerne arbejder med muligheden for selv at agere konkurrencefremmende aktør ved egen drift af en del af ambulanceberedskabet.

Som det fremgår af opsamlingen i kapitel 2 om den nuværende konkurrencesituation på ambulancemarkedet, har regionerne efter de to gennemførte

udbudsrunder erfaret, at forventningen om konkurrence (dvs. flere tilbudsgivere, kontrolbud og -beregning) har effekt, og sikrer mere konkurrencedygtige priser.

Efter de to udbudsrunder kan det dog samtidig konstateres, at der ikke for alvor er etableret nye leverandører på det danske ambulancemarked. Dels blev Responce opkøbt af Falck Danmark A/S i 2015, dels blev det nye dansk-hollandske selskab Bios, som vandt 3 af 4 delaftaler i Region Syddanmark, erklæret konkurs i 2016 (Bios har efterfølgende klaget over Falcks ageren til Konkurrencestyrelsen, som forventer at komme med en afgørelse i 2018). I dag er der derfor én stor privat virksomhed og ét kommunalt beredskab[23], der leverer ambulanceberedskab i Danmark.

De anbefalede initiativer i kapitel 3 og 4 ovenfor sigter mod at nedbryde markedsbarriererne og optimere udbudsprocesser, således at der fremover i højere grad vil være nye markedsaktører, som vil kunne se en interesse i at gå ind på det danske ambulancemarked og afgive tilbud i forbindelse med det næste udbud af ambulanceberedskab.

Som beskrevet i bilag D kan der være virksomheder i de omgivende lande i Europa, som kan byde på ambulanceberedskab i Danmark i næste udbudsrunde. Erfaringerne fra Samaritten og Bios under de to gennemførte udbudsrunder bidrager dog næppe positivt i forhold til udenlandske markedsaktørers overvejelser om at gå ind på det danske ambulancemarked.

Samtidig skal det i forhold til potentielle nye aktører på ambulanceområdet i Danmark bemærkes, at kravene til tilbudsgivere vedr. økonomisk, finansiel og teknisk kapacitet (fx et krav om erfaring med patientlogistik og behandling indenfor de seneste tre år af en vis kontraktstørrelse), vil gøre det overordentligt vanskeligt at tiltrække nye markedsaktører hertil. Jf. denne rapports anbefaling 6, skal regionerne løbende tilpasse krav til leverandørernes erfaring, robusthed og sikkerhedsstillelse. Det skal vurderes, i hvor høj grad regionerne kan fravige krav til tilbudsgivere om dokumenteret erfaring, for at sikre at kravene er forenelige med ansvaret for varetagelsen af en kritisk samfundsopgave som ambulanceberedskab.

---

[23] Kommunale beredskaber kan kun byde på ambulancedrift i egne og tilstødende områder. Hovedstadens Beredskab leverer ambulancedrift i København. Udover Falck Danmark A/S og Hovedstadens Beredskab findes der Samsø Redningskorps; en privat virksomhed, der driver ambulanceberedskab, brandvæsen mv. på Samsø.

I fravær af nye eksterne tilbudsgivere kan regionerne vælge selv at varetage dele af ambulanceberedskabet[24], da regionen derved vil være den aktør, der sikrer konkurrencedygtige priser. Egen drift kvalificerer endvidere regionen som udbyder af ambulanceberedskab og giver hjemtagelsesscenariet troværdighed (for at samle erfaringer har Region Midtjylland primo 2018 valgt at hjemtage driften på 4 ud af i alt 9 akutlægebiler fra og med december 2018).

Hjemtagning kan ske ved to forskellige processer. Regionerne kan vælge at overtage driften af ét eller flere af delområder forud for et udbud af den resterende del af ambulanceberedskabet i kombination med anvendelse af kontrolbud eller –beregning. En anden model er, at hjemtagning sker efter anvendelse af kontrolbud/-beregning alene. Begge processer beskrives nedenfor.

Regionen som konkurrenceskabende aktør ved etablering af egen drift forud for udbud

Hvis ambulanceberedskabet udbydes i flere delområder, kan regionerne vælge at overtage driften af ét eller flere af disse delområder, forud for et udbud af den resterende del, på én af følgende to måder:

- Regionernes kontrakter om delområder med leverandørerne er udformet således, at der er en udløbsdato, fx 2022, og der er mulighed for forlængelse fra denne dato (fx 2 x 1 år). Egen drift kan derved etableres ved, at regionen planlægger egen drift af ét delområde op til udløb af kontrakten, dvs. 2022, hvorefter der kun gennemføres udbud af de resterende delområder af ambulanceberedskabet. Herved iværksættes såvel egen drift, som drift ved eksterne leverandører på samme tidspunkt, i 2022. Det betyder, at der skal forberedes egen drift og gennemføres udbud i samme tidsperiode op til 2022.

- Regionen kan forlænge fx 3 af 4 kontrakter med de allerede kendte leverandører, og selv etablere egen drift af det sidste delområde fra det oprindelige tidspunkt for udløbet af kontrakterne, fx 2022. Regionen sætter så de forlængede dele af kontrakterne i udbud op til udløbstidspunktet af forlængelsen, fx 2024, dvs. efter at egen drift er etableret fra 2022. Denne løsning giver mindre pres på ressourcerne i de præhospitale organisationer, da egen drift overvejende forberedes fra 2020-2021, og udbud overvejende forberedes og gennemføres i 2022-2023.

[24] Jf. bekendtgørelse 971 af 28. juni 2016 om planlægning af sundhedsberedskabet kan regionerne vælge at benytte egne ambulancer, eller ambulancer, der efter aftale stilles til rådighed af andre regioner, kommuner eller private ambulanceentreprenører.

Begge løsninger vil betyde, at regionen fremstår som den markedsaktør, der sikrer konkurrencedygtige priser, når der gennemføres udbud. Dette skyldes, at driftsorganisationen vil være etableret, og det vil være langt nemmere at udvide omfanget af driften, end at etablere drift fra bunden, såfremt et kontrolbud/kontrolberegning på øvrige delaftaler viser, at regionen kan varetage driften bedst og billigst. Et kontrolbud vil samtidig være langt nemmere at udarbejde, når der er indsigt i alle aspekter af drift af ambulanceberedskab. Herved vil en ekstern tilbudsgiver i højere grad tilskyndes til at afgive et tilbud med konkurrencedygtige priser.

Figuren nedenfor viser et eksempel på den nødvendige planlægningshorisont i en situation, hvor en region overtager og hjemtager ambulanceberedskabet og skal etablere en driftsorganisation hertil. I eksemplet er udgangspunktet driftsstart d. 1. januar 2022.

Det skal bemærkes, at fra driftsstart vil udgifter være dækket af det allerede afsatte budget til ambulanceberedskab, mens en række forudgående investeringer (etablering af driftsorganisation, indkøb af køretøjer, etablering af baser, rekruttering af personale forud for driftsstart mv.) vil falde i implementeringsåret inden driftsstart. Dette betyder, at den politiske beslutning (herunder økonomi) skal træffes forud for budgetproces for det pågældende implementerings år. Et vigtigt aspekt af beslutningen vedr. økonomi i implementeringsåret er, at der skal foretages en række større investeringer, hvor den forventede effekt i form af reduceret driftsbudget dog først foreligger i de efterfølgende budgetår. I eksemplet nedenfor, skal der herudover findes midler (i mindre omfang) til indledende etablering af projektorganisation (som sker ca. 18 måneder før driftsstart).

Planlægningshorisont ved hjemtagning af ambulanceberedskab (eksempel)

Kvartal/år	3/ 2019	4/ 2019	1/ 2020	2/ 2020	3/ 2020	4/ 2020	1/ 2021	2/ 2021	3/ 2021	4/ 2021	1.1. 2022
Udarbejdelse af businesscase og administrativ proces											
Politisk beslutning om egen drift herunder økonomi til implementeringsperioden (2021) og investeringsramme											
Etablering af ledelse/projektorganisation/ udbud af køretøjer											
Etablering af baser (leje/køb og bygninger)											
Personale rekruttering, uddannelse og efteruddannelse, vagtplanlægning, instrukser mv.											
Drift start											

Fordele og ulemper ved regionen som konkurrencefremmende aktør

Regionens egen varetagelse af drift af ambulanceberedskab har følgende positive effekter:

1. Regionen agerer konkurrencefremmende aktør, i et fravær af eksterne tilbudsgivere, og sikrer konkurrencedygtige priser på den øvrige del af ambulanceberedskabet.
2. Større robusthed til at varetage ambulanceberedskabet, såfremt en ekstern leverandør viser sig ikke at kunne levere den kontraktmæssige ydelse, fx ved konkurs, ved tab af udbud (i den sidste periode vil der ofte være mangel på personale) mv.
3. Større organisatorisk robusthed for regionens egne ydelser samt synergi og stordriftsfordele i forhold til eksisterende præhospitale funktioner
4. Etablering af en driftsmæssig og organisatorisk platform for udvikling af kvalitative og økonomiske tiltag på det præhospitale område (forskning og udvikling er svært at kombinere med udbud af opgaven)
5. Mulighed for selv at indsætte ekstra beredskaber ved behov, fx store beredskabsarrangementer eller ekstraordinær belastning

Som ulempe ved regionens egen varetagelse af drift af ambulanceberedskab kan nævnes, at der ved egen drift kan være et fravær af de stordriftsfordele, som én større ekstern leverandør kan drage fordel af. Samtidig kan der være forskelle i overenskomster hos FOA og 3F, hvilket kan betyde højere omkostninger. Samlet set er der således en risiko for højere pris for ydelsen (især i opstartsfasen), men denne udgift skal ses i forhold til de omkostninger, der uden tvivl vil være ved manglende konkurrence på markedet, og deraf afledte højere priser på det samlede ambulanceberedskab.

Regionen som konkurrenceskabende aktør ved etablering af egen drift ved kontrolbud/kontrolberegning

Jf. kapitel 4 ovenfor kan regionen anvende kontrolbud, hvor regionen kan vælge egen drift såfremt regionen kan varetage opgaven bedst og billigst efter evaluering af de indkomne tilbud herunder kontrolbuddet. Den konkurrencefremmende effekt af anvendelse af kontrolbud vil, jf. rapportens anbefaling 15, blive forstærket af, at der forud for udbud sker en politisk tilkendegivelse af, at der vil blive etableret egen drift, såfremt regionen kan varetage opgaven bedst og billigst. Regionerne kan, jf. kapitel 4, herudover også altid vælge at aflyse udbudsproceduren, hvis de har saglige grunde til det, fx efter anvendelse af kontrolberegning.

Jf. kapitel 4 er der forskel i organisering og administrativt set-up afhængigt af, om der udarbejdes kontrolberegning eller kontrolbud. Som beskrevet skal der ved kontrolbud overholdes gældende lovgivning vedr. intern organisering og administrativt set-up, bl.a. med klar organisatorisk adskillelse mellem de personer, der varetager håndteringen af udbuddet, og de personer, der deltager i udarbejdelsen af kontrolbuddet.

Hvis regionen vælger at etablere egen drift efter anvendelse af kontrolbud/kontrolberegning mv., vil forberedelsen af egen drift først starte på det tidspunkt, hvor kontrakterne tildeles efter gennemførelse af udbud. Regionerne har typisk fastsat perioden for implementering af drift mellem kontraktunderskrivelse og driftsstart til 12 måneder. I denne periode skal der etableres driftsorganisation, og især indkøb af køretøjer vil skabe udfordringer, idet den lovpligtige udbudsproces samt opbygning af køretøjer tager min. 10 måneder[25], og der skal herudover afsættes tid til installation af kommunikationsudstyr, oppakning, APV mv. Regionerne kan derfor vælge at forberede udbud ved en rammeaftale, som forkorter processen for indkøb af køretøjerne, da en potentiel leverandør så er udvalgt. Dog betyder det, at et stort arbejde med udbud af rammeaftale skal gennemføres på et tidspunkt, hvor det er uvist, om regionen får egen drift af ambulanceberedskab.

En større udfordring ved denne proces er den nødvendige koordinering i forhold til den regionale budgetproces, da en række investeringer skal ske i implementeringsåret (baser, køretøjer, ansættelse af personale mv.). Men der vil først være midler til rådighed i regionens budget fra året hvor kontrakten starter (det "normale" årlige budget til ambulanceberedskab). Derudover skal

[25] Processen tager 10 måneder under forudsætning af, at udbudsdokumenterne allerede er udarbejdet, dvs. kontakt, kravspecifikation mv.

der afsættes midler i regionens investeringsramme. Begge udfordringer kan gøre det meget svært at træffe beslutning om egen drift på tidspunktet for kontraktunderskrivelse, og herefter straks iværksætte implementering af egen drift.

Eksterne tilbudsgivere med erfaring med ambulancedrift, vil være bekendt med, at regionen vil stå overfor disse udfordringer.

Regionerne har drøftet muligheden for at forlænge implementeringsperioden, fx til 15 eller 18 måneder, men det vil ikke nødvendigvis løse de ovenfor nævnte udfordringer (afhængig af tidspunktet på året af kontraktstart ift. regionens tidslinje for budgetprocessen).

Regionerne varetager hele ambulanceberedskabet

Regionerne skal jf. gældende lovgivning stille ambulanceberedskab til rådighed. Regionerne kan vælge at varetage opgaven selv og dermed undlade at gennemføre udbud af ambulanceberedskabet. Erfaringer fra Region Skåne peger på, at det ikke nødvendigvis er billigere for regionen i en opstartsfase selv at varetage ambulanceberedskabet, end når opgaven har været i udbud med konkurrence mellem flere leverandører (hvor en eksisterende leverandør også har fordel af fx allerede at have etableret baser). Dertil kommer, at Region Skåne hjemtog opgaven med henblik på at sikre en højere kvalitet af ambulanceberedskabet.

Med hensyn til fordele og ulemper ved at regionen varetager driften af hele ambulanceberedskabet henvises til boksen ovenfor.

6. Styrkelse af konkurrencen på liggende sygetransport

Adgangsbarrierne til markedet for liggende sygetransport er markant lavere end til markedet for ambulancekørsel. For den liggende sygetransport er det ikke, som for ambulanceberedskabet, en barriere for konkurrencen, at skaffe personale. Barrieren vedrørende finansiering gælder dog den liggende sygetransport på samme måde som ambulanceberedskabet. Det kan derfor anbefales at reducere finansieringsbehovet for nye virksomheder inden for liggende sygetransport. Samtidig spiller det formentlig en rolle for konkurrencen i forhold til den liggende sygetransport, at opgaven i brede kredse stadig betragtes som en sundhedsopgave, selvom den kan varetages af ikke-sundhedspersoner.

Arbejdsgruppen forventer, at der vil kunne etableres mere konkurrence på markedet bl.a. ved at udbrede kendskabet til opgaven blandt potentielle leverandører samt opdele og tilrettelægge udbuddene strategisk.

Arbejdsgruppen foreslår, at:

18. Regionerne hver især gennemfører en markedsdialog, der øger synlighed og gennemsigtighed for nye leverandører af liggende sygetransport.

Bilag A: De præhospitale uddannelser

De præhospitale uddannelser omfatter i dag ambulanceassistentuddannelsen, ambulancebehandleruddannelsen og paramedicineruddannelsen. Ambulanceassistentuddannelsen er en erhvervsuddannelse i det formaliserede uddannelsessystem, mens ambulancebehandler- og paramedicineruddannelsen er fastlagt af regionerne i fællesskab.

For at kunne blive ambulancebehandler skal man være uddannet ambulanceassistent og have 1,5 års erfaring i det akutte ambulanceberedskab.

Udvikling af ambulancebehandleruddannelse i erhvervsuddannelsesregi

Danske Regioner indgår med de øvrige interessenter på området i arbejdet med at udvikle en erhvervsuddannelse til ambulancebehandler. Uddannelsen skal træde i kraft den 1. januar 2019.

Danske Regioner har i arbejdet betonet behovet for, at den samlede uddannelse til ambulancebehandler får et tydeligt sundhedsfagligt fokus. Dette arbejde er sket i tæt sparring med arbejdsgruppen om præhospital uddannelse.

På centralt niveau foregår udviklingsarbejdet i regi af brancheudvalget for redning og ambulance under det faglige udvalg, TUR.

Det er de faglige udvalg, der fastsætter mål og rammer for erhvervsuddannelserne. De faglige udvalg består af arbejdsgivere og arbejdstagere for de brancher, der aftager eleverne. Undervisningsministeriet er øverste myndighed på området.

Ambulancefagets historiske baggrund betyder, at uddannelsen til ambulanceassistent er placeret som en transportuddannelse forankret i Brancheudvalg for redning og ambulance under det faglige udvalg for transporterhvervets uddannelser (TUR). Her sidder 3F og FOA som arbejdstagerrepræsentanter og Dansk Erhverv, Hovedstadens Beredskab og Danske Regioner som arbejdsgiverrepræsentanter. Danske Regioner havde indtil februar 2017 status som tilforordnede i brancheudvalget, men har siden februar 2017 indgået som fuldgyldigt medlem med stemmeret.

Den nye ambulancebehandleruddannelse vil ligeledes være placeret i brancheudvalget under TUR.

Bilag B: Oversigt over antallet af delområder i hver region

Region	Kontraktperiode 2009/10 til 2015/16	Kontraktperiode 2015/16 og frem
Region Sjælland	Ambulance og liggende sygetransport: 6 delområder	Ambulance og liggende sygetransport: 3 delområder
Region Syddanmark	Ambulance 1 delområde Liggende sygetransport 4 delområder	Ambulance og liggende sygetransport: 4 delområder
Region Nordjylland	Ambulance: 1 delområde Liggende sygetransport: 4 delområder	Ambulance: 1 delområde Liggende sygetransport: 3 delområder
Region Midtjylland	Ambulance: 8 delområder Liggende sygetransport: 5 delområder	Ambulance: 6 delområder Liggende sygetransport: 2 delområder
Region Hovedstaden	Ambulance: 10 delområder Liggende sygetransport: 4 delområder	Ambulance: 6 delområder Liggende sygetransport: 4 delområder

Region Sjælland

- Første udbudsrunde: Samariten Ambulans AB (svensk firma) vandt fem ud af seks delaftaler og Roskilde Brandvæsen vandt området omkring deres kommune (Roskilde, Lejre). Samariten blev efterfølgende frigjort fra sin kontrakt, og Region Sjælland måtte gennemgå en ny udbudsrunde. Her vandt Falck Danmark A/S fire ud af fem delaftaler, mens den sidste gik til Roskilde Brandvæsen, foruden den 'sjette' delaftale allerede tildelt ved det oprindelige udbud.

- Anden udbudsrunde: Falck Danmark A/S fik tildelt alle 3 delområder. Falck Danmark A/S havde som eneste tilbudsgiver afgivet bud på hele regionen. Roskilde Brandvæsen havde afgivet tilbud på ét enkelt område, som Brandvæsnet tabte til Falck Danmark A/S.

Region Hovedstaden

- Første udbudsrunde: Falck Danmark A/S, Frederiksberg Brandvæsen og Samariten Ambulans fik tildelt opgaver i de ti delområder. Samariten Ambulans blev også i Region Hovedstaden frigjort fra sin kontrakt. København Brandvæsen fik tildelt Samaritens vundne delaftale.

- Anden udbudsrunde: Falck Danmark A/S vandt 4 ud af 6 delaftaler. Hovedstadens Beredskab vandt de sidste 2.

- Forventninger til en kommende udbudsrunde: Det forventes at Hovedstadens Beredskab også vil byde på ambulanceberedskab i kommende udbud, og yderligere ét kommunalt beredskab har vist interesse ved seneste udbudsrunde.

Region Midtjylland

- Første udbudsrunde (med kontraktstart 1/12 2009): Indledningsvis blev Falck Danmark A/S tildelt 4 ud af 8 delområder. Det nystartede selskab Responce A/S blev ligeledes tildelt 1 delområde, mens Samariten fik tildelt 3 ud af 8 delområder, men måtte trække sig. Samaritens delområder blev herefter tildelt til Falck Danmark A/S (2) og Samsø Redningskorps (1).

- Anden udbudsrunde (med kontraktstart 1/12 2014):
  Falck Danmark A/S blev tildelt 4 ud af 6 delområder. Samsø Red-

ningskorps og Responce blev tildelt 1 delområde hver. Falck Danmark A/S opkøbte i 2015 Responce.

Region Nordjylland

- Første udbudsrunde: Fik kun tilbud på hele det geografiske område fra Falck Danmark A/S.

- Anden udbudsrunde: Fik kun tilbud på hele det geografiske område fra Falck Danmark A/S.

Region Syddanmark

- Første udbudsrunde: Fik kun tilbud på hele det geografiske område fra Falck Danmark A/S.

- Anden udbudsrunde: BIOS vandt 3 ud af 4 delområder. Responce vandt 1. Falck Danmark A/S bød også men vandt ingen aftaler.

Bilag D: Oversigt over private ambulanceleverandører i andre lande

Region Hovedstaden har gennemført en undersøgelse af en række europæiske lande, om de har private firmaer med kapacitet til at byde på drift af ambulanceberedskab i Danmark. Undersøgelsen viser, at der findes flere lande i Europa, hvor private firmaer driver ambulanceberedskab for offentlige myndigheder efter udbud eller som supplement til offentligt ambulanceberedskab i mindre omfang. På baggrund af undersøgelsen vurderes det, at der i en række lande findes private firmaer, der har kapacitet og kompetencer til at byde ved næste udbudsrunde i Danmark. Det er dog er uvist, om disse firmaer har en strategi for udvidelse på tværs af grænser.

De potentielle leverandører har base i Tyskland og Storbritannien. Det er uafklaret, om der er potentielle leverandører i Sverige, Holland, Polen og Spanien.

I Finland, Irland, Østrig, Frankrig, Belgien og Italien vurderes der ikke at være potentielle leverandører, da der enten ikke er private firmaer, eller at de private firmaer er for små, og ikke har kapacitet og kompetence til at byde i en dansk sammenhæng.

Oversigt over ambulancemarkedet i andre Europæiske lande:

Land	**Status firmaer**	**Potentielle tilbudsgivere ved danske udbud af ambulanceberedskab**
Tyskland	Deutsches Rote Kreuz leverer ca. halvdelen af ambulanceberedskabet i Tyskland, og herudover har brandvæsener (regionalt, dvs. Länder niveau) og mellemkommunale sammenslutninger ambulanceberedskab. Dertil kommer et stort antal firmaer, primært mindre firmaer, som hovedsageligt leverer sygetransport. Dog er der også større firmaer, som eventuelt kunne have kompetence og kapacitet til at byde i Danmark.	+
Finland	Der er ca. 50 private firmaer, der leverer ambulanceberedskab i Finland, hvor hovedparten består af mindre, familiedrevne virksomheder med få beredskaber. Der er en håndfuld større	-

	firmaer, hvoraf det eneste med hjemmeside mv. på engelsk er selskabet ”9Lives”, som ejes af Falck Danmark A/S.	
Norge	Ambulanceberedskab stilles til rådighed af de regionale myndigheder.	?
Sverige	Ambulanceberedskab stilles til rådighed af regionerne/län også af private firmaer efter udbud. Det har ikke været muligt at afklare, om der er større firmaer udover Falck Danmark A/S og Samaritten.	?
Holland	Ambulanceberedskab stilles til rådighed af 25 regioner, og der er private firmaer som leverer ambulanceberedskab efter udbud. Det har ikke været muligt at afklare, om der er større firmaer udover BIOS.	?
Storbritannien	Der er et stort antal private firmaer, som leverer ambulanceberedskab i Storbritannien, men hovedsageligt sygetransporter og som supplement til NHS’ (offentlige) ambulanceberedskab. Fx bruger London Ambulance service fire private firmaer som supplement til egen service (dækker mindre end 5 % af kørsler). Der eksisterer også større private firmaer, som potentielt kunne have kompetence og kapacitet til at byde i Danmark. Skotland, Nordirland og Wales er ikke omfattet af ovenstående.	+
Irland	Ingen private firmaer, der leverer ambulanceberedskab.	-
Østrig	Ambulanceberedskab stilles til rådighed af lokale myndigheder (på mandat fra länder), som delegerer opgaven til NGO’er.	-
Polen	Ambulanceberedskab stilles til rådighed af byer og amter, ofte af private firmaer efter udbud. Det har ikke været muligt at afdække, om private firmaer har kapacitet og kompetence til at byde ved et dansk ambulanceudbud.	?
Frankrig	Ambulanceberedskab stilles til rådighed af det offentlige, mindre private aktører kører ikke-akutte transporter fx for forsikringsfirmaer.	-

	Dog vurderes det, at disse firmaer ikke har kapacitet og kompetencer til at byde ved et dansk ambulanceudbud.	
Belgien	Ambulanceberedskab stilles primært til rådighed af brandberedskaber (offentlige), suppleret af enkelte mindre private firmaer, som det vurderes ikke har kapacitet til at byde ved et dansk ambulanceudbud.	-
Spanien	Ambulanceberedskab stilles til rådighed af (offentlige) hospitaler, ofte af private firmaer efter udbud. Fx Ambulancias.com, ambulanciasdomingo.com. (det har ikke været muligt at afdække, om private firmaer har kapacitet og kompetence til at byde ved et dansk ambulanceudbud).	?
Italien	Ambulanceberedskab stilles til rådighed af det offentlige, dog er ansvaret placeret hos forskellige aktører afhængigt af region. Fx hospitaler, brandberedskaber, NGO'er mv. (Kilde: Wikipedia)	-

Bilag E: Virksomhedsoverdragelse

Den danske lov om virksomhedsoverdragelse[26] indebærer en beskyttelse af medarbejdere i tilfælde, hvor deres virksomhed eller dele af virksomheden overdrages til en ny arbejdsgiver. Konstateres det, at en overdragelse er omfattet af loven, betyder lovens beskyttelse i hovedtræk, at de overdragede medarbejder har ret til at overgå til den nye arbejdsgiver på tilsvarende ansættelsesvilkår som de oprindelig arbejdede under.

Det er en forudsætning for, at loven finder anvendelse at det, som overføres, kan betegnes som en selvstændig, økonomisk enhed, og at denne enhed efter overdragelsen bevarer sin identitet. Den rene overgang af en opgave er ikke tilstrækkelig til, at loven finder anvendelse.

Der skal efter praksis være tale om, at virksomheden overdrages sammen med de aktiver, som virksomheden benytter til løsning af den udbudte opgave, hvilket f.eks. kan være lokaler, maskiner, busser eller ambulancer.

[26] Virksomhedsoverdragelse er i dag reguleret ved EU-direktiv af 12. marts 2001 (2001/23/EF) implementeret i dansk lov ved "Virksomhedsovedragelsesloven" Bekendtgørelse af lov om lønmodtageres retsstilling ved virksomhedsoverdragelse (LBK nr. 710 af 20/08/2002).

Almindeligvis sondres der mellem aktiviteter, hvor materielle aktiver udgør en væsentlig bestanddel, og aktiviteter, hvor det primært er arbejdskraften, som udgør virksomheden. I tilfælde, hvor materielle aktiver udgør en væsentlig bestanddel, er det almindeligvis en betingelse, at overgangen af den pågældende aktivitet indebærer en overdragelse af de fysiske driftsmidler, som er væsentlige for den pågældende aktivitet. I tilfælde, hvor arbejdskraften udgør den væsentligste del af virksomheden, vil det derimod have mindre betydning, at der ikke følger væsentlige driftsaktiver med, når blot en væsentlig del af arbejdsstyrken overføres.

Hvorvidt en overdragelse er omfattet af virksomhedsoverdragelsesloven afhænger af den enkelte situation og skal vurderes konkret ud fra en samlet vurdering af alle foreliggende omstændigheder.

Der har i de hidtidige ambulanceudbud været en ensartet formulering i alle fem regioners udbudsmateriale om, at overdragelse af kontrakter om ambulancekørsel ikke er omfattet af virksomhedsoverdragelsesloven.[27]

Dette beror på en vurdering af, at der alene er tale om, at opgaven med ambulancekørslen overgår til en ny leverandør og ikke virksomheden som sådan med dens aktiver i form af ambulancer, stationsfaciliteter m.v.

Regionerne bør være opmærksomme på, at virksomhedsoverdragelsesloven formentlig kan finde anvendelse i de tilfælde, hvor regionerne vælger at hjemtage opgaven med udførelse af ambulanceberedskab eller varetagelse af dele af virksomhedsområdet, hvis der i forbindelse med hjemtaget ansættes/overføres en andel af medarbejder samt overdrages aktiver. Ligeledes kan virksomhedsoverdragelsesloven finde anvendelse, hvis en hjemtaget opgave igen skal udbydes, forudsat, at aktiver og mandskab overdrages som led i udbuddet.

---

[27] Selvom virksomhedsoverdragelsesloven således som udgangspunkt ikke finder anvendelse på regionernes udbud af ambulancetjeneste som udbuddene ser ud i dag, vil loven alligevel kunne spille en rolle i forlængelse af et udbud. Vælger en ny leverandør, der skal overtage et vundet område, uafhængig af regionerne, at forhandle sig til en aftale med den hidtidige leverandør om overtagelse af dennes personale og ambulancer, kan denne overdragelse være omfattet af virksomhedsoverdragelsesloven.

Bilag F: Erfaringer fra Region Hovedstadens varetagelse af det sundhedsfaglige ansvar

Region Hovedstaden har varetaget det sundhedsfaglige ansvar for delegation af kompetencer til ambulancepersonalet siden driftsstart af de nye ambulancekontrakter den 1. februar 2016. I kravspecifikationen var det fastlagt, at leverandører skal overdrage dokumentation for ambulancepersonalets uddannelse samt for den løbende efter- og videreuddannelse og udelukkende rette henvendelse til den af Akutberedskabet udpegede læge (kompetencer både indenfor BEK 431 og udenfor) vedr. patienter. Ambulancepersonalet skal herudover følge de til enhver tid gældende sundhedsfaglige instrukser, udstedt af Akutberedskabet.

Alle regler er yderligere specificeret i instrukser, hvor der fx skal indsendes dokumentation for uddannelse til godkendelse forud for medarbejderes indgåelse i driften.

Samlet set varetager Akutberedskabets læge det delegerende ansvar ved godkendelse af uddannelse af personale ved ansættelse, ved instruks af personale og ved tilsyn baseret på fx analyse af dokumentation for efter- og videreuddannelse, analyse af klagesager og UTH´er, ved analyse af samtaler mellem ambulancepersonale og AMK-læger i daglig drift samt ved direkte tilsyn fx under vagter på Akutlægebiler mv.

Region Hovedstaden startede forberedelserne til varetagelse af det sundhedsfaglige ansvar samtidig med kontraktunderskrivelsen, dvs. ét år før kontrakten gik i drift.

Ressourcer anvendt på det sundhedsfaglige ansvar for delegation i Region Hovedstaden

Akutberedskabet har fået en samlet bevilling på 6, 3 mio. kr. årligt, hvilket skal ses i lyset af den årlige besparelse på ca. 66 mio. kr. på den samlede kontrakt pr. år efter udbuddet (efter at de 6,3 mio. kr. årligt er fratrukket).

I bevillingen indgår følgende ressourcer:

- Delegerende læge
- 2 speciallæger på 112-AMK-Vagtcentralen (deltid)
- AC medarbejder
- AC medarbejder dataunderstøttelse
- Sundhedsfagligt personale (paramediciner baggrund el.lign.) – 3 personer
- HK medarbejder – sekretær
- Husleje og øvrig drift.

Bilag G: Rigsrevisionens anbefalinger

Rigsrevisionen udgav i januar 2014 en beretning til Statsrevisorerne om regionernes præhospitale indsats. Rigsrevisionen konkluderer, at regionerne har tilrettelagt den præhospitale indsats, så en borger, der ringer 1-1-2, får hjælp til rette tid.

Til gengæld finder Rigsrevisionen "det ikke helt tilfredsstillende, at regionerne ikke har tilstrækkelig indsigt i, om den præhospitale indsats tilrettelægges til lavest mulige omkostninger.

Mulighederne for at sikre, at det valgte præhospitale beredskab fås til den bedste pris, er begrænset af en monopollignende markedssituation. Det varierer, i hvilket omfang regionerne har indsigt i og kan opgøre omkostningerne til enkelte ydelser i indsatsen, ligesom det varierer, i hvor høj grad regionerne har forsøgt at skærpe konkurrencen og dermed mindske omkostningerne til præhospitale ydelser.

Rigsrevisionen anbefaler, at regionerne i højere grad bør sikre viden og gennemsigtighed omkring omkostningerne til de enkelte ydelser i den præhospitale indsats i og på tværs af regionerne. Regionerne kan anvende informationerne til at sammenligne omkostningsniveauer på udvalgte ydelser på tværs af regionerne og driftsoptimere internt i den enkelte region. Rigsrevisionen anbefaler, at alle regioner arbejder med at minimere omkostningerne til den præhospitale indsats, fx gennem brug af kontrolbud."

Rigsrevisionen peger på 3 faktorer, der kan fremme konkurrencen:

1. At regionen opdeler regionen i geografiske delområder
2. At regionen afgiver kontrolbud
3. At regionen på et gennemsigtigt grundlag kan vurdere prisen på enkeltydelser – fx akut ambulancekørsel i basisberedskabet.

Læs hele Rigsrevisionens beretning her:
http://www.rigsrevisionen.dk/media/1943140/regionernes-praehospitale-indsats.pdf