



Nederlandse  
Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezond, Welzijn en Sport  
mevrouw drs. E.I. Schippers  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

**Behandeld door**

**Telefoonnummer**

**E-mailadres**

**Kenmerk**

99432-71408

**Onderwerp**

Beleidsbrief marktscan ambulancezorg

**Datum**

17 januari 2014

Mevrouw de Minister,

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, gebruikt de NZa onder andere marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op (een gedeelte van) een bepaalde markt.

Bijgaand treft u ter informatie de marktscan ambulancezorg aan. De marktscan geeft de stand van zaken op de markt voor ambulancezorg weer in de periode 2008-2013. Het is voor het eerst dat de NZa voor deze sector een marktscan uitbrengt.

De marktscan omvat een beschrijving van de marktstructuur, het marktgedrag en de markttuitkomsten ten aanzien van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. In deze beleidsbrief geeft de NZa haar bevindingen weer en doet zij een aantal aanbevelingen.

Het overall beeld van de ambulancezorg is die van een markt in beweging. Zo is in 2013 de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (Twaz) ingevoerd, waarmee per veiligheidsregio nog maar één zorgaanbieder (Regionale Ambulancevoorziening, RAV) is aangewezen als aanbieder van ambulancezorg in die regio. Daarnaast wordt met ingang van 1 januari 2014 een nieuwe bekostigingsstructuur ingevoerd, waarin de beschikbaarheid van zorg centraal staat in plaats van de productie. Tegelijk met deze nieuwe bekostigingsstructuur worden door VWS structureel en incidenteel extra middelen beschikbaar gesteld<sup>1</sup>. Om de effecten van deze wijzigingen te kunnen monitoren, brengt de NZa de marktscan op dit moment uit. Deze kan gezien worden als nulmeting.

---

<sup>1</sup> Het macrobudget wordt structureel met € 7,7 miljoen verruimd. Daarnaast vloeit de opbrengst van de efficiencykorting uit het Convenant (deels) terug naar de sector, evt aangevuld met €3 miljoen.

**Marktstructuur**

In Nederland zijn 25 RAV's aangewezen als aanbieder van ambulancezorg. De RAV is verantwoordelijk voor de uitvoering van ambulancezorg in de betreffende regio. In de zorgverlening werken RAV's nauw samen met de andere partners in de acute zorgketen, zoals huisartsenposten, traumacentra en SEH's. Daarnaast vindt samenwerking plaats met de partners in de keten van openbare orde en veiligheid (politie, brandweer en GHOR<sup>2</sup>). Hieraan gerelateerd is de 'Meldkamer van de Toekomst', waarin men binnen de meldkamers van ambulance, brandweer en politie toewerkt naar één landelijke, multidisciplinaire meldkamerorganisatie met maximaal 10 locaties. Deze colocatie en concentratie moet leiden tot een betere kwaliteit en efficiëntie van de meldkamers in Nederland.

Kenmerk  
99432-71408Pagina  
2 van 5

De financiële positie van de RAV's is over het geheel genomen stabiel, en over het algemeen iets verbeterd in 2012 t.o.v. 2011. Toch zijn er ook RAV's die wat betreft solvabiliteit, liquiditeit en rentabiliteit onder de norm scoren. In het kader van de zorgplicht, en mede met de nieuwe bekostigingsstructuur in het achterhoofd, ziet de NZa een belangrijke taak voor verzekeraars in het monitoren van en sturen op verbetering van de financiële positie van de RAV's.

**Marktgedrag**

Binnen de ambulancezorg is geen sprake van 'keuze' voor een bepaalde zorgaanbieder. Dit geldt voor zowel patiënt als verzekeraar. Door de aanwijzing van één RAV per regio is de markt verdeeld; de RAV verkeert in een monopoliepositie. Zorgverzekeraars sluiten een contract af met de RAV in hun regio om aan de zorgplicht te voldoen<sup>3</sup>.

Door de aanwijzing van RAV's ontstaat de situatie dat de Minister de aanbieders aanwijst, maar dat tegelijk verzekeraars invulling dienen te geven aan hun rol binnen het zorgstelsel (met inachtneming van de randvoorwaarden van de Twaz en de Zvw). Selectieve zorginkoop is binnen de ambulancezorg echter niet mogelijk. Daarnaast was de invloed van verzekeraars in de bekostiging t/m 2013 beperkt. De productie stond centraal: het budget werd voor een groot deel normatief opgebouwd op basis van het aantal gereden ritten en kilometers<sup>4</sup>, en het aantal standplaatsen.

Door de beperkte invloed op de bekostiging heeft het onderhandelingsproces in de ambulancezorg een ander karakter dan in andere zorgmarkten en wordt deze meer als overlegvorm getypeerd dan als een daadwerkelijke onderhandeling. Naast de standaard Wmg-overeenkomst worden aanvullende inhoudelijke afspraken gemaakt over de kwaliteit van zorg, zoals het dienstenrooster en de (verbetering van) aanrijdtijden. Het blijkt dat deze aanvullende prestatieafspraken en eventuele consequenties van het niet nakomen ervan veelal niet contractueel worden vastgelegd. De NZa ziet het belang van deze aanvullende prestatieafspraken en adviseert dat deze standaard onderdeel uitmaken van de contractering.

---

<sup>2</sup> Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio.

<sup>3</sup> Binnen de zorginkoop in de ambulancezorg geldt het systeem van representatie.

<sup>4</sup> In de jaren 2011 t/m 2013 gold een bevrozing van het aantal ritten en kilometers op het niveau realisatie 2010.

In de nieuwe bekostigingsstructuur wordt de invloed van verzekeraars door meerdere factoren groter. Het nieuwe budget wordt niet meer gebaseerd op gerealiseerde productie (welke pas na afloop van het budgetjaar bekend is), maar op beschikbaarheid van ambulancezorg. Het budget is onderhandelbaar, waarbij het grootste deel gemaximeerd is. Indien men niet tot overeenstemming komt, kan de verzekeraar eenzijdig een verzoek voor aanpassing van het budget indienen. Hierbij dient de verzekeraar er uiteraard voor te zorgen dat zij aan haar zorgplicht voldoet.

**Kenmerk**  
99432-71408

**Pagina**  
3 van 5

### **Kwaliteit en toegankelijkheid**

Binnen de sector wordt gewerkt met verschillende richtlijnen en protocollen. Het doel hiervan is de landelijke uniformiteit in ambulancezorg te borgen en de kwaliteit te verhogen. Momenteel is er echter maar één meetbare indicator voor kwaliteit en toegankelijkheid binnen de ambulancezorg beschikbaar: het percentage A1-ritten dat binnen 15 minuten de patiënt bereikt. In de Twaz is bepaald dat in elke regio in tenminste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is (de 15-minutennorm). De ambulancesector werkt al jaren met deze norm en deze is nu in de wet verankerd.

De kwaliteit van ambulancezorg wordt echter door meer factoren bepaald dan alleen de aanrijdtijd, zoals triage door de meldkamer, opleiding medewerkers, inschatting juiste ziektebeeld, samenwerking met andere partners binnen de acute zorg, inzet juiste vervoersmiddel, etc. Bovendien is de ambulancezorg binnen de acute zorg slechts een schakel in de keten; de uitkomst van de zorg wordt bepaald door het handelen van de afzonderlijke ketenpartners en de onderlinge overdracht. De gezondheidsuitkomst wordt momenteel echter niet gedeeld tussen de ketenpartners, waardoor de kwaliteit van de acute zorgketen en het aandeel van de ambulancezorg daarin moeilijk in kaart te brengen is. Dit alles maakt dat op dit moment de kwaliteit nog niet goed definieer- en meetbaar is. Er bestaan nog geen goede kwaliteitsindicatoren die bij de zorginkoop gebruikt kunnen worden.

De sector werkt momenteel met de andere ketenpartners en de Stichting Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO<sup>5</sup> aan de verdere ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren, welke de komende tijd zullen worden getest. Daarnaast spant de sector zich al een aantal jaren in om transparant te zijn over de kwaliteit van de ambulancezorg. Zo wordt jaarlijks het document 'Ambulances in-zicht' gepubliceerd, waarin o.a. de ontwikkelingen binnen de sector en de prestaties van de verschillende aanbieders wordt weergegeven.

Als we kijken naar de 15-minutennorm, blijkt dat in de meerderheid van de regio's deze norm niet gehaald wordt: slechts 7 regio's haalden in 2012 de norm. Gemiddeld is 92,9% van de A1-ritten in Nederland binnen 15 minuten ter plaatse, met een grote spreiding tussen de regio's (met een minimum van 87,6% en een maximum van 96,9%). De score op deze norm zal de komende jaren verbeterd moeten worden. Een aantal factoren zal daartoe bijdragen. Zo is sinds 2013 de eis om aan de 15-

---

<sup>5</sup> Centraal Begeleidingsorgaan.

minutennorm te voldoen in de wetgeving opgenomen. Daarnaast is in 2013 is het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid geüpdatet en worden op basis van dit kader met ingang van 2014 extra middelen toegekend aan de sector. Kortom, de toegankelijkheid heeft een meer prominente plaats gekregen in de regelgeving en de NZa verwacht dat de komende jaren een verbetering van de toegankelijkheid zichtbaar zal worden. De NZa vindt het belangrijk dat de verzekeraars ook hierin hun rol oppakken en afspraken maken over de prestaties op de kwaliteitsnormen.

**Kenmerk**  
99432-71408

**Pagina**  
4 van 5

### **Betaalbaarheid**

In de periode 2006 – 2012 zijn de uitgaven aan ambulancezorg met gemiddeld 3% per jaar gestegen (gecorrigeerd voor inflatie). Hierbij is duidelijk het effect van de gedeeltelijke budgetbevoering uit het Convenant<sup>6</sup> van 2010 te zien. Tot 2011 steeg het macrobudget gemiddeld met ruim €25 miljoen per jaar; in de periode 2011 – 2013 is dit gemiddeld ruim €10 miljoen per jaar<sup>7</sup>.

De grootste kostenpost binnen de ambulancezorg betreffen de loonkosten<sup>8</sup>. Om de doelmatigheid van de ambulancezorg in kaart te brengen, heeft de NZa in de marktscan daarom gekeken naar het aantal beschikbare uren van het personeel (primaire proces). Het blijkt dat het aantal beschikbare uren verpleegkundige minder snel stijgt dan het aantal fte, waaruit volgt dat het aantal effectieve uren per fte binnen het primaire proces afneemt. De stijging van het ritvolume wordt binnen dit aantal fte opgevangen, wat een indicatie kan zijn van een doelmatiger bedrijfsvoering.

De NZa heeft binnen de marktscan geen verklaring kunnen vinden voor deze daling van effectieve uren. Een aantal verklaringen heeft de NZa kunnen uitsluiten: de toename van het aandeel parttime personeel en de toename van het ziekteverzuim vormen geen verklaring voor de daling in het aantal effectieve uren.

In de marktscan gebruikt de NZa een aantal methoden om de doelmatigheid in kaart te brengen. De resultaten van de verschillende methoden wisselen sterk. De NZa is van mening dat op basis van de huidige marktscan nog geen uitspraak kan worden gedaan over de doelmatigheid van RAV's. De NZa vindt het belangrijk dit de komende jaren verder uit te werken, waarbij ook de kwaliteit een rol krijgt in het bepalen van de doelmatigheid.

### **Conclusie**

Binnen de ambulancezorg is de mogelijkheid van het meten en beoordelen van kwaliteit nog beperkt: momenteel is alleen de 15-minutennorm beschikbaar als indicator voor kwaliteit. De NZa vindt het van belang dat de sector verder werkt aan het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren, waarmee de kwaliteit van de ambulancezorg beter in beeld kan worden gebracht, en die gebruikt kunnen worden bij de zorginkoop.

<sup>6</sup> Convenant met betrekking tot de implementatie van de Wet Ambulancezorg (Waz), 11 maart 2010.

<sup>7</sup> Onderdeel hiervan is echter ook de schoning van het budget van de kosten FLO-overgangsregeling.

<sup>8</sup> 74% in 2011 (bron: bekostigingsonderzoek 2012 NZa).

De toegankelijkheid van ambulancezorg voldoet landelijk gezien niet aan de norm. De NZa verwacht dat de toegankelijkheid de komende jaren zal verbeteren. Redenen hiervoor zijn de verankering van de 15-minutennorm in de wetgeving, de nieuwe bekostigingsstructuur die gebaseerd is op beschikbaarheid in plaats van productie, en de extra middelen die beschikbaar worden gesteld op basis van het geactualiseerde Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid. De NZa ziet een rol voor de verzekeraars weggelegd om de prestatie op de norm te monitoren en hierop te sturen.

**Kenmerk**  
99432-71408

**Pagina**  
5 van 5

Om een uitspraak te kunnen doen over de doelmatigheid van ambulancezorgaanbieders en mogelijke efficiencywinsten die behaald kunnen worden, dienen de gebruikte methoden verder te worden uitgewerkt. Daarnaast dient de kwaliteit een plaats te krijgen in de benchmark. Het opzetten van de benchmark gebeurt in gezamenlijkheid tussen de sector, VWS en NZa. Met deze partijen wordt gekeken hoe dit de komende jaren vormgegeven kan worden.

Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit

mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter Raad van Bestuur

**Marktscan**

# **Ambulancezorg**

Weergave van de markt 2010-2013

# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Aanleiding	11
1.2 Totstandkoming marktscan	11
1.3 Bronnen	12
1.4 Leeswijzer	12
<b>2. Omschrijving van de markt</b>	<b>13</b>
2.1 Wat is ambulancezorg?	13
2.2 Spelers in de markt van ambulancezorg	15
2.2.1 Regionale ambulancevoorzieningen (RAV's)	15
2.2.2 Verzekeraars	15
2.2.3 Cliënten	15
2.2.4 Ministerie van VWS	16
2.2.5 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	16
2.2.6 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)	16
2.2.7 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	16
2.3 Proces van ambulancezorg	17
2.4 Bekostiging van de ambulancezorg	18
2.5 Financiering	20
2.6 Wetgeving ambulancezorg	21
2.7 Ontwikkelingen in de markt ambulancezorg	22
2.7.1 Schaalvergroting	22
2.7.2 Samenwerking in de keten van acute zorg	23
2.7.3 Innovatie	23
<b>3. Marktstructuur</b>	<b>25</b>
3.1 Uitvoerders van ambulancezorg	25
3.1.1 Wagenpark	27
3.1.2 Rapid responders	28
3.1.3 Mobiel Medisch Team	28
3.1.4 Aantal zorgverleners	29
3.2 Spreiding van standplaatsen	30
3.3 Meldkamer Ambulancezorg	30
3.4 Toetreding en uittreding	31
3.5 Financiële positie van RAV's	32
3.5.1 Solvabiliteit	32
3.5.2 Liquiditeit	32
3.5.3 Rentabiliteit	33
<b>4. Marktgedrag</b>	<b>35</b>
4.1 Zorginkoopmarkt	35
4.2 Proces van contractering	37
4.3 Contractdifferentiatie	38
4.4 Samenwerking in de keten van acute zorg	40
4.5 Signalen ambulancezorg bij de NZa	41
<b>5. Kwaliteit</b>	<b>43</b>
5.1 Kwaliteit van ambulancezorg	43
5.1.1 Rol Inspectie voor de Gezondheidszorg	43
5.1.2 Certificering en protocollen	44
5.1.3 Ontwikkeling en uitkomsten van kwaliteitsindicatoren in de ambulancezorg	46
5.1.4 Aandachtspunten bij de kwaliteit van zorg	47

5.2	Transparantie van zorg	48
5.2.1	Informatie voor zorgverzekeraars	48
<b>6.</b>	<b>Toegankelijkheid</b>	<b>49</b>
6.1	Fysieke toegang tot de ambulancezorg	49
6.1.1	Gemiddelde responstijd per RAV	49
6.1.2	Landelijk gemiddelde responstijd naar stedelijkheid	51
6.1.3	Tijdsduur aanneme en uitgifte, uitruktijden, aanrijtijden	53
6.1.4	Toegankelijkheid op de Waddeneilanden	54
6.2	Waarborgen toegankelijkheid	55
6.3	Fysieke toegankelijkheid vanuit patiënten	56
6.4	Financiële toegang tot de ambulancezorg	57
<b>7.</b>	<b>Betaalbaarheid</b>	<b>59</b>
7.1	Budgetontwikkeling 2004-2013	59
7.2	Uitgavenontwikkeling en prestaties	61
7.2.1	Uitgavenontwikkeling ten opzichte van beschikbare uren	61
7.2.2	Beschikbare uren afgezet tegen het Referentiekader S&B	63
7.2.2.1	Aantal uren beschikbaarheid	63
7.2.2.2	Beschikbare uren ten opzichte van Referentiekader S&B	64
7.3	Benchmark doelmatigheid RAV's in 2012	66
7.3.1	Doelmatigheid via de referentiekostenbenadering	67
7.3.1.1	Methodiek referentiekostenbenadering	67
7.3.1.2	Uitkomsten referentiekostenbenadering	69
7.3.2	Doelmatigheid via de methode DEA	70
7.3.3	Samenvatting en conclusies	72
7.3.4	Rol van kwaliteit in de benchmark	73
<b>8.</b>	<b>Bijlage: gebruikte bronnen methoden</b>	<b>75</b>
8.1	Gebruikte bronnen in de marktscan	75
8.2	Bewerking data voor benchmark	75
8.2.1	Input: Werkelijke kosten 2012	76
8.2.2	Outputs	77
8.2.3	Specifieke bewerking data per methode	79



## Vooraf

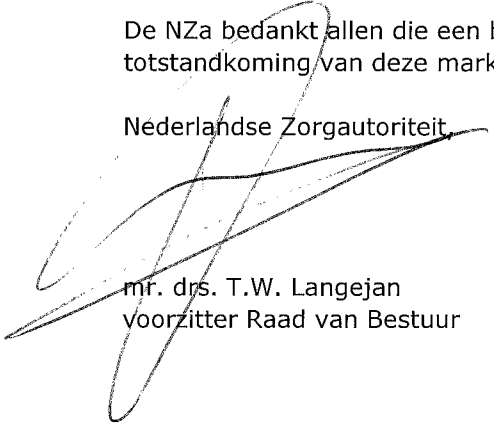
Voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn marktscans een middel om zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Door de stand van zaken op een bepaalde markt in beeld te brengen, kan de NZa op een gestructureerde manier invulling geven aan het markttoezicht en haar reguleringstaken. In deze marktscan geeft de NZa de stand van zaken weer over de markt voor de ambulancezorg.

Het is de eerste keer dat de marktscan ambulancezorg door de NZa wordt gepubliceerd. Voor deze marktscan heeft de NZa via een uitvraag gegevens verzameld bij regionale ambulancevoorzieningen en zorgverzekeraars. Op basis van deze uitvraag zijn analyses verricht. Deze analyses hebben betrekking op de marktstructuur en marktgedrag en het effect daarvan op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Een marktscan bevat geen interpretaties van de uitkomsten. Daarvoor is de beleidsbrief bij de marktscan ambulancezorg opgesteld. In deze brief geeft de NZa een interpretatie van de belangrijkste uitkomsten van deze marktscan en de acties die hieruit voortvloeien. De beleidsbrief is als bijlage bij dit document gevoegd.

De NZa bedankt allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze marktscan.

Nederlandse Zorgautoriteit



mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter Raad van Bestuur



## Managementsamenvatting

Dit is de eerste keer dat de NZa de marktscan ambulancezorg uitbrengt. Deze marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de markt van ambulancezorg. Hierbij kijken we naar de marktstructuur, het marktgedrag en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van ambulancezorg.

### *Regionale Ambulancevoorzieningen*

Ambulancezorg wordt uitgevoerd door Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). Deze RAV's zijn verantwoordelijk voor het verlenen of het doen verlenen van ambulancezorg en het in stand houden van de meldkamer in de desbetreffende veiligheidsregio. Met de invoering van Tijdelijke Wet Ambulancezorg (Twaz) per 1 januari 2013 wijst de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) per veiligheidsregio één rechtspersoon – de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) – aan. In totaal kent Nederland 25 veiligheidsregio's. In de praktijk zijn er 24 RAV's, omdat de regio's Zaanstreek/Waterland en Amsterdam/Amstelland één organisatie vormen.

### *Ambulanceritten*

De meldkamer is de spil in de ambulancezorg: zonder opdracht van de meldkamer vindt geen inzet van de ambulance plaats. Cliënten/omstanders van cliënten bereiken de meldkamer ambulancezorg via het nummer 1-1-2. Andere hulpverleners, zoals de huisarts, kunnen een directe lijn gebruiken. De centralist van de meldkamer beoordeelt de mate van urgentie: A1-inzet, A2-inzet, B-inzet of geen inzet:

- A1-inzet geldt in acute, levensbedreigende situaties. De ambulance moet binnen 15 minuten na de melding bij de meldkamer ambulancezorg bij de cliënt arriveren. Deze norm is wettelijk verankerd in de Twaz, en wordt gebruikt als planningsnorm voor de spreiding van ambulances in de veiligheidsregio.
- A2-inzetten zijn inzetten waarbij geen sprake is van direct levensgevaar voor de patiënt, maar waarbij snelle hulp wenselijk is. De ambulancesector streeft ernaar binnen 30 minuten na de melding bij de meldkamer ambulancezorg bij de cliënt arriveren. Deze norm is niet wettelijk verankerd, maar is een streefnorm van de sector.
- B-inzet geldt wanneer sprake is van min of meer planbare ambulancezorg bij vervoer van cliënten. Dit wordt ook wel besteld vervoer genoemd.
- De centralist kan bepalen dat geen ambulance inzet nodig is.

In 2012 werden in totaal 1.100.419 ritten uitgevoerd (500.835 A1-inzetten, 273.692 A2-inzetten en 323.892 B-inzetten). Alleen inzetten waarbij een patiënt vervoerd wordt, kunnen worden gedeclareerd door een RAV bij een zorgverzekeraar. Het aantal declarabele ritten bedroeg in 2012 829.271.

### *Zorginkoop*

Ambulancezorg is onderdeel van het verplicht verzekerde basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zorgverzekeraars moeten namens hun verzekerden ambulancezorg inkopen. De zorginkoop is in deze niet concurrentiële markt via een representatiemodel vormgegeven: de twee representerende zorgverzekeraars per veiligheidsregio sluiten contracten met de RAV, de overige zorgverzekeraars volgen dit beleid. Verzekeraars zijn gebonden aan het sluiten van een contract met de RAV. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de Standaard Wmg-betalovereenkomst, als

opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het bekostigingssysteem dat geldt tot en met 2013<sup>1</sup> van ambulancezorg (ambulancediensten en de meldkamer ambulancezorg) is door de NZa gereguleerd, waarbij een groot deel van de bekostiging vast staat. De zorgverzekeraar maakt over de bekostiging geen aparte afspraken met de RAV. Wel worden aanvullende afspraken gemaakt over de toekenning van de middelen voor spreiding en beschikbaarheid en de vrije marge. Over de inzet worden in samenspraak met de RAV prestatieafspraken gemaakt.

De RAV en zorgverzekeraar maken geen afspraken over de zorgaanbieders waarmee de RAV samenwerkt. Wel is samenwerking in de keten, vanuit kwaliteitsoogpunt, een belangrijk gespreksonderwerp tussen RAV's en de zorgverzekeraars. De RAV is bepalend in de keuze voor samenwerkingspartners, mits dit binnen de kwaliteitseisen van de verzekeraar past. De RAV maakt samenwerkingsafspraken met:

- Ziekenhuizen en SEH's
- Ketenpartners, zoals huisartsen, verloskundigen (kraamzorg) en psychiatrie.
- Andere RAV's.

#### *Kwaliteit*

Naast het feit dat zorgverzekeraars mogelijk eisen kunnen stellen aan de kwaliteit van ambulancezorg, is ook de Kwaliteitswet Zorginstellingen van toepassing op RAV's. De ambulancesector geeft hier branchebreed invulling aan via de Nota Verantwoorde Zorg. Ook heeft de sector verscheidene protocollen, richtlijnen en kaders opgesteld om invulling te geven aan het begrip verantwoorde ambulancezorg. Met uitzondering van de CQ-index, bestaan er (nog) geen kwaliteitsindicatoren in de ambulancesector. Deze zijn in ontwikkeling.

Een belemmerende factor bij het verbeteren van de kwaliteit is dat ziekenhuizen RAV's niet mogen informeren over de gezondheidsuitkomst van een patiënt. Hierdoor is het voor een RAV niet mogelijk om op basis van gezondheidswinst het handelen van de ambulancedienst te evalueren.

#### *Responstijd*

De responstijd is een indicator voor de snelheid waarmee de ambulance-eenheid bij de cliënt is. In het geval van A1-inzetten is de gewogen landelijk gemiddelde responstijd in 2012 9:40 minuten. In 2012 werd in zeven RAV's de norm – in 95% van de inzetten arriveert de ambulance onder normale omstandigheden binnen 15 minuten bij de cliënt – gehaald. Bij A2-inzetten was in 19 RAV's de ambulance in 95% van de inzetten binnen 30 minuten ter plaatse. De gewogen landelijk gemiddelde responstijd voor A2-inzetten bedroeg in 2012 15:15 minuten. Er bestaat landelijk gezien een grote spreiding in responstijd. Het blijkt dat de aard van het gebied (mate van stedelijkheid) van invloed is op de responstijden.

#### *Bekostiging*

De tarieven voor spoedvervoer (A1- of A2-inzet) en een melding zijn geen vaste, maar sluittarieven. De sluittarieven dienen om de opbrengsten bij het budget te laten aansluiten. Het systeem van sluittarieven maakt dat de tarieven voor het spoedvervoer en de melding sterk kunnen wisselen tussen verschillende regio's en door de tijd. Voor een spoedeisende rit is voor de patiënt het eigen risico van toepassing. Het is mogelijk dat het eigen risico door de ene patiënt volledig wordt

---

<sup>1</sup> Het bekostigingssysteem voor ambulancezorg wijzigt per 1 januari 2014

verbruikt en door een ander niet, ondanks dat dezelfde zorg is geleverd. Dit is niet meer het geval wanneer per 1 januari 2014 het nieuwe bekostigingssysteem wordt ingevoerd.

Tot 2013 stelde de NZa budgetten vast voor ambulancediensten en meldkamers. Deze budgetten werden grotendeels normatief vastgesteld. Voor de periode 2011 tot en met 2013 zijn de budgetten bevroren. Vanaf 2014 gaat het nieuwe bekostigingssysteem in de ambulancezorg van start.

Door de bevroering van de budgetten in de periode 2011 tot en met 2013 zijn de uitgaven aan ambulancezorg vrijwel constant. In de periode daarvoor, vanaf 2004, is het budget ambulancezorg en budget meldkamer fors toegenomen. Het grootste deel van de kosten zijn personeelskosten en kapitaallasten. De omvang van de budgetten per RAV verschillen. In deze marktscan is een eerste analyse gedaan naar de relatieve kostendoelmatigheid van de RAV's. Het niveau van vergelijking is die van de bedrijfsvoering (rechtspersoon). Op deze wijze zijn 22 RAV's vergeleken op kostendoelmatigheid. Hiervoor zijn vier verschillende methoden gebruikt, om een genuanceerd beeld te geven van de kostendoelmatigheid. Het blijkt dat de verschillen in kostendoelmatigheid tussen RAV's bij drie van de vier gebruikte methoden relatief beperkt zijn.



# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans.

Deze marktscan is de eerste voor de markt van ambulancezorg. Aanleiding hiervoor zijn verschillende ontwikkelingen in deze markt. Zo is per januari de Tijdelijke Wet Ambulancezorg ingevoerd en zal per 1 januari 2014 een nieuw bekostigingssysteem voor ambulancezorg worden ingevoerd. Deze marktscan kijkt terug op de afgelopen jaren en geeft een weergave van de huidige stand van zaken op de markt van ambulancezorg.

## 1.2 Totstandkoming marktscan

Om te komen tot een marktscan ambulancezorg, maakt de NZa bepaalde keuzen: op welke wijze wordt het product ambulancezorg afgebakend, naar welke geografische gebieden wordt gekeken en welke informatie is nodig over de markt voor ambulancezorg. Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa vervolgens een globaal beeld van de markt. Deze indicatoren hebben betrekking op de marktstructuur, het marktgedrag, de marktuitskomsten (publieke belangen) en de mate van transparantie.

Vervolgens wordt in kaart gebracht op welke wijze de benodigde informatie voor de marktscan wordt verzameld. Wanneer de benodigde informatie is verzameld, is het mogelijk om een beeld van een markt te schetsen.

De gemaakte keuzen betreffen een momentopname, wat betekent dat met een zekere regelmaat een nieuw beeld moet worden gecreëerd.

### *Focus*

Een marktscan levert, zoals hiervoor aangegeven, een globaal beeld op van de situatie in een markt op dat moment. Dit betekent dat indien een markt niet naar wens werkt, nader onderzoek zal moeten worden verricht om te bepalen welke maatregelen nodig zijn.

De focus van deze marktscan ligt op de ambulancezorg. De periode waar deze marktscan betrekking op heeft, betreft de periode tot en met 2013 voor zover hiervoor de informatie beschikbaar is. We kijken in deze marktscan dus niet vooruit. Dit geldt in het bijzonder voor bekostiging van ambulancezorg. Per 1 januari 2014 geldt een nieuw bekostigingssysteem. In deze marktscan gaan we hier niet op in.

Deze marktscan beperkt zich tot het weergeven van feiten. In de begeleidende beleidsbrief bij de marktscan geeft de NZa aan wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa.

### **1.3 Bronnen**

Voor marktscan ambulancezorg gebruikt de NZa meerdere bronnen. Een overzicht van de (kwantitatieve) bronnen is opgenomen in de bijlage. Naast desk research heeft de NZa tevens twee kwalitatieve uitvragen gedaan voor de marktscan. Daarnaast heeft een gesprek plaatsgevonden met de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

#### *Enquêtegegevens van zorgverzekeraars*

Voor de marktscan is informatie nodig over het zorginkoopproces van zorgverzekeraars met betrekking tot de ambulancezorg. De NZa heeft via een enquête bij de eerste representanten voor de inkoop van ambulancezorg hierover informatie opgevraagd

#### *Enquêtegegevens van regionale ambulancevoorzieningen*

Voor de marktscan ambulancezorg is informatie opgevraagd bij de regionale ambulancevoorzieningen. De uitvraag heeft onder andere betrekking op de contractering van ambulancezorg.

### **1.4 Leeswijzer**

Om een globaal beeld van de markt te kunnen geven, beschrijft hoofdstuk twee de markt van ambulancezorg in het algemeen. Daarna wordt in hoofdstuk drie en vier ingegaan op de marktstructuur en het marktgedrag van relevante marktpartijen. Vervolgens wordt in de daarop volgende drie hoofdstukken (hoofdstukken 5 tot en met 7) ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot de publieke belangen kwaliteit en transparantie, toegankelijkheid en betaalbaarheid van ambulancezorg. Het hoofdstuk betaalbaarheid bevat een kostendoelmatigheidstoets van RAV's.



## 2. Omschrijving van de markt

Dit hoofdstuk beschrijft op hoofdlijnen de markt voor ambulancezorg. Hierbij wordt onder andere ingegaan op het product ambulancezorg, de spelers in de markt voor ambulancezorg en de ontwikkelingen die zich voor doen in deze markt.

### 2.1 Wat is ambulancezorg?

*'Ambulancezorg is de mobiele zorg die beroepsmatig wordt verleend om een patiënt binnen het kader van zijn aandoening of letsel zorg te verlenen en waar nodig adequaat te vervoeren met inachtneming van datgene wat op de grond van algemeen beschikbare medische en verpleegkundige kennis vereist is, dan wel de patiënt te verwijzen naar een andere zorgverlener. Hoofddoel van ambulancezorg is het voorkomen of beperken van gezondheidsschade op basis van zorgbehoefte van de patiënt'.<sup>2</sup>*

Ambulancezorg wordt in de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (Twaz) gedefinieerd als 'zorg, erop gericht een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel 1) hulp te verlenen en per ambulance te vervoeren, of 2) hulp te verlenen via een ambulanceverpleegkundige met een speciaal daartoe uitgerust en zodanig herkenbaar motorvoertuig'. Artikel 1 lid 1 van de Twaz omschrijft ziekenvervoer als vervoer 'met een ambulance' in de zin van 'een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter'.

Het verlenen van ambulancezorg is verboden zonder opdracht van een meldkamer (artikel 4 lid 4, Twaz). De ambulancezorg wordt ter plaatse bij de patiënt verleend en vindt uitsluitend in opdracht van de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) plaats.

Ambulancezorg is dus mobiele zorg en gaat naar de patiënt toe. Binnen de Nederlandse ambulancezorg wordt een onderscheid gemaakt tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg (besteld vervoer). Dit onderscheid heeft te maken met de mate van urgentie waarmee een ambulance naar een patiënt wordt gestuurd. Bij spoedeisende ambulancezorg dient de ambulance zo spoedig mogelijk bij de patiënt te kunnen zijn. De aard en inhoud van de ambulancezorg verschilt per patiënt in de mate van spoed dan wel planbaarheid en in de mate van complexiteit.<sup>3</sup>

#### *Spoedeisende ambulancezorg*

Spoedeisende ambulancezorg begint bij een melding van een acute aandoening of letsel aan een Meldkamer Ambulancezorg (MKA) en eindigt na hulpverlening aan de patiënt en het eventueel vervoer naar het ziekenhuis. Een spoedeisende inzet leidt direct tot een ritopdracht. De centralist van de meldkamer ambulancezorg beoordeelt de spoedeisende melding als een A1-rit of een A2-rit. De A1-urgentie geldt in acute, levensbedreigende situaties. Het streven is dat de ambulance onder normale omstandigheden binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de meldkamer bij de patiënt arriveert<sup>4</sup> Bij een A2-urgentie

<sup>2</sup> Uniform Begrippenkader Ambulancezorg, versie 3.0 (februari 2013)

<sup>3</sup> Ambulances in-zicht 2011, pagina 24

<sup>4</sup> Zie ministeriële regeling bij de Tijdelijke Wet Ambulancezorg.

moet de ambulance zo spoedig mogelijk, maar binnen 30 minuten bij de patiënt arriveren<sup>5</sup>.

Ter plaatse bepaalt het ambulanceteam of volstaan kan worden met het verlenen van zorg of dat de patiënt ook vervoerd dient te worden. Indien nodig gaat deze hulpverlening gepaard met vervoer van de patiënt en overdracht aan een andere zorgverlener, meestal een ziekenhuis. Daarmee is de ambulancezorg een belangrijke schakel in de keten van spoedeisende medische hulpverlening (acute zorg).

#### *Planbare ambulancezorg*

Er is sprake van, min of meer, planbare ambulancezorg bij zorg en vervoer van patiënten tussen het woon- of verblijfadres en/of zorginstellingen voor diagnostiek, therapie, opname of ontslag. Planbare zorg, ook wel besteld vervoer genoemd, krijgt een B-urgentie. Deze zorg en dit vervoer vindt plaats op afspraak over bestemming en tijdstip. Bij planbare ambulancezorg wordt altijd een patiënt vervoerd, bij spoedeisende ambulancezorg is dit niet altijd noodzakelijkerwijs het geval. In beide gevallen wordt de patiënt liggend vervoerd en heeft deze onderweg zorg nodig. Mobile Intensive Care Unit (MICU)-ritten en Intensive Care-transport, beide voertuigen waarin hoog-complexe zorg geleverd kan worden - zijn voorbeelden van complexe planbare zorg.

Tabellen 2.1 en 2.2 geven een overzicht van het aantal ambulanceritten op jaarbasis. Tabel 2.1 toont een onderverdeling van het aantal ritten naar urgentie; Tabel 2.2 toont een onderverdeling van het aantal ritten naar declarabele inzetten, eerste hulp geen vervoer (EHGV-inzetten) en loze inzetten (waarbij bijvoorbeeld geen patiënt wordt vervoerd). Zoals blijkt uit tabel neemt het aantal spoedinzetten (A1- en A2-urgentie) over de periode 2009-2012 toe. Het aantal A1-, A2, en B-inzetten is gelijk aan het aantal declarabele ritten, EHGV-inzetten en loze inzetten. Hierdoor is het totaal aantal inzetten per jaar in de tabellen 2.1 en 2.2 aan elkaar gelijk.

**Tabel 2.1 Volume spoedeisende en planbare inzetten**

Urgentie	2009	2010	2011	2012
A1-inzetten	454.309	463.913	478.331	500.835
A2-inzetten	239.572	247.008	263.257	273.692
B-inzetten	348.085	350.347	342.838	323.892
<b>Totaal</b>	<b>1.041.966</b>	<b>1.061.268</b>	<b>1.084.426</b>	<b>1.100.419</b>

Bron: Ambulances in-zicht, 2012

**Tabel 2.2 Volume declarabele en overige inzetten**

Inzet	2009	2010	2011	2012
Declarabele inzetten	810.015	823.333	826.333	829.271
EHGV-inzetten	183.571	193.178	209.782	219.464
Loze inzetten	48.380	44.757	48.451	51.684
<b>Alle inzetten</b>	<b>1.041.966</b>	<b>1.061.268</b>	<b>1.084.426</b>	<b>1.100.419</b>

Bron: Ambulances in-zicht, 2012

<sup>5</sup> Deze norm is niet wettelijk verankerd.

## 2.2 Spelers in de markt van ambulancezorg

Op de markt van ambulancezorg zijn meerdere spelers actief:

1. Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's)
2. Verzekeraars
3. Cliënten
4. Ministerie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS)
5. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
6. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
7. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Hieronder geven we een korte toelichting op de rol van elke speler in de markt van ambulancezorg.

### 2.2.1 Regionale ambulancevoorzieningen (RAV's)

De RAV is verantwoordelijk voor het verlenen of het doen verlenen van ambulancezorg en het in stand houden van de meldkamer. De meldkamer is daarmee integraal onderdeel van de RAV. Nederland is vanuit de Wet Veiligheidsregio's verdeeld in 25 veiligheidsregio's. Elke regio kent een RAV. Er zijn daarmee 25 RAV's. In de praktijk wordt uitgegaan van 24 RAV's, omdat de regio's Zaanstreek/Waterland en Amsterdam/Amstelland één organisatie vormen.

#### *Meldkamer Ambulancezorg (MKA)*

Elke RAV moet zorgdragen voor het in stand houden van de meldkamer ambulancezorg. In de praktijk worden in een aantal regio's echter meerdere regio's door één meldkamer bediend. De meldkamer ambulancezorg werkt nauw samen met de meldkamer voor de brandweer en politie. Een aantal meldkamers ambulancezorg is samengevoegd met de meldkamer voor brandweer en/of politie.

#### *Ambulancediensten*

Voor de uitvoering van ambulancezorg kan een RAV werken met onderaannemers: ambulancediensten. De RAV blijft verantwoordelijk voor het uitvoeren van de zorgverlening en eventueel het transport van de patiënt. Hoe een RAV is vormgegeven verschilt per regio: er zijn stichtingen, verenigingen, coöperaties en Besloten Vennootschappen (BV).

### 2.2.2 Verzekeraars

De verzekeraar moet voor zijn verzekerden ambulancezorg inkopen. Ambulancezorg maakt immers onderdeel uit van het verplicht verzekerde basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor de zorginkoop van ambulancezorg werken zorgverzekeraars met een representatiemodel. De zorgverzekeraars sluiten via het representatiemodel met alle RAV's een contract.

### 2.2.3 Cliënten

Iedereen die in Nederland verblijft (ongeacht inwoner) kan een beroep doen op ambulancezorg. In grensgebieden (België en Duitsland) wordt ambulancezorg ook in de grensgebieden buiten Nederland verzorgd.

Daarnaast moet iedere zorginstelling – ook de RAV – een cliëntenraad hebben. Dat is geregeld in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz). Deze wet verplicht de zorgaanbieder om een cliëntenraad in te stellen. De cliëntenraad behartigt de algemene belangen van de patiënten die ambulancezorg krijgen van de RAV.

#### **2.2.4 Ministerie van VWS**

De Minister van VWS wijst per veiligheidsregio één rechtspersoon aan: de Regionale Ambulancevoorziening (RAV). De RAV's zijn verantwoordelijk voor het (doen) verlenen van ambulancezorg en het in stand houden van de meldkamer. Deze RAV's hebben hiervoor een aanwijzing ontvangen van de Minister. In totaal geeft de Minister 25 aanwijzingen voor een periode van 5 jaar, één per veiligheidsregio. Dit is vastgelegd in de Twaz, welke met ingang van 1 januari 2013 van kracht is.

De Minister van VWS bepaalt de kaders voor de spreiding (standplaatsen) en beschikbaarheid (aantal voertuigen) van ambulancezorg via het 'Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid', opgesteld door het RIVM. Dit kader bevat een modelmatige benadering van de landelijke spreiding en capaciteit van standplaatsen.

#### **2.2.5 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)**

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is belast met het toezicht op de kwaliteit van de ambulancezorg. Zij houdt toezicht op kwaliteit als beschreven in alle kwaliteitswetgeving, inclusief de kwaliteit als vastgelegd in de Twaz, en de Kwaliteitswet Zorginstellingen. De IGZ grijpt in wanneer de zorgaanbieder niet voldoet aan de wettelijke eisen van de wetgeving. Meer over de rol van de IGZ in hoofdstuk 5.

#### **2.2.6 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)**

In opdracht van het ministerie van VWS berekent het RIVM de benodigde capaciteit van ambulancezorg in Nederland met behulp van het referentiekader. Dit Landelijk Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid (S&B) definieert de spreiding van ambulanceplaatsen en de beschikbaarheid van ambulances in Nederland in onderlinge samenhang. Doelstelling van het referentiekader is om ten aanzien van de spreiding bij 97% van de inwoners van Nederland de responstijd niet langer dan 15 minuten te laten zijn. Ten aanzien van de beschikbaarheid is de doelstelling om te voorzien in voldoende capaciteit zodat in 95% van de spoedeisende ritten een ambulance voor inzet beschikbaar is. Het referentiekader is daarmee een modelmatige beschrijving van de benodigde ambulancecapaciteit (spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg) op landelijk en regionaal niveau. Het referentiekader vormt tevens de grondslag voor de regionale verdeling van budgetten vanuit het landelijk macrobudget.

Het Referentiekader S&B wordt door de minister van VWS vastgesteld en is verankerd in de Twaz. De RAV's zijn wettelijk verplicht aan de normen uit het Referentiekader te voldoen. RAV's kunnen in overleg met de zorgverzekeraar van het kader afwijken, als dat effectiever en/of efficiënter is om aan de eisen te voldoen.

#### **2.2.7 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)**

De Nederlandse Zorgautoriteit regelt de bekostiging van de ambulancezorg via NZa-regelgeving. In de beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening<sup>6</sup> wordt het beleid van de NZa vastgelegd met betrekking tot de prestaties en tarieven van de RAV's. Ook wordt aangegeven op welke wijze de budgettering voor de RAV's tot stand

<sup>6</sup> Voor het jaar 2013 geldt de beleidsregel met kenmerk BR/CU-7088 en BR/CU-7067; voor het jaar 2014 geldt de beleidsregel met kenmerk BR/CU-7089.

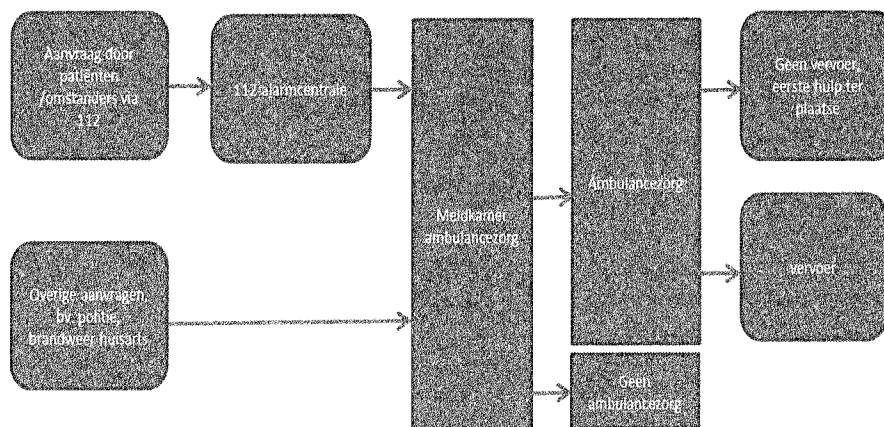
komt. Daarnaast is in de beleidsregel het beleid van de NZa vastgelegd met betrekking tot de verdeling van de middelen voor Spreiding en Beschikbaarheid (S&B).

## 2.3 Proces van ambulancezorg

Het proces van ambulancezorg start wanneer de meldkamer ambulancezorg via een melding en het verzoek krijgt voor het verlenen van ambulancezorg. De meldkamer ambulancezorg is verantwoordelijk voor het proces van indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorgcoördinatie. De centralist van de meldkamer, een verpleegkundige, beoordeelt volgens een gestandaardiseerde werkwijze een melding op de inhoudelijke zorgbehoefte. Indien nodig geeft de centralist een ritopdracht aan een ambulanceteam. Een spoedeisende inzet leidt direct tot een ritopdracht, besteld vervoer kan worden geroosterd in het dienstschema van de RAV. De meldkamer is daardoor de spil in de ambulancezorg: zonder opdracht van de meldkamer vindt geen inzet van de ambulance plaats.

Bijna de helft van alle spoedinzetten wordt uitgegeven na een melding via 112 door de cliënten en omstanders. Ook de huisartsen en de huisartsenposten geven veel aanvragen voor spoedeisende ambulancezorg. Zij hebben een directe lijn met de meldkamer ambulancezorg. Het aandeel aanvragen door patiënt of omstander is bij A1-urgentie bijna twee maal zo hoog als bij een A2-urgentie. Bij A2-urgentie is het aandeel aanvragen door huisarts of HAP ruim twee maal zo hoog als bij A1-urgentie.<sup>7</sup>

**Figuur 2.1 Stroomschema ambulancezorg**



Bron: NZa

Zodra de ambulance-eenheid<sup>8</sup> bij de patiënt is aangekomen, start de medische zorg. De verpleegkundige beoordeelt de patiënt en de situatie volgens een gestandaardiseerde werkwijze. Vervolgens besluit de verpleegkundige of vervoer naar het ziekenhuis al dan niet noodzakelijk is. Het komt voor dat na beoordeling van de patiënt geconstateerd wordt dat vervoer per ambulance niet noodzakelijk is. De patiënt wordt bijvoorbeeld doorverwezen naar de huisarts of krijgt instructies mee over hoe verder te handelen. Als vervoer naar het ziekenhuis nodig is, zorgt de ambulance-eenheid voor een verantwoord vervoer.

<sup>7</sup> Nationaal Kompas, RIVM (2013)

<sup>8</sup> Voor definitie, zie: Uniform Begrippenkader Ambulancezorg, AZN 2013

De ambulance-eenheid zorgt ervoor dat de patiënt naar een passende zorgaanbieder wordt vervoerd. Bij spoedritten is dit meestal de Spoedeisende Hulp (SEH) van een ziekenhuis. De ambulanceverpleegkundige noteert op het ritformulier alle gegevens van de patiënt, zoals naam, adres, zorgverzekeraar, beschrijving van de klachten en beschrijving van de verrichte medische handelingen. De verpleegkundige zorgt voor de overdracht van de patiënt aan het ziekenhuis, en geeft een kopie van het ritformulier aan het ziekenhuis.

#### *Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR)*

Er bestaat een nauwe samenwerking van de RAV met de politie en brandweer om de openbare orde en veiligheid te borgen. Indien zich een grootschalig ongeval of ramp zich voordoet, wordt de coördinatie van de verschillende disciplines overgenomen door de lokale overheid, via de GHOR. Onder deze werkzaamheden valt ook de aanwezigheid van ambulances bij grootschalige evenementen. Bij deze evenementen is een aantal ambulances stand-by aanwezig, indien dit vooraf is overeengekomen. Op landelijk niveau wordt de verantwoordelijkheid voor de GHOR gedeeld door twee ministeries: Veiligheid en Justitie en VWS.

- Ministerie van Veiligheid en Justitie (V&J)  
Het ministerie van V&J is verantwoordelijk voor de financiering van de rampenbestrijding in het algemeen. Vanuit dat kader is het ministerie van V&J verantwoordelijk voor de organisatie en de financiering van de GHOR. In opdracht van dit ministerie controleert de Inspectie voor de Openbare Orde en Veiligheid (IOOV) of de wetten en besluiten goed worden uitgevoerd.
  
- Ministerie van VWS  
Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor het vakinhoudelijke gedeelte van de GHOR: de zorgverlening. Hieronder vallen onder andere de ambulancezorg, ziekenhuiszorg, psychosociale zorg, volksgezondheid etcetera. In opdracht van dit ministerie controleert de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) of de wetten en besluiten goed worden uitgevoerd.

#### *Mobiel Medisch Team (MMT)*

Voor aanvullende medische hulp in bijzondere situaties kunnen zowel de meldkamer ambulance als de ambulancedienst een beroep doen op het MMT. Dit team is gekoppeld aan één van de elf traumacentra in Nederland (zie paragraaf 3.1.3).

## **2.4 Bekostiging van de ambulancezorg**

### *Situatie tot en met 2013*

Tot en met 2013 stelt de NZa jaarlijks individuele budgetten vast voor de ambulancediensten en meldkamers. Beide budgetten kennen een zelfde opbouw van (1) loonkosten, (2) materiële kosten, (3) kapitaallasten en (4) overige kosten. Deze kostencomponenten kennen een aantal specifieke budgetparameters.

De budgetparameters voor de loonkosten en materiële kosten worden normatief vastgesteld. Op basis van inputparameters worden deze normatieve kosten in het budget opgenomen. Voor het budget voor de ambulancediensten zijn de belangrijkste inputparameters: het aantal ongewogen en gewogen ritten (werkelijke ritten<sup>9</sup> respectievelijk ritten

<sup>9</sup> In de jaren 2011 t/m 2013 zijn ritten en kilometers bevroren op het niveau van het jaar 2010.

gecorrigeerd voor bevolkingsdichtheid en inwonersaantallen), het aantal standplaatsen, het aantal ambulances en het aantal verreden kilometers. Voor het budget voor de meldkamers zijn de belangrijkste inputparameters: het aantal meldingen, het type locatie (mono-, bi- of trilocatie)<sup>10</sup> en het aantal centralistenwerkplekken.

De kapitaallasten worden via nacalculatie op basis van de werkelijke kosten vastgesteld. De overige kosten volgen met name uit afspraken tussen verzekeraars en RAV's. Hieronder valt bijvoorbeeld de invulling van de 'vrije marge'. Meer hierover in hoofdstuk 4.

#### *Situatie per 2014*

Per 2014 geldt een nieuw bekostigingssysteem binnen de ambulancezorg. Er blijft sprake van een budget per RAV, maar het budget wordt (in tegenstelling tot het huidige budget) met name gebaseerd op beschikbaarheid van ambulancezorg (bijna 70%) en minder op de geleverde productie: kilometers en ritten (8%). De reden hiervoor is dat het beschikbaar houden van ambulancezorg bepalend is voor de kosten ('een stilstaande ambulance kost bijna even veel als een rijdende ambulance'). Het nieuwe bekostigingssysteem sluit daarom voor een groot deel aan op het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid 2013.

De opbouw van het budget voor de meldkamer blijft onveranderd, maar gaat wel deel uitmaken van het budget van de RAV. Per 2014 is er dus geen sprake meer van een splitsing in een budget voor ambulancezorg en een budget voor de meldkamer. Dit sluit aan bij het feit dat beide onderdelen zijn ondergebracht bij de RAV.

Een ontwikkeling die de toekomstige resultaten van ambulancediensten kan beïnvloeden is een voorgenomen wijziging in de fiscale behandeling van de reserve aanvaardbare kosten post op de balans (RAK positie). Toevoegingen aan de RAK werden in het verleden door de fiscus buiten de heffing van inkomsten- en vennootschapsbelasting gehouden. Het ministerie van Financiën heeft een overgangsregeling voorgesteld waar momenteel nog overleg over is met de sector.

#### *Spreiding en beschikbaarheidsgelden*

Uit het rapport 'Niet zonder zorg' uit 2001 bleek dat een groot aantal spoedritten de veldnorm van 15 minuten overschreed.<sup>11</sup> In het rapport werd ervoor gepleit om de spreiding van ambulancezorg te verbeteren en op een landelijk in plaats van regionaal niveau te bekijken. Als reactie op dit rapport heeft VWS het Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid 2004<sup>12</sup> vastgesteld. Het referentiekader is in 2008 en 2013 ge-updatet. De NZa vertaalt het referentiekader vervolgens naar loonkosten die nodig zijn om volgens aan het referentiekader te voldoen (hoeveel personeel vermenigvuldigt met loonkosten om de capaciteit zoals het referentiekader stelt te bemannen). VWS heeft indertijd € 18 miljoen beschikbaar gesteld om de spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg in Nederland te verbeteren. In 2005 is daar 12 miljoen euro aan toegevoegd en in 2009 nog eens 17 miljoen euro.

De middelen voor spreiding en beschikbaarheid maken deel uit van de loonkosten in het budget en zijn bedoeld voor de extra loonkosten die gemaakt worden om de gewenste verbeteringen in beschikbaarheid door te voeren. Per regio is een vastgesteld bedrag beschikbaar. In overleg

<sup>10</sup> Monolocatie: meldkamer alleen voor ambulancedienst; bilocatie: meldkamer voor ambulancedienst en brandweer of politie; trilocatie: meldkamer voor ambulance, politie en brandweer.

<sup>11</sup> Niet zonder zorg. Van der Veen et al, 2001.

<sup>12</sup> Ministerie van VWS. Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid ambulancezorg. Kamerstuk CZ/EZ 2487006; 4 juni 2004.

met verzekeraars wordt jaarlijks binnen het regionale bedrag het bedrag per aanbieder afgesproken. In 2013 is in totaal € 54,8 miljoen aan middelen voor verbetering van de spreiding en beschikbaarheid beschikbaar (€ 18 miljoen + € 12 miljoen + € 17 miljoen inclusief indexering sinds 2004). Er is in totaal € 50,4 miljoen aangevraagd in 2013 (via de productieafspraken).

#### Vrije marge

In aanvulling op het normbudget kunnen de RAV en de zorgverzekeraar als onderdeel van de aanvaardbare kosten een individuele toeslag op het normbudget overeenkomen in het nacalculatieformulier. De vrije marge is een marge van 2,75% van de loonkosten en materiële kosten uit het normbudget. Deze middelen kunnen bijvoorbeeld worden gebruikt voor investeringen in kwaliteit of innovatie.

## 2.5 Financiering

Tot en met 2013 kunnen ambulancediensten en meldkamers ter vulling van het budget prestaties en tarieven in rekening brengen. De NZa stelt hiervoor jaarlijks de tarieven voor de prestaties I001 – I100 vast (zie tabel 2.3).

**Tabel 2.3 Prestaties ambulancezorg**

NZa code	Prestaties
I 001	Kilometer
I 002	Besteld vervoer (B-rit)
I 003	Stand-by (per uur)
I 005	Grensoverschrijdende spoedinzet van ambulances (bandbreedte tarief)
I 006	MICU vervoer
I 010	Spoedvervoer (A1-/A2-rit)
I 100	Melding

Bron: NZa, Beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening (BR/CU-7067)

De tarieven voor spoedvervoer en een melding zijn geen vaste tarieven, maar sluittarieven, en dienen om de opbrengsten bij het budget te laten aansluiten. Het sluittarief is afhankelijk van de hoogte van het budget en de eventuele verrekeningen (als gevolg van bijvoorbeeld over- of onderproductie) die verwerkt moeten worden. Hiermee wordt op basis van de gerealiseerde productie een correctie doorgevoerd op het tarief. In de praktijk sluiten de ontvangen bedragen namelijk nooit 100% aan op het vastgestelde budget. Het verschil tussen deze twee (positief dan wel negatief) wordt via het sluittarief in het lopende jaar verrekend. Het systeem van sluittarieven maakt dat de tarieven voor het spoedvervoer en de melding sterk kunnen wisselen tussen de aanbieders, en in de tijd.

Per 2014 zal geen sprake meer zijn van een individueel sluittarief voor de spoedrit en een sluittarief voor de melding, maar worden deze twee samengevoegd in een landelijk uniform tarief. Om de opbrengsten bij het budget te laten aansluiten, vindt na afloop van het budgetjaar een opbrengstverrekening plaats.



## 2.6 Wetgeving ambulancezorg

Tot 2013 werd de sector ambulancezorg geregeld op grond van de Wet ambulancevervoer (WAV) uit 1971. Met de WAV waren sturing en financiering gescheiden: de provincie was verantwoordelijk voor de sturing (planning en spreiding van de capaciteit), de zorgverzekeraar was verantwoordelijk voor de financiering.

De WAV kende een vergunningstelsel, waardoor in verschillende regio's verschillende aanbieders (met name veel kleine, veelal particuliere, ambulancediensten) actief waren. In juni 1997 presenteerden de ministers van VWS en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) de nota 'Met zorg verbonden'<sup>13</sup> waarin voor ambulancezorg schaalvergroting als belangrijke pijler werd genoemd.

Om schaalvergroting in de sector ambulancezorg te realiseren is in 2004 door de minister van VWS het wetsvoorstel Wet Ambulancezorg (WAZ) naar de Tweede Kamer gestuurd, welke in 2006 door de Tweede Kamer en in 2008 door de Eerste Kamer is aangenomen. Deze wet was gericht op het bereiken van een situatie waarbij per regio één aanbieder van ambulancediensten verantwoordelijk zou worden voor de ambulancediensten in de regio. De belangrijkste wijzigingen in de WAZ ten opzichte van de WAV waren:

- De planningsrol van de provincies verdween;
- De ambulancezorg werd binnen de RAV georganiseerd;
- Een aanwijzing van de minister van VWS in plaats van vergunningverlening door de provincie;

Echter, in 2011 heeft de minister van VWS uitgesproken de Wet Ambulancezorg niet in werking te laten treden. Belangrijkste reden hiervoor lag in het feit dat met de WAZ ambulancediensten een vergunning voor onbepaalde tijd zouden ontvangen. Volgens Europese regelgeving is dat niet toegestaan.

In de zomer van 2011 is de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (Twaz) naar de Tweede Kamer gestuurd. De Tweede Kamer heeft deze wet in maart 2012 aangenomen; de Eerste Kamer heeft Twaz in april 2012 aangenomen. De Twaz is per 1 januari 2013 van kracht en vervangt daarmee de Wet Ambulancevervoer uit 1971. Deze wettelijke voorziening is getroffen voor een periode van 5 jaar (tot 1 januari 2018). Met de Twaz wordt ambulancezorg aangeduid als Dienst van Algemeen Economisch Belang (DAEB). Dit is een vereiste om de concurrentie uit de markt te halen.

De Twaz regelt dat per veiligheidsregio één rechtspersoon – de RAV – verantwoordelijk is voor het verlenen van of het doen verlenen van ambulancezorg en het in standhouden van de meldkamer ambulancezorg. De Minister van VWS geeft een aanwijzing aan de RAV. Deze aanwijzingen gelden voor een periode van vijf jaar. De Twaz geeft vrijheid aan zorgverzekeraars en RAV's om in gesprek te gaan over het aantal voertuigen in de veiligheidsregio, waarbij ook vervoersdifferentiatie mogelijk is.

---

<sup>13</sup> Ministerie van VWS & Ministerie van BZK. Met zorg verbonden. Naar een nieuwe structuur voor ambulancezorg, traumazorg, en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, 1997.

**Tabel 2.4 Verschillen tussen WAV en Twaz**

	Twaz	WAV
1	Eén RAV per veiligheidsregio, inclusief meldkamer	Meerdere ambulancediensten per regio mogelijk
2	Aanwijzing door minister van VWS	Vergunningverlening door provincie
3	Vervoersdifferentiatie mogelijk	Geen vervoersdifferentiatie
4	Geen beperking in aantal ambulances / andere voertuigen	Provincie bepaalt aantal ambulances

Bron: NZa

### *Convenant*

De Minister van VWS en AZN zijn in 2010 een convenant<sup>14</sup> overeengekomen. Belangrijk punt in het convenant is het verder verbeteren van de kwaliteit en de doelmatigheid van de ambulancezorg. Het convenant gaat over bevestiging productie in bekostiging, het meewerken aan benchmark door de sector en de ontwikkeling van een nieuwe bekostiging voor ambulancezorg. Ook is in het convenant vastgelegd dat AZN een inspanningsverplichting heeft om per veiligheidsregio tot één RAV te komen die vervolgens als rechtspersoon de aanwijzing kan ontvangen.

## **2.7 Ontwikkelingen in de markt ambulancezorg**

In de paragraaf wordt op hoofdlijnen de volgende ontwikkelingen in de markt van ambulancezorg beschreven: (1) schaalvergroting, (2) substitutie in de keten van acute zorg en (3) innovatie.

### **2.7.1 Schaalvergroting**

#### *Ontwikkeling ambulancevervoerders*

Aan het eind van de 20e eeuw was de ambulancezorg versnipperd: er bestonden vooral veel kleine, veelal particuliere, ambulancediensten. In 1996 bestonden 131 ambulancediensten. De provincie was verantwoordelijk voor de spreiding en planning van ambulancecapaciteit. Hierdoor waren er meerdere ambulancediensten per regio mogelijk.

Met de Twaz bepaalt de minister van VWS de kaders voor spreiding en beschikbaarheid. De Twaz bepaalt dat alleen RAV's die een aanwijzing van de minister hebben, ambulancezorg mogen verlenen. Vooruitlopend op de inwerkingtreding van de Twaz zijn in het begin van deze eeuw steeds meer van ambulancediensten zich regionaal gaan organiseren. Deze ontwikkeling richting schaalvergroting is te zien in figuur 3.1 van het volgende hoofdstuk. Het aantal ambulancediensten is fors afgenomen. In 2012 waren nog 33 ambulancediensten actief.

#### *Ontwikkeling meldkamer ambulancezorg*

Op dit moment is conform de Wet Veiligheidsregio's het bestuur van de veiligheidsregio verantwoordelijk voor het instellen en in standhouden van de 112-alarmcentrale. De directeur van de RAV is verantwoordelijk voor het in standhouden van de meldkamer ambulancezorg.

<sup>14</sup> Convenant met betrekking tot de implementatie van de Wet ambulancezorg, AZN en VWS, 2010

Eindverantwoordelijk voor de inrichting van de meldkamers is momenteel de minister van Veiligheid en Justitie (V&J). In 2010 heeft de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (voorloper van het ministerie van V&J) aangekondigd toe te willen naar één landelijke meldkamer. De minister van V&J heeft in het voorjaar van 2012 het besluit genomen tot de Meldkamer van de Toekomst: er komt één Landelijke Meldkamerorganisatie (LMO) met maximaal tien locaties per 2015. Vooruitlopend hierop zijn er al twee bovenregionale meldkamers: de Meldkamer Oost Nederland en de Meldkamer Noord Nederland.

Bij de inrichting van de meldkamers kunnen twee ontwikkelingen worden geconstateerd: concentratie en colocatie. Colocatie is zichtbaar doordat een groot aantal meldkamers ambulancezorg zich heeft gevestigd bij de meldkamers politie en/of brandweer. Daarnaast is reeds een ontwikkeling gaande waarbij meldkamers samengaan in een grotere meldkamer. Het afgelopen decennium is het aantal meldkamers afgenomen van 37 naar 22. Dit is in lijn met de ontwikkeling waartoe de minister van V&J heeft besloten.

### 2.7.2 Samenwerking in de keten van acute zorg

RAV's werken nauw samen met de andere partners in de acute zorgketen, zoals traumacentra, huisartsenposten, SEH's en verloskundigen. Hiervoor is het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) opgezet, waarin afspraken worden gemaakt over regionale samenwerking.

De ontwikkelingen binnen de ziekenhuiszorg – en in het bijzonder de ontwikkelingen rondom de Spoedeisende Hulp afdelingen (SEH's) hebben gevolgen voor de vraag naar ambulancezorg. Een ander kan leiden tot wijzigingen in de capaciteit van ambulancezorg en spreiding van ambulancestandplaatsen/locaties.

### 2.7.3 Innovatie

Mede vanwege de steeds hogere eisen die worden gesteld aan de kwaliteit en doelmatigheid staat innovatie in de ambulancezorg hoog op de agenda. Om de ambulancezorg te verbeteren zijn vele landelijke en lokale initiatieven gestart. Hieronder volgen de belangrijkste landelijke trends.

#### 1. *Optimalisering van zorg- en werkprocessen via ICT-ondersteuning*<sup>15</sup>

De afgelopen jaren zijn met gebruikmaking van technologische oplossingen grote stappen gemaakt in het verbeteren van zorg en werkprocessen in de ambulancesector. Voorbeelden hiervan zijn:

- *Het Acute Zorgnetwerk*  
Dit is het IP-netwerk dat alle RAV's aan elkaar verbindt en de mogelijkheid biedt om onderling informatie uit te wisselen.
- *Landelijke Server Digitale Vooraankondiging (LSDV)*  
De LSDV-voorziening maakt het mogelijk dat de gegevens over patiënten digitaal worden doorgezet tijdens de zorgverlening door ambulancepersoneel. Deze gegevens worden doorgezet naar het ziekenhuis waar de cliënt naar vervoerd wordt. Hierdoor kunnen de ontvangende ziekenhuizen zich beter voorbereiden op de cliënt.
- *KetenZorg Applicatie (KZA)*  
KZA maakt het mogelijk door zorgpartners digitaal vervoer aan te vragen. Dit zorgt voor minder telefonisch contact met de MKA, waardoor deze zich kan richten op spoedeisende zorg. Een bijkomend

<sup>15</sup> AZN, 'Ambulancezorg in Nederland, sterke schakel in de zorgketen'.

voordeel van de KZA is dat cliëntinformatie direct gedigitaliseerd wordt.

- C2000

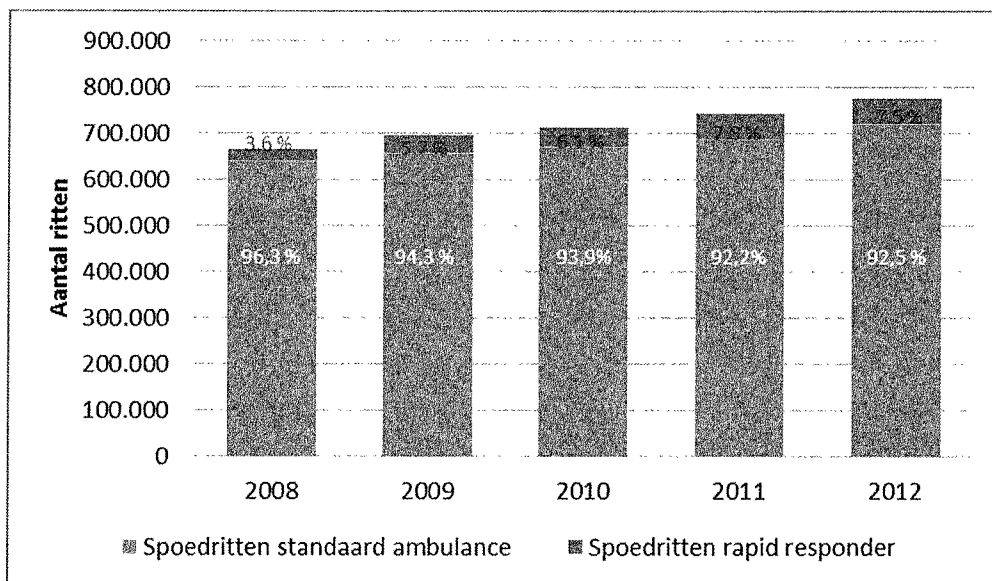
Sinds 2004 is het C2000 communicatienetwerk landelijk uitgerold. Het betreft een netwerk bedoeld voor de communicatie tussen hulp- en veiligheidsdiensten. Volgens AZN werkt dit systeem goed binnen de ambulancezorg.

2. Differentiatie van het wagenpark

De laatste decennia is de focus van de ambulancezorg steeds meer op het verlenen van zorg komen te liggen in plaats van op het vervoeren van de patiënt. Vervoer van de patiënt naar het ziekenhuis is uiteraard een belangrijk doel, maar het is gebleken dat met name de snelheid waarmee hulp verleend wordt en de patiënt gestabiliseerd wordt, bepalend zijn voor de uitkomsten voor de individuele patiënt. Met de Twaz wordt vervoersdifferentiatie mogelijk, waardoor het meest geschikte type voertuig wordt ingezet voor de betreffende zorgvraag.

Het wagenpark van een RAV is de afgelopen jaren steeds gevarieerder geworden. Opvallend is de stijging van het aantal rapid responders (meer over de rapid responder in hoofdstuk 3). Deze groep solo-voertuigen bestaat uit motorambulances, solo-ambulances en fietsen. In onderstaande figuur is te zien dat het aantal inzetten van een rapid responder in absolute zin, maar ook in verhouding tot de acute zorg met patiëntenvervoer is toegenomen. In de jaren 2011 en 2012 blijft de inzet van de rapid responders min of meer gelijk.

**Figuur 2.3 Aandeel rapid responder in totaal aantal spoedritten<sup>16</sup>**



Bron: Ambulances in-zicht 2012

<sup>16</sup> Het totaal aantal spoedritten wordt door het RIVM geregistreerd. Het aantal inzetten van de rapid responder wordt rechtstreeks bij de RAV's opgevraagd. AZN geeft aan dat hierdoor mogelijk een verschil in registratie ontstaat.

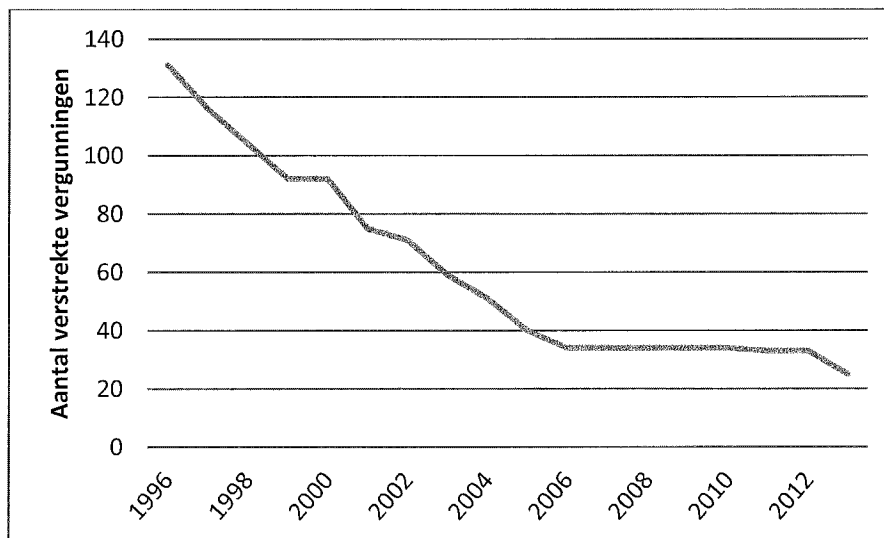
### 3. Marktstructuur

In dit hoofdstuk wordt de structuur van de markt beschreven. Hierbij is aandacht voor de (ontwikkeling van het aantal) aanbieders (zowel vervoerders als meldkamers), de spreiding van standplaatsen, toe- en uittreding en de financiële positie van de aanbieders. In tegenstelling tot andere marktscans, komt de concentratiegraad niet aan bod. Zoals zal blijken uit dit hoofdstuk is de markt gereguleerd en is berekening van de concentratiegraad niet zinvol.

#### 3.1 Uitvoerders van ambulancezorg

In de periode tot 1 januari 2013 waren de vergunningen voor het uitvoeren van ambulancevervoer niet gekoppeld aan veiligheidsregio's. Door de provincies werden meer vergunningen verstrekt aan ambulancediensten dan in het huidige systeem. Vanaf 1 januari 2013 is per veiligheidsregio de aangewezen RAV verantwoordelijk voor de uitvoering van de ambulancezorg. Onderstaande figuur laat sinds 1996 een sterk dalende trend zien in het aantal verstrekte vergunningen voor ambulancevervoer.

**Figuur 3.1 Aantal verstrekte vergunningen aan ambulancediensten (1996-2013)**



Bron: Nationaal Kompas en NZa rekenstaat

Dat er sinds 1 januari 2013 per veiligheidsregio één aanwijzing wordt verleend voor het uitvoeren van ambulancezorg, maakt dat er landelijk 25 aanwijzingen worden gegeven door de minister van VWS. In de praktijk wordt er vaak gesproken over 24 RAV-regio's, omdat de RAV's Zaanstreek Waterland en Amsterdam Amstelland één rechtspersoon zijn en als één geïntegreerde organisatie ambulancezorg leveren.

Er zijn drie rechtspersonen<sup>17</sup> die voor twee veiligheidsregio's zijn aangewezen als RAV. Dit maakt dat er 22 rechtspersonen zijn met een

<sup>17</sup> Het gaat om Ambulance Amsterdam B.V., Connexion Ambulanceservices B.V. en Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord. Zie ook tabel 3.1.

aanwijzing voor het uitvoeren van ambulancezorg voor meer dan één veiligheidsregio. De RAV's voeren de ambulancezorg niet altijd zelf uit en maken in sommige gevallen gebruik van een onderaannemer die het ambulancevervoer daadwerkelijk verricht. In tabel 3.1 zijn per regio en per RAV het aantal ambulancevervoerders opgenomen. In 2013 zijn 33 ambulancevervoerders actief. De RAV en de ambulancevervoerder zijn niet altijd volledig afzonderlijke organisaties. In een aantal gevallen (zie bijvoorbeeld de regio Friesland) hebben de vervoerders gezamenlijk via een coöperatiemodel de RAV gevormd.

**Tabel 3.1 Aantal ambulancevervoerders per RAV-regio**

RAV nr.	Veiligheidsregio	Aantal vervoerders in 2013	Publiek/privaat/B3	Aanwijzing per 1 januari 2013
1	Groningen	1	Privaat	Stichting Regionale ambulancevoorziening Groningen
2	Friesland	2	Privaat	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Fryslân U.A.
3	Drenthe	1	Privaat	Stichting Regionale Ambulancevoorziening UMCG
4	IJsselland	1	Privaat	Regionale Ambulancevoorziening IJsselland
5	Twente	1	B3	Ambulance Oost
6	Noordoost Gelderland	2	Publiek/privaat	Connexion Ambulance Services B.V.
7	Gelderland Midden	1	Publiek	Regionale Ambulancevoorziening Gelderland-Midden
8	Gelderland Zuid	1	Publiek	Regionale Ambulancevoorziening Gelderland-Zuid
9	Utrecht	1	B3	Regionale Ambulancevoorziening Utrecht
10	Nood-Holland Noord	2	Publiek/privaat	Vereniging Ambulancezorg regio Noord-Holland Noord U.A.
11	Zaanstreek-Waterland	0	Privaat	Ambulance Amsterdam B.V.
12	Kennemerland	3	Publiek/privaat	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Kennemerland U.A.
13	Amsterdam	1	Privaat	Ambulancezorg Amsterdam B.V.
14	Gooi- en Vechtstreek	1	Publiek	Regionale Ambulancevoorziening Gooi en Vechtstreek
15	Haaglanden	3	Publiek/privaat	Regionale Ambulancevoorziening Haaglanden
16	Hollands Midden	1	Publiek	Regionale Ambulancevoorziening Hollands-Midden
17	Rotterdam-Rijnmond	2	Publiek/privaat	Regionale Ambulancevoorziening Rijnmond U.A.
18	Zuid-Holland Zuid	1	Publiek	Veiligheidsregio Zuid Holland
19	Zeeland	2	Privaat/B3	Connexion Ambulance Services B.V.
20	Midden- West Brabant	1	Publiek	Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord
21	Brabant-Noord	1	Publiek	Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord
22	Brabant-Zuidoost	1	Publiek	Veiligheidsregio Brabant-Zuidoost
23	Noord- en Midden Limburg	1	Privaat	Regionale Ambulancevoorziening Limburg-Noord
24	Zuid Limburg	1	Publiek	Regionale Ambulancevoorziening Zuid Limburg
25	Flevoland	1	Publiek	Regionale Ambulancevoorziening Flevoland

Bron: NZa rekenstaat

Zoals tabel 3.1 laat zien, zijn er in 2013 in zeven veiligheidsregio's meerdere aanbieders actief. In deze regio's heeft per 1 januari 2013 één rechtspersoon een aanwijzing ontvangen. Binnen deze rechtspersoon worden onderlinge afspraken gemaakt over de verdeling van de middelen over de vervoerders actief binnen de regio.

In bovenstaande tabel is ook te zien, dat er zowel private, als publieke ambulancevervoerders, als B3 vervoerders actief zijn. De publieke vervoerders zijn een overheidsdienst. Zo is de RAV Flevoland onderdeel van de GGD Flevoland. Private vervoerders zijn privaatrechtelijke rechtspersonen, waarvan er drie vormen bekend zijn in de ambulancezorg. Namelijk de besloten vennootschap, de stichting en de coöperatieve vereniging. De B3 organisaties vallen hier tussen in. Dit zijn privaatrechtelijke organisaties waarvan het personeel geheel of ten dele ambtenaar is in de zin van de Wet privatisering ABP.

Ten slotte werken RAV's onderling samen. Een voorbeeld hiervan is de coöperatie Axira. Binnen Axira wordt door zes RAV's samengewerkt op het gebied van inkoop, opleiding en kennisdeling.

### 3.1.1 Wagenpark

Binnen de ambulancezorg wordt gebruik gemaakt van verschillende typen vervoersmiddelen:

- *ALS-ambulance*  
Advanced Life Support ambulance, de meest "uitgebreide" ambulance, ingericht voor A1 en A2-ritten;
- *BLS-ambulance*  
Basic Life Support ambulance, ook wel zorgambulance genoemd. Deze ambulance kan alleen worden ingezet voor B-ritten;
- *Motorambulance*  
Een motor met een beperkte ambulance-uitrusting. Een motorambulance wordt niet ingezet voor vervoer;
- *Solo-ambulance*  
Een auto met een beperkte ambulance-uitrusting, niet geschikt voor vervoer van de patiënt;
- *MICU*  
Specialistische ambulances voor het vervoer van IC-patiënten tussen ziekenhuizen. In deze ambulance is specialistische apparatuur aanwezig, zodat de arts en verpleegkundige de verzorging van de patiënt tijdens het vervoer kunnen voortzetten;
- *Overig*  
Ambulancevaartuigen en -fietsen.

Naast de vervoersmiddelen die worden ingezet om zorg te verlenen, beschikken de meeste RAV's ook over piketauto's. Dit is een voertuig dat wordt ingezet om personeel te vervoeren ten behoeve van tijdige beschikbaarheid van personeel voor het leveren van zorg.

Onderstaande tabel geeft inzicht in de samenstelling van het wagenpark van alle ambulancezorgaanbieders naar type vervoersmiddel. Er bestaan echter aanzienlijke verschillen tussen de diverse bronnen. In het algemeen kan worden geconstateerd dat in de afgelopen jaren een toename zichtbaar is van het aantal piketauto's, solo-ambulances en motoren.

**Tabel 3.2 Samenstelling wagenpark ambulancezorgaanbieders<sup>18</sup>**

Vervoerstype	2010 (NZa)	2011 (NZa)	2013 (AZN) <sup>19</sup>
ALS-ambulance	637	647	702
BLS-ambulance	56	60	68
Motoren/ solo-ambulance / biketeams <sup>20</sup>	82	91	122
MICU	10	11	9
Overig	93	113	niet bekend
<b>Totaal</b>	<b>878</b>	<b>922</b>	<b>902</b>

Bron: NZa, Advies bekostiging en financiering ambulancezorg per 1 januari 2014, 2013. AZN, Anno 2013

### 3.1.2 Rapid responders

In combinatie met de motoren en solo-ambulances wordt vaak ook gesproken over de rapid responder. Dit zijn ambulanceverpleegkundigen die zich bijvoorbeeld in een solovoertuig verplaatsen en daardoor snel ter plaatse zijn om hulp te verlenen. Een rapid responder is in staat geheel zelfstandig de patiënt op ALS-niveau te behandelen, eventueel in afwachting van vervoer<sup>21</sup>. Naast de rapid responder wordt ook gebruik gemaakt van de first responder. Dit is een hulpverlener die eerder dan de ambulance of de rapid responder ter plaatse kan zijn en hulpverlening kan starten. De first responder is geen ambulanceverpleegkundige, maar vaak een politieagent of brandweerman die getraind is in Eerst Hulp of het gebruik van een Automatische Externe Defibrillator (AED). In tegenstelling tot de rapid responder kan de first responder op BLS- en niet op ALS-niveau zorg verlenen.

### 3.1.3 Mobiel Medisch Team

Voor aanvullende medische hulp in bijzondere situaties, zeer ernstig gewonde patiënten of grootschalige ongevallen, kunnen ambulancediensten een beroep doen op het Mobiel Medisch Team (MMT). Het MMT levert ter plekke specialistische acute medische zorg aan patiënten. Het MMT is gekoppeld aan een van de elf traumacentra in Nederland (zie figuur 3.2). Vier MMT's staan altijd paraat voor een inzet. De overige beschikbare MMT's worden bij een opschaling ingezet. In 2012 is het MMT door 20 regio's 5.489 keer ingezet in aanvulling op de reguliere ambulancezorg. Financiering van de MMT's vindt niet via de RAV plaats, maar via de desbetreffende traumacentra (beschikbaarheidsbijdrage).

### Figuur 3.2 Overzicht Nederlandse traumacentra

<sup>18</sup> Inclusief vervoersmiddelen die geleased worden door aanbieders.

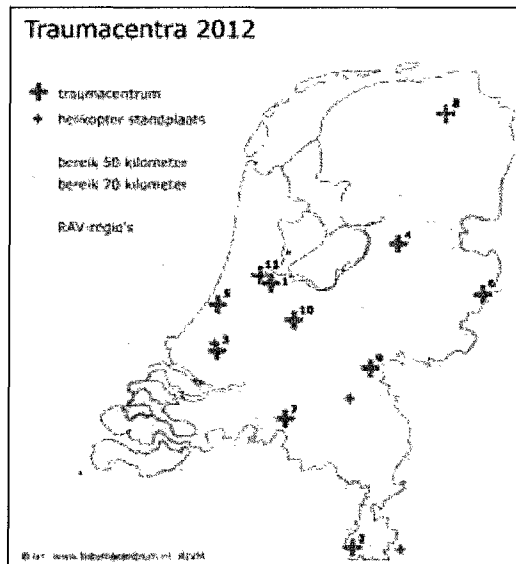
<sup>19</sup> ALS ambulance: inclusief opleidingsambulance, special care ambulance en reserveambulance.

BLS ambulance: inclusief zorgambulance, laag-complex-vervoer ambulance Solo-categorie: inclusief motoren, soloambulance, monolance, en biketeams.

<sup>20</sup> Deze gegevens komen uit het rapport Anno 2013 (AZN).

<sup>21</sup> Bron: First en rapid responder, beleidsdocument en landelijke richtlijn. AZN, 2005.





Bron: Ambulances in-zicht 2012

Het MMT verplaatst zich, afhankelijk van de omstandigheden, per auto of per helikopter. Afhankelijk van de vervoerswijze bestaat het MMT uit een speciaal opgeleide (trauma-)arts uit het ziekenhuis, een gespecialiseerde verpleegkundige en een chauffeur of piloot. Vier de traumacentra beschikken over een traumahelikopter (Groningen, Nijmegen, Amsterdam en Rotterdam-Rijnmond)<sup>22</sup>.

### 3.1.4 Aantal zorgverleners

In tabel 3.3 is de ontwikkeling van het aantal fte zorgverleners binnen de ambulancediensten weergegeven. Hieruit blijkt dat tussen 2010 en 2012 het totaal aantal ambulancemedewerkers in fte beperkt is gestegen met respectievelijk 0,23% en 1,49%. Het aantal centralisten neemt af; In de overige functiegroepen neemt het aantal toe. Binnen de groep centralisten is de afname onder niet-verpleegkundig personeel het grootst. Dit komt overeen met het beleid van de sector om in te zetten personeel met een verpleegkundige achtergrond. Niet-verpleegkundig centralisten worden alleen ingezet voor logistieke taken.

**Tabel 3.3 Aantal fte medewerkers per functie**

Functie	2010	2011	2012
Ambulanceverpleegkundige	1.925	1.974	2.009
Ambulancechauffeur	1.872	1.834	1.860
MKA verpleegkundig centralist	330	319	314
MKA niet-verpleegkundig centralist	56	46	34
Overig	578	599	626
<b>Totaal</b>	<b>4.761</b>	<b>4.772</b>	<b>4.843</b>
<b>Vershil in %</b>		<b>0,23%</b>	<b>1,49%</b>

Bron: Ambulances in-zicht 2012

<sup>22</sup> Ambulances in-zicht 2012

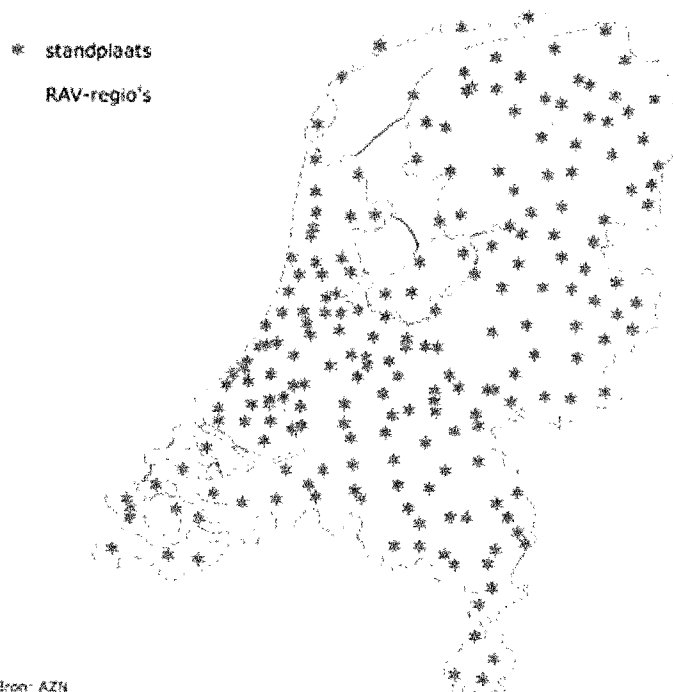
### 3.2 Spreiding van standplaatsen

Het RIVM berekent op modelmatige wijze de locaties waar een standplaats geïmplementeerd zou moeten zijn om per regio 97% van alle inwoners van Nederland binnen 15 minuten te kunnen bereiken. In deze zogenaamde 15-minutennorm gaat men uit van 2 minuten verwerkingstijd door de meldkamer, 1 minuut uitruktijd door de ambulance en 12 minuten rijtijd. Daarnaast berekent het RIVM per standplaats hoeveel wagens er per dagdeel aanwezig moeten zijn om in 95% van de gevallen een ambulance beschikbaar te hebben.

In 2004 is het eerste Referentiekader S&B afgegeven. In 2008 en 2013 is het model herzien, waarmee verdere verfijningen van de berekeningen zijn doorgevoerd. Tot en met 2012 diende dit Referentiekader onder andere als basis voor de verdeling van extra middelen die door het ministerie van VWS beschikbaar waren gesteld om een betere beschikbaarheid van ambulancezorg te bewerkstelligen. Aanbieders van ambulancezorg gebruikten het kader als leidraad. Met ingang van 2013 bepaalt de Twaz dat het referentiekader een verplichtend karakter heeft. Voor de RAV's is het referentiekader leidend; enkel gemotiveerd kan hiervan worden afgeweken. In figuur 3.3 is de landelijke spreiding van het aantal standplaatsen weergegeven. De daadwerkelijke spreiding van standplaatsen kan overeenkomen met de modelmatige berekening van het Referentiekader, maar dit is niet in altijd het geval.

**Figuur 3.3 Spreiding standplaatsen in Nederland (2012)**

#### Ambulancestandplaatsen 2012



Bron: Ambulances in-zicht 2012

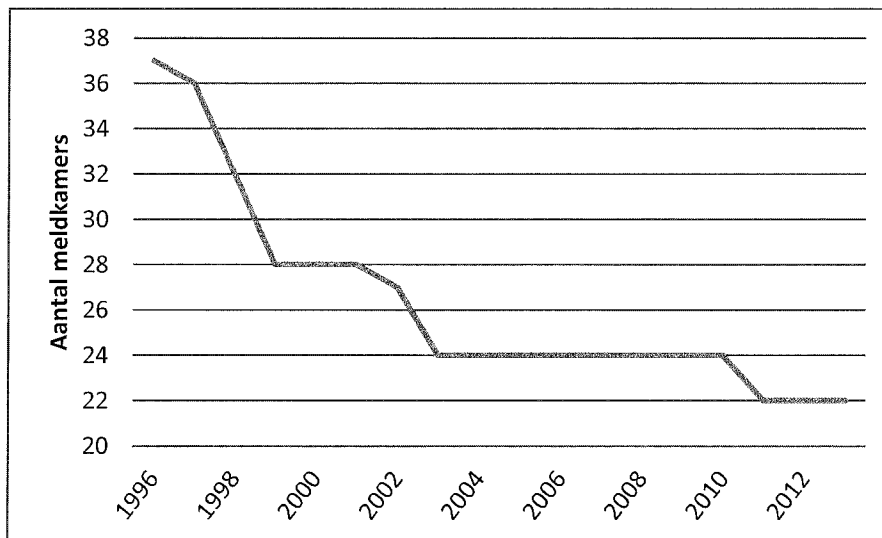
### 3.3 Meldkamer Ambulancezorg

De meldkamer ambulancezorg is, conform het wetsvoorstel Twaz, integraal onderdeel van de RAV. In nagenoeg alle regio's is sprake van

een gecoloeerde meldkamer. Dit houdt in dat de meldkamers van ambulancezorg, brandweer en politie gezamenlijk gebruik maken van dezelfde locatie<sup>23</sup>. Sinds 1996 zijn steeds meer meldkamers samengegaan. Zo hebben de regio's Amsterdam Amstelland en Zaanstreek Waterland een gezamenlijk meldkamer ingericht. De meldkamer Noord-Nederland verzorgt de dienstverlening in de regio's Groningen, Friesland en Drenthe, en de regio's IJsselland en Noordoost Gelderland worden bediend door de 'Meldkamer Oost Nederland'. Hiermee komt het totaal aantal meldkamers op 22.

In figuur 3.4 wordt de ontwikkeling van het aantal meldkamers in de periode 1996 tot en met 2013 weergegeven

**Figuur 3.4 Ontwikkeling aantal meldkamers**



Bron: NZa rekenstaten

#### *Meldkamer van de toekomst*

Vanuit de ministeries van Veiligheid & Justitie, VWS, Defensie, en Binnenlandse Zaken & Koninkrijksrelaties is sinds 2010 het project 'Meldkamer van de toekomst' opgestart. Het doel is om te komen tot één landelijke meldkamerorganisatie (LMO) voor de disciplines ambulance, politie en brandweer<sup>24</sup>, met in totaal maximaal 10 locaties. De landelijke meldkamerorganisatie valt onder het ministerie van V&J en moet in 2015 operationeel zijn. Met het samenvoegen van de meldkamers en disciplines is er ook een taakstelling: €10 miljoen in 2015, oplopend tot €50 miljoen structureel in 2021<sup>25</sup>.

### **3.4 Toetreding en uittreding**

In de Twaz is vastgelegd dat er per veiligheidsregio voor de periode van vijf jaar slechts één RAV verantwoordelijk kan zijn voor het uitvoeren van de ambulancezorg. Dit betekent dat toetreding en uittreding op het niveau van de RAV tot en met 2017 niet mogelijk is.

Omdat de RAV's de mogelijkheid hebben met onderaannemers te werken bestaat de mogelijkheid dat de RAV een contract afsluit met nieuwe vervoerders, waardoor op het vervoerdersniveau wel sprake kan zijn van gereguleerde toe- en uittreding.

<sup>23</sup> Bron: Ambulances in-zicht, 2012

<sup>24</sup> Ook de Koninklijke Marechaussee maakt deel uit van het project.

<sup>25</sup> Brief ministerie V&J, kenmerk 2012-0000089863, d.d. 20 februari 2012.

In de jaren 2010-2013 zijn er onder andere volgende veranderingen in de markt:

- In 2011 heeft Connexxion de holding Witte Kruis ambulancedienst overgenomen.
- Vervoerder Kijlstra heeft vervoerder Oenema overgenomen en is vervolgens vanaf januari 2012 met Ambulancezorg Fryslân samengegaan in de coöperatie RAV Fryslân. Ambulancezorg Fryslân heeft voorafgaande aan de vorming van de coöperatie de Ambulancedienst van het Antonius Ziekenhuis (Sneek) overgenomen.
- In januari 2012 is door een fusie van Verenigd Ziekenvervoer Amsterdam (VZA) en de ambulancedienst van de GGD Amsterdam de nieuwe ambulancedienst Ambulance Amsterdam B.V. ontstaan.

### 3.5 Financiële positie van RAV's

Deze paragraaf beschrijft de financiële positie van de RAV's aan de hand van solvabiliteit, liquiditeit en rentabiliteit:

- Solvabiliteit: het totale eigen vermogen als percentage van het balanstotaal.
- Liquiditeit: het totaal aan vlottende activa gedeeld door het totaal aan kortlopende schulden.
- Rentabiliteit: het totale resultaat ná financiële baten en lasten en ná overige baten en lasten (zoals vennootschapsbelasting), als percentage van de totale bedrijfsopbrengsten (wettelijke budget en overige opbrengsten).

Per indicator wordt het sectorgemiddelde (gecorrigeerd op basis van budgetomvang) en de spreiding weer aan de hand van zes klassen gegeven. Dit voor de jaren 2011 en 2012. De berekeningen zijn gemaakt op basis van de jaarrekeningen die door de RAV's, in het kader van de nacalculatie aan de NZa zijn verstrekt. Ten behoeve van de rentabiliteit zijn de gegevens uit het kostenonderzoek van KPMG gebruikt.

#### 3.5.1 Solvabiliteit

De gewogen gemiddelde solvabiliteit was 34% en 33% in respectievelijk 2011 en 2012 (n=28) en hiermee ruim hoger dan de norm van 15% die de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) aanhoudt. Het aantal RAV's met een negatieve solvabiliteit is tussen 2011 afgenomen van twee naar één RAV.

**Tabel 3.4 Spreiding solvabiliteit**

Jaar / Solvabiliteitsklasse	-20% - 0%	0% - 20%	20-40%	40%-60%	60-80%	80%-100%
2011	2	7	12	5	1	1
2012	1	7	13	6	1	

Bron: Jaarrekeningen ambulancediensten, Nacalculatie NZa 2012

#### 3.5.2 Liquiditeit

De gewogen gemiddelde liquiditeit van de RAV's was zowel in 2011 als 2012 1,4 (n=28). *Sector gemiddelde liquiditeit (2011: N=27, 2012: N=28)*. Onderstaande tabel laat zien dat het aantal RAV's dat lager scoort dan de gangbare 1,0 liquiditeitsnorm tussen 2011 en 2012 is afgenomen van acht naar zes RAV's.

**Tabel 3.5 Spreiding liquiditeit**

Jaar / Liquiditeitsklasse	0 - 0.5	0.5 - 1.0	1.0 - 1.5	1.5 - 2.0	2.0 - 2.5	2.5 - 3.0
2011	1	7	12	4	1	1
2012	1	5	14	4	1	2

Bron: Jaarrekeningen ambulancediensten, Nacalculatie NZa 2012

### 3.5.3 Rentabiliteit

De gewogen gemiddelde rentabiliteit was 2,3 % in 2011 en 2,1% in 2012 (n=31). Het bedrijfsresultaat van de RAV's is daarmee gedaald.

Opvallend is dat het aantal RAV's met een rentabiliteit lager dan -2% gestegen is van drie naar vier en dat het aantal RAV's in de klassen boven de zes procent afneemt van negen naar vier RAV's.

**Tabel 3.6 Spreiding rentabiliteit**

Jaar / Rentabiliteitsklasse	(-10%) - (-6%)	(-6%) - (-2%)	(-2%) - (2%)	2% - 6%	6% - 10%	10% - 14%	14% - 18%
2011	2	1	11	9	6	2	1
2012	2	2	11	12	2	1	1

Bron: KPMG bekostigingsonderzoek in de ambulancezorg (2013), Jaarrekeningen ambulancediensten, Nacalculatie NZa 2012

De berekeningen voor 2012 zijn gemaakt op basis van de jaarrekeningen van de ambulancediensten. Omdat de jaarrekeningen voor 2011 geen volledige gegevens over de resultatenrekening bevatten, is voor dit jaar de uitkomsten van het kostenonderzoek van KPMG gebruikt.



## 4. Marktgedrag

Dit hoofdstuk gaat in op het marktgedrag van relevante partijen in de markt van ambulancezorg. Input voor deze paragraaf zijn de ingevulde vragenlijsten door RAV's en verzekeraars. Dit hoofdstuk behandelt achtereenvolgens de wijze waarop de zorginkoopmarkt georganiseerd is, het proces van contractering, de mate waarin contractdifferentiatie mogelijk is en het gedrag van aanbieders op de zorgverlenersmarkt. Dit laatste punt gaat in op de samenwerking in de sector.

### 4.1 Zorginkoopmarkt

Net als binnen overige niet concurrentiële markten geldt voor de ambulancezorg het representatiemodel bij zorginkoop. Dit houdt in dat de representerende zorgverzekeraars contracten afsluiten met de RAV's en dat de overige verzekeraars dit beleid volgen. In het representatiemodel kunnen per zorgaanbieder twee tot drie representerende zorgverzekeraars worden aangewezen. Wie de representerende zorgverzekeraars zijn, wordt als volgt bepaald:

1. *Representerende zorgverzekeraar 1*  
Hiervoor wordt de zorgverzekeraar aangewezen die marktleider over de gehele zorg in de veiligheidsregio is.
2. *Representerende zorgverzekeraar 2*  
Dit is de zorgverzekeraar die geldt als marktleider voor de zorgaanbieder. Wanneer dit dezelfde is als de eerste representerende verzekeraar wordt de verzekeraar met het op één na grootste marktaandeel voor de aanbieder aangewezen.
3. *Representerende verzekeraar 3*  
Aanvullend op de eerste twee verzekeraars kan een zorgverzekeraar aangeven als derde zorgverzekeraar toegevoegd te willen worden<sup>26</sup>.

Via dit model blijft de regionale samenhang bewaard en zit tevens de 'natuurlijke' marktleider van de instelling aan tafel. Voor de RAV's blijkt dat in de praktijk sprake is van twee verzekeraars die de contractering verzorgen. Zie hiervoor het overzicht in figuur 4.1.

Op dit moment is er geen actueel overzicht van de representerende verzekeraars per RAV vastgesteld door ZN. Vandaar dat wij in de onderstaande tabel uitgaan van de informatie die de verzekeraars de NZa hebben aangeleverd via de formulieren voor de prestatie-afspraken. Uit het onderstaande overzicht blijkt dat vijf zorgverzekeraars als eerste representerende verzekeraar optreden. Nu De Friesland onder het Achmea concern valt, zijn er in de praktijk vier grote verzekeraars die als eerste representerende verzekeraar de afspraken maken met de RAV's. Daar waar Achmea zowel als eerste en tweede verzekeraar genoemd wordt, geldt dat de verzekeraar Agis, als onderdeel van Achmea, een van beide posities inneemt.

<sup>26</sup> Zie convenant ten behoeve van representatiemodel non-concurrentiële deelmarkten opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland.

**Figuur 4.1 Overzicht representerende verzekeraars per regio per aanbieder (2013)**

RAV nr	Veiligheidsregio	Aanwijzing per 1 januari 2013	Representerende	Representerende
			zorgverzekeraar 1	zorgverzekeraar 2
1	Groningen	Stichting Regionale ambulancevoorziening Groningen	Menzis	Achmea
2	Friesland	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Fryslân U.A.	De Friesland	VGZ
3	Drenthe	Stichting Regionale Ambulancevoorziening UMCG	Achmea	VGZ
4	IJsselland	Regionale Ambulancevoorziening IJsselland	Achmea	VGZ
5	Twente	Ambulance Oost	Menzis	VGZ
6	Noordoost Gelderland	Connexion Ambulance Services B.V.	Menzis	Achmea
7	Gelderland Midden	Regionale Ambulancevoorziening Gelderland-Midden	Menzis	VGZ
8	Gelderland Zuid	Regionale Ambulancevoorziening Gelderland-Zuid	VGZ	CZ
9	Utrecht	Regionale Ambulancevoorziening Utrecht	Achmea	Achmea
10	Nood-Holland Noord	Vereniging Ambulancezorg regio Noord-Holland Noord U.A.	VGZ	Achmea
11	Zaanstreek-Waterland	Ambulance Amsterdam B.V.	Achmea	Achmea
12	Kennemerland	Coöperatie Regionale Ambulancevoorziening Kennemerland U.A.	Achmea	VGZ
13	Amsterdam	Ambulancezorg Amsterdam B.V.	Achmea	Achmea
14	Gooi- en Vechtstreek	Regionale Ambulancevoorziening Gooi en Vechtstreek	Achmea	Achmea
15	Haaglanden	Regionale Ambulancevoorziening Haaglanden	Menzis	Azivo
16	Hollands Midden	Regionale Ambulancevoorziening Hollands-Midden	Achmea	Z&Z
17	Rotterdam-Rijnmond	Regionale Ambulancevoorziening Rijnmond U.A.	Achmea	DSW
18	Zuid-Holland Zuid	Veiligheidsregio Zuid Holland	CZ	VGZ
19	Zeeland	Connexion Ambulance Services B.V.	CZ	VGZ
20	Midden- West Brabant	Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord	VGZ	CZ
21	Brabant-Noord	Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord	VGZ	CZ
22	Brabant-Zuidoost	Veiligheidsregio Brabant-Zuidoost	VGZ	CZ
23	Noord- en Midden Limburg	Regionale Ambulancevoorziening Limburg-Noord	VGZ	CZ
24	Zuid Limburg	Regionale Ambulancevoorziening Zuid Limburg	CZ	VGZ
25	Flevoland	Regionale Ambulancevoorziening Flevoland	Achmea	Achmea

Bron: Formulieren prestatie-afspraken

Verzekeraars zijn gebonden aan het sluiten van een contract met de aangewezen RAV. Door het ontbreken van concurrentie in de regio hebben de RAV's in een monopolypositie. Wat dit betekent voor het



onderhandelingsproces en de uitkomsten daarvan wordt in de volgende paragrafen nader toegelicht.

De representerende verzekeraars moeten met de aangewezen RAV per veiligheidsregio tot een contract komen over het budget. Het budget van een RAV bestaat uit het budget voor ambulancezorg en het budget voor de meldkamer. Voor een groot deel staat de bekostiging al vast: (1) de budgetcomponenten loonkosten en materiële kosten worden normatief vastgesteld op een vast aantal inputparameters en (2) de budgetcomponenten kapitaallasten en overige lasten worden via nacalculatie op basis van werkelijke kosten vastgesteld (zie paragraaf 2.4).

Aanvullend op de normbudgetten kan de representant met de RAV aanspraak maken over besteding van de vrije marge en de middelen voor spreiding en beschikbaarheid<sup>27</sup> (zie paragraaf 4.3).

## 4.2 Proces van contractering

Het contracteringsproces tussen de verzekeraar en de RAV verloopt jaarlijks via een vaste procedure. In figuur 4.2 wordt dit proces samengevat weergegeven, welke geldt voor de periode tot en met 2013<sup>28</sup>.

**Figuur 4.2 Processtappen contractering ambulancezorg en meldkamer**

Stap 1	Processtappen contractering ambulancezorg en meldkamer	Deadline
1	NZa stelt 1 <sup>ste</sup> rekenstaat + sluittarief af	1 januari jaar t
2	Verzekeraar en RAV maken productieafspraken en leveren de productie-afsprakenformulieren aan bij de NZa	1 april jaar t
3	Verzekeraar en RAV tekenen standaard WMG-overeenkomst	1 april jaar t
4	NZa stelt 2 <sup>ste</sup> rekenstaat + sluittarief vast op basis van productieafspraken.	1 juni jaar t
5	NZa stelt 3 <sup>de</sup> rekenstaat en sluittarief vast op basis van nacalculatie jaar t-1	1 oktober jaar t
6	Verzekeraar en RAV stellen nacalculatieformulier op en leveren deze aan bij de NZa	1 juli t+1
7	NZa stelt definitieve 4 <sup>de</sup> rekenstaat jaar t vast (nacalculatie)	1 oktober t+1

Bron: NZa

Hieronder worden de stappen in het proces nader toegelicht:

1. Op uiterlijk 1 april jaar t leveren de verzekeraar en RAV gezamenlijk de formulieren productieafspraken (ambulancezorg en meldkamer) aan bij de NZa. Doordat de budgetten via het convenant<sup>29</sup> tussen AZN en het Ministerie van VWS voor de periode 2011-2013 voor een groot deel bevroren zijn, is er de afgelopen jaren beperkt ruimte geweest te onderhandelen over de hoogte van het budget. De afspraken van het voorgaande jaar worden overgenomen en geïndiceerd. Wel worden in deze fase afspraken gemaakt over de

<sup>27</sup> NZa beleidsregel 'Regionale ambulancevoorziening' (BR/CU-7067)

<sup>28</sup> De inkoopprocedure die hier beschreven wordt geldt voor de jaren tot en met 2013. Voor 2014 en verder wordt er door de NZa een nieuwe bekostigings- en financieringssysteem uitgewerkt.

<sup>29</sup> Convenant met betrekking tot de implementatie van de Wet Ambulancezorg, AZN en VWS, 2010.

vrije marge en beschikbare middelen op basis van spreiding en beschikbaarheid. De afspraken richten zich zowel op de hoogte van de beschikbare middelen als op de prestaties die hiervoor verricht dienen te worden.

2. Uiterlijk 1 april jaar t sluiten de verzekeraars en RAV's een overeenkomst, waarin de voorwaarden waaronder de ambulancezorg geleverd wordt, zijn vastgelegd. Zorgverzekeraars Nederland heeft hiervoor een 'Standaard Wmg-betaalovereenkomst' ontwikkeld die door alle verzekeraars ongewijzigd wordt overgenomen. In figuur 4.3 in de volgende paragraaf is een overzicht opgenomen van de onderwerpen die via deze overeenkomst worden geregeld.
3. Op basis van de formulieren met de productieafspraken stelt de NZa in mei jaar t de rekenstaat en het sluittarief vast voor het jaar t.
4. Uiterlijk op 1 juli jaar t+1 maken de zorgverzekeraar en de RAV afspraken over de nacalculatie. Tijdens deze processtap wordt onderhandeld over de niet normatief vastgestelde budgetcomponenten, de vrije marge en middelen voor spreiding en beschikbaarheid. Het nacalculatieformulier wordt na overeenstemming aan de NZa toegestuurd.
5. Als laatste processtap stelt de NZa op basis van de nacalculatieformulieren in de periode augustus t+1 de definitieve rekenstaat vast en verwerkt dit in de rekenstaat en sluittarief voor het jaar t+1. Er vindt over 2012 en 2013 geen nacalculatie plaats op de realisatie van het aantal ritten en aantal kilometers, aangezien deze parameters bevroren zijn op de realisatie 2010.

Zowel verzekeraars als RAV's geven aan dat het onderhandelingsproces ambulancezorg meer als een overlegvorm kan worden getypeerd dan dat er echt wordt onderhandeld. Er wordt dan ook een beperkt aantal knelpunten genoemd die zich niet richten op het systeem zelf, maar op persoonlijke ervaringen. Op deze punten gaat de marktscan niet nader in.

### 4.3 Contractdifferentiatie

Vanwege het karakter van de markt (non-concurrentieel) en de afspraken die zijn gemaakt over de bekostiging van de ambulancezorg is de ruimte voor onderhandeling en daarmee de invloed die de zorgverzekeraar heeft op de zorgkosten beperkt. De zorgverzekeraar kan alleen invloed uitoefenen op de niet normatief vastgestelde budgetcomponenten (kapitaallasten en overige kosten) en op de toekenning van de vrije marge en S&B-middelen<sup>30</sup>.

Voor de contractering van RAV's maken de verzekeraars gebruik van de Standaard Wmg-betaalovereenkomst (zie figuur 4.3). Zij geven aan hierop geen aanpassingen te doen. Wel maken ze aanvullende prestatieafspraken bij de zorginkoop. Hierbij kunnen vele verschillende onderwerpen aan bod komen. In dit kader worden drie typen afspraken genoemd:

- *Afspraken over kosten*  
Alle variabele kostencomponenten worden besproken en er worden afspraken gemaakt over de hoogte van de normatief vastgestelde kostencomponenten als loonkosten.
- *Inhoudelijke afspraken*

<sup>30</sup> Dit geldt voor de periode tot en met 2013. Met de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem per 1 januari 2014 wijzigt dit.

Het betreft hier afspraken die een directe relatie hebben met de kwaliteit van zorg. Zoals de aanrijtijden, het dienstrooster, automatisering van werkprocessen en de ambulancevoertuigen.

- *Afspraken over aanvullende middelen*  
Tijdens de zorginkoop worden ook afspraken gemaakt over de toekenning en besteding van de vrije marge en middelen voor S&B. Deze twee aanvullende componenten worden hieronder nader toegelicht.

De afspraken die aanvullend op de Wmg-overeenkomst worden gemaakt, worden contractueel niet vastgelegd. Op basis van de voor de NZa beschikbare informatie, is het onduidelijk hoe hard de afspraken zijn die op de hierboven genoemde onderwerpen worden gemaakt. Ook is niet duidelijk welke consequenties worden verbonden aan het wel/niet realiseren van de afspraken.

#### **Figuur 4.3 Overzicht van de artikelen in de Standaard Wmg-betalovereenkomst**

Artikelen Standaard Wmg-betalovereenkomst*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikel 1. Definities</li> <li>• Artikel 2. Rechtsverhouding</li> <li>• Artikel 3. Ambulancezorg</li> <li>• Artikel 4. Kwaliteit</li> <li>• Artikel 5. Investerings</li> <li>• Artikel 6. Informatie en Concentratie</li> <li>• Artikel 7. Overleg</li> <li>• Artikel 8: Verzekeringsgerechtigheid</li> <li>• Artikel 9: Declaratie en administratie</li> <li>• Artikel 10: Betaling</li> <li>• Artikel 11: Geschillen</li> <li>• Artikel 12: Geschillen ten aanzien van budget</li> <li>• Artikel 13: Duur en beëindiging van de overeenkomst</li> </ul>

\*In de betaalovereenkomst wordt verwezen naar de voorwaarden die in TWAZ wordt gesteld.

#### *Vrije marge*

Verzekeraars geven aan dat de vrije marge aan de meeste RAV's wordt toegekend. Aan de inzet van de vrije marge worden door verzekeraars – in samenspraak met RAV's - prestatieafspraken verbonden. De afspraken richten zich op het verhogen van de kwaliteit van zorg, innovatie en speciale projecten waarin de reguliere financiering niet voorziet. De volgende projecten worden door verzekeraars genoemd:

- Verbetering afspraken met ketenpartners.
- Verhoging kwaliteit van zorg door bijvoorbeeld uitbreiden van reanimatiemogelijkheden en projecten met betrekking tot Automatische Externe Defibrillator (AED).
- Investering in nieuwe applicaties zoals patiëntveiligheid managementsysteem.
- Verbetering van ambulanceprocessen.

Bij uitzondering worden deze middelen ingezet om incidentele knelpunten op te lossen, zoals bijvoorbeeld onderbezetting van de meldkamer of verbeteren van aanrijtijden. Er is één RAV die aangeeft dat er geen voorwaarden worden gesteld aan het beschikbaar stellen van de vrije marge.

#### *Spreiding en Beschikbaarheid middelen*

Wanneer op basis van regionale kenmerken blijkt dat de normatieve loonkosten onvoldoende zijn om de spreiding en beschikbaarheid van

ambulancezorg te bekostigen, kunnen hiervoor extra middelen worden toegekend.

De extra middelen ten behoeve van spreiding en beschikbaarheid worden ingezet om de aanrijtijden te verbeteren om daarmee aan de wettelijke eisen hieromtrent te kunnen voldoen. Deze verbetering wordt gerealiseerd door onder andere uitbreiding van de capaciteit met de rapid responder, het vergroten van het aantal parate diensten of verbetering van de dienstroosters. Aan de verstrekking van de middelen worden prestatieafspraken verbonden die bij de nacalculatie getoetst worden. Wanneer afspraken niet gehaald worden, kan (een deel van) de middelen terugvloeien naar de verzekeraar.

#### **4.4 Samenwerking in de keten van acute zorg**

Ambulancezorg is een schakel in het proces van acute zorgverlening. Samenwerking met andere partijen is daarom belangrijk voor een RAV. Het is de verantwoordelijkheid van de RAV om op regionaal niveau afspraken te maken met andere RAV's, huisartsen en ziekenhuizen. De zorgverzekeraar heeft hierin geen sturende rol, maar kan wel actie ondernemen wanneer knelpunten in de samenwerking worden waargenomen. Zowel zorgverzekeraars als zorgverleners geven aan dat er bij de contractering geen afspraken worden gemaakt over de zorgaanbieders waarmee de RAV samenwerkt. Samenwerking in de keten is vanuit kwaliteitsoogpunt een belangrijk onderwerp tijdens de periodieke evaluatie- en voortgangsgesprekken. Samenwerking wordt nadrukkelijk verbonden aan het verbeteren van kwaliteit. De RAV's zijn zelf bepalend in de keuze voor samenwerkingspartners, mits dit binnen de kwaliteitseisen van de verzekeraar past.

Het uitgangspunt bij het bevorderen van samenwerking is het verhogen van kwaliteit. De afspraken zijn er op gericht om patiënten met een acute zorgvraag de best passende zorgaanbieder in de regio te vervoeren. Voor de RAV's geldt dat er verschillende niveaus zijn waarop afspraken over samenwerking gemaakt worden. Het gaat dan om:

1. *Samenwerking met ziekenhuizen en SEH's*  
Er worden door de RAV's verschillende afspraken met ziekenhuizen en SEH's gemaakt om procedures en werkprocessen op elkaar af te stemmen teneinde de acute zorg efficiënter en effectiever te kunnen leveren. Deze afspraken worden veelal vastgelegd in convenanten die voortkomen uit periodiek regionaal overleg. Het gaat dan bijvoorbeeld over het proces van aanvragen van ambulancezorg, over zorg voor specifieke doelgroepen (geboortezorg, cardiologische patiënten) en het aanleveren van digitale rittenformulieren. Enkele voorbeelden van samenwerkingsafspraken zijn: vooraankondiging van patiënten, de wijze van gegevensoverdracht patiënten, opstellen van een protocol voor overleden of besmette patiënten.
2. *Samenwerking met ketenpartners*  
Ook met overige ketenpartners, zoals huisartsen, kraamzorg en psychiatrie worden afspraken gemaakt om het proces van zorgverlening te verbeteren. Hierbij kan gedacht worden aan onderlinge ondersteuning bij acute situaties en het overdragen van patiënten.
3. *Samenwerking met andere RAV's*  
Een belangrijk uitgangspunt binnen de ambulancezorg is dat de dichtstbijzijnde ambulance wordt gestuurd bij een spoedmelding. Om dit te realiseren maken de RAV's afspraken met elkaar over regio-overschrijdende hulp. De RAV's in de grensregio's maken ook

afspraken met Belgische en Duitse collega's over alarmering en daadwerkelijke hulpverlening.

#### 4.5 Signalen ambulancezorg bij de NZa

De NZa heeft een meldpunt voor signalen over mogelijk ongewenste situaties in de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de Wet marktordening gezondheidszorg.

In figuur 4.4 is het aantal signalen over ambulancediensten opgenomen over de jaren 2009-2013. Uit de tabel blijkt dat het aantal signalen dat gemeld is bij de NZa over ambulancediensten de afgelopen jaren zeer beperkt was. De inhoud en de beperkte omvang van het aantal klachten zijn geen indicatie tot aanpassingen van beleid.

**Figuur 4.4 Aantal signalen over ambulancediensten**

	2009	2010	2011	2012	2013*
Ambulancezorg	Geen	Geen	Geen	4	1

\*aantal signalen t/m september 2013

Bron: Signalen database 2009 t/m 2013 NZa



## 5. Kwaliteit

In de vorige twee hoofdstukken is de marktstructuur en het marktgedrag beschreven. Marktstructuur en –gedrag zijn van invloed op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van een markt.

Dit hoofdstuk geeft inzicht in het publieke belang kwaliteit. Kwaliteit van zorg is een breed begrip. Dit hoofdstuk maakt onderscheid in de volgende twee aspecten van kwaliteit: 1) de daadwerkelijke kwaliteit van zorg; waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toezicht houdt, 2) de transparantie van de kwaliteit van zorg. Het eerste aspect is tot stand gekomen in overleg met de IGZ.

### 5.1 Kwaliteit van ambulancezorg

Bij het aanwijzen van een RAV door de minister van VWS worden (kwaliteits)eisen gesteld, bijvoorbeeld ten aanzien van de bevoegdheden van personeel, organisatie, materieel en de samenwerking met zorginstellingen. Deze eisen staan in het programma van eisen (pve) welke is verankerd in de Regeling Tijdelijke Wet Ambulancezorg.

De NZa ziet niet toe op de daadwerkelijke kwaliteit van zorg en 'meet' de kwaliteit niet. Wel kijkt de NZa in deze marktscan naar een aantal onderwerpen die de kwaliteit van zorg in de sector borgen, te weten:

- De rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ);
- Certificering en protocollen;
- Ontwikkeling en uitkomsten van kwaliteitsindicatoren;

Deze paragraaf wordt afgesloten met een aantal aandachtspunten op het gebied van de kwaliteit van ambulancezorg.

#### 5.1.1 Rol Inspectie voor de Gezondheidszorg

Krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is de RAV een zorginstelling. Hierdoor is de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) van toepassing op de RAV's. RAV's moeten daarom voldoen aan een aantal voorwaarden om zorg van goede kwaliteit te bieden. De IGZ is belast met de toezicht daarop. De IGZ grijpt zo nodig in wanneer een zorgaanbieder niet voldoet aan de wettelijke eisen van de KWZ.

De kwaliteitswet is een kaderwet. De wet beschrijft op hoofdlijnen waaraan voldaan moet worden. Het is de verantwoordelijkheid van de individuele instelling om aan te geven op welke wijze invulling wordt gegeven aan de wet. De ambulancesector geeft hier branchebreed invulling aan via de Nota Verantwoorde Zorg. Deze is inmiddels vier keer gepubliceerd.

#### **Kwaliteitswet zorginstellingen**

De KWZ is van toepassing op RAV's. De KWZ verplicht zorginstellingen hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren. De wet noemt vier (kwaliteits)eisen waaraan een instelling moet voldoen: verantwoorde zorg, op kwaliteit gericht beleid ('bewust beleid'), het opzetten van een kwaliteitssysteem en het maken van een kwaliteitsjaarverslag.

Een zorginstelling moet verantwoorde zorg leveren. Het beleid dat de instelling voert, moet daarom gericht zijn op het in stand houden en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Zorginstellingen zijn op grond van deze wet verplicht calamiteiten en seksueel misbruik waarbij een cliënt of een zorgverlener van de instelling is betrokken, bij de inspectie te melden. Ook moeten zorginstellingen hun kwaliteitsjaarverslag, waarin zij verantwoording over hun kwaliteitsbeleid afleggen, naar de inspectie en naar patiëntenorganisaties sturen.

De IGZ heeft vanaf circa 2010 haar toezicht op de ambulancesector geïntensiveerd. Calamiteiten moeten bij de IGZ gemeld worden. Onder calamiteit wordt verstaan een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid (artikel 4a, lid 2 KWZ).

Calamiteiten worden gemeld door diverse actoren, bijvoorbeeld door de cliënt, huisarts, of het ziekenhuis. De IGZ geeft aan dat het aantal meldingen van calamiteiten vanuit de ambulancezorg de afgelopen jaren toeneemt. Oorzaken zijn: de drempel om een calamiteit te melden lager is geworden, de motivatie voor de te behalen kwaliteitsverbetering meer draagvlak heeft gekregen in het veld en dat contacten met de IGZ frequenter plaatsvinden. De IGZ geeft aan dat bij bestuurders van de RAV's met enige regelmaat nog onduidelijkheid bestaat over het onderscheid tussen een klacht en een calamiteit. Mede hierdoor worden nog niet alle calamiteiten gemeld bij de IGZ.

Bij een melding van een calamiteit, is er veelal sprake van een casus met een fatale afloop. Zorgaanbieders worden in de meeste situaties eerst gevraagd zelf onderzoek te doen. Afhankelijk van de uitkomst en de benoemde verbetermaatregelen, beoordeelt de inspectie of nader onderzoek of andere maatregelen nodig zijn (bijvoorbeeld het indienen van een tuchtklacht of het instellen van verscherpt toezicht). In geval van een structureel knelpunt in de sector als geheel kan de IGZ een brief aan alle RAV's sturen. Daarnaast voert de IGZ periodiek overleg met AZN, de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) en andere stakeholders.

### **5.1.2 Certificering en protocollen**

Voor de ambulancezorg bestaat de sectorspecifieke HKZ 146 (2011): Certificatieschema Ambulancezorg. Alle RAV's zijn HKZ-gecertificeerd. HKZ staat voor Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector. Het certificatieschema Ambulancezorg bevat een set normen voor externe toetsing van kwaliteitsmanagementsystemen binnen de reikwijdte van het schema. Deze normen zijn door de veldpartijen zelf beschreven, onder regie van HKZ. Certificatie dient te worden uitgevoerd door een geaccrediteerde Certificerende Instelling. Voldoen aan de normen leidt tot afgifte van een HKZ-ISO 9001-certificaat.

Binnen de ambulancezorg wordt zowel op de meldkamer ambulancezorg als bij de uitvoering van ambulancezorg gewerkt met landelijke protocollen. Protocollen vormen de basis voor landelijke uniformiteit in de ambulancezorg en waarborgen dat de hulpvrager adequate, doelmatige (ambulance) zorg ontvangt. Doel van de protocollen is de ambulancezorgverleners te ondersteunen bij het nemen van de juiste beslissingen en behandelingen - achteraf - te kunnen evalueren. AZN heeft de volgende protocollen ontwikkeld:

1. Ambulance protocollen: LPA (Verantwoording LPA) en LKA



## 2. Meldkamer protocol: LSMA

### Ad 1. Ambulance protocol

Als gevolg van het uitbrengen van nieuwe reanimatie richtlijnen door de European Resuscitation Council (ERC) in 2010 en de vertaling en bewerking hiervan voor de Nederlandse en Belgische situatie door de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR) samen met de Belgische Reanimatieraad, is het Landelijk Protocol Ambulancezorg aanpast (LPA 7.2). Deze versie is met ingang van 1 juli 2011 van kracht. Het LPA 8 zal begin 2014 worden uitgebracht.

Het LPA bevat richtlijnen voor het handelen bij bepaalde ziektebeelden (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure, Neurologie, Cardiologie, Pulmonologie en Interne ziektebeelden). De toestand van de patiënt is bepalend bij de keuze welk protocol gebruikt moet worden (en in welke mate dit gehanteerd moet worden). Daarnaast bevat het richtlijnen met betrekking tot het proces, zoals gegevensverstrekking, overplaatsing en wat te doen bij opnamestop ziekenhuis of bij overlijden. Een aantal paragrafen van de LPA is van toepassing op de zorgambulance.

Speciaal voor hulp aan kinderen in van de LPA 7.2 de richtlijn Kindermedicatie (Landelijk Kindermedicatieboekje, LKA) afgeleid. Het LKA moet gezien worden als een praktisch hulpmiddel. De LKA is ontwikkeld voor de hulpverlening aan kinderen tot 50 kg. Bij een kind onder de 50 kg dienen andere doseringen te worden gebruikt dan bij personen met een gewicht boven de 50 kg.

### Ad 2. Meldkamer protocol

De Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg (LSMA) ondersteunt als naslagwerk de verpleegkundig centralist bij het bepalen van de urgentie van de hulpvraag van de patiënt. Deze zorg kan bestaan uit het inzetten van ambulance(s), Mobiel Medisch Team (MMT) of verwijzen naar huisarts en/of naar een andere hulpverlener (huisarts, tandarts, ziekenhuis, RIAGG). Ook het geven van zelfzorgadviezen en melderinstructie behoren tot de taak van de verpleegkundig centralist.

De sector wil naar één eenduidige triagesystematiek. De sector heeft daarop in 2012 gezocht naar de meest geschikte systematiek en zijn er twee keuzen ontstaan: (aanstaande) gebruikers van AMPDS/ProQA en (aanstaande) gebruikers van NTS. Na een periode van gebruik van de twee systemen is het uitgangspunt tot één systeem voor de sector te komen.

### *PRoQA*

PRoQA ondersteunt de verpleegkundig centralist bij de beoordeling van een melding. ProQA zorgt er voor dat deze triage op een sterk gestandaardiseerde wijze aan de hand van een geautomatiseerd uitvraagprotocol plaatsvindt. Dit protocol heet Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS). Deze digitale vragenlijst moeten leiden tot een snelle, verantwoorde en uniforme afhandeling. Gegevens worden digitaal ingevoerd en gestuurd naar de gealarmeerde ambulance en eventueel de politie en/of brandweer. PRoQA biedt de verpleegkundig centralisten in de meldkamer ambulancezorg weinig ruimte voor eigen interpretatie (triage) van de ernst van de melding. De centralist in de meldkamer heeft geen eigen beslissingsbevoegdheid, zoals bij de LSMA. Met de LSMA mag de centralist een rit weigeren en een richtlijn overrulen. Wel kan een centralist een hogere urgentie kiezen dan waartoe triage middels ProQA toe heeft geleid.

### *Nederlands Triage Systeem (NTS)*

Met de NTS wordt de verpleegkundig meldkamercentralist ondersteund bij het bepalen van de juiste urgentie en zorginzet op het moment dat iemand 112 belt voor een ambulance. De NTS-software is gekoppeld met de Geïntegreerde Meldkamersysteem (GMS), zodat berichten voor de ander hulpdiensten en de ambulances eenvoudig en snel gedeeld kunnen worden. Om verantwoording en kwaliteitscontrole achteraf mogelijk te maken, wordt alles in het systeem gelogd.

### *Overige protocollen*

De eisen die worden gesteld aan het leveren van verantwoorde ambulancezorg vindt haar basis in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Via verscheidene protocollen, richtlijnen en kaders wordt hier door de ambulancesector invulling aan gegeven, waaronder:

- Kwaliteitskader Zorgambulance.  
Het kwaliteitskader bevat de minimale eisen waaraan de zorgambulance op een aantal aspecten dient te voldoen.
- Beleidsnotitie en landelijke richtlijn first en rapid responder.  
De richtlijn is van toepassing op de inzet van first responders.
- Conceptrichtlijn 'Vooraankondiging en overdracht van ambulance naar SEH.  
Op dit moment ligt een conceptrichtlijn 'Vooraankondiging en overdracht van ambulance naar SEH' ter commentariëring bij de NVSHV (Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen). De richtlijn geeft aanbevelingen over de vooraankondiging en overdracht van patiënten die overgaan van de prehospital ambulancezorg naar de SEH. De overdracht van ambulance naar SEH wordt beschouwd als een risicovol moment, waarbij de continuïteit en kwaliteit van zorg in het geding kunnen komen door risico op informatieverlies en overdracht van verkeerde informatie.
- Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts-ambulancedienst-afdeling SEH.
- Richtlijn grensoverschrijdende communicatie.
- Richtlijn verwerking van geluidsgegevens meldkamer ambulancezorg.

### **5.1.3 Ontwikkeling en uitkomsten van kwaliteitsindicatoren in de ambulancezorg**

Met kwaliteitsindicatoren kan de kwaliteit van zorg in kaart worden gebracht. Momenteel zij er voor de ambulancezorg geen kwaliteitsindicatoren van het CBO. Wel is de sector bezig met de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. Eind 2012 heeft overleg plaatsgevonden met het CBO over de ontwikkeling van indicatoren voor de ambulancezorg. In 2013 is het project nader ingevuld en uitgevoerd. In dit project participeren naast het CBO, VWS, AZN, LNAZ en het NIVEL.

### *CQ-index ambulancezorg*

Met de CQ-index (Consumer Quality Index) wordt de kwaliteit van zorg vanuit patiënten perspectief in kaart gebracht. Het is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten van ervaringen van patiënten en consumenten met de zorg en de zorgverzekeraar

In 2012 heeft AZN met het NIVEL het projectplan opgesteld voor het uitvoeren van de laatste fasen van de ontwikkeling van de CQ-index (spoedeisende) Ambulancezorg. Uit de eerste test (360 patiënten, respons 49%) bleek dat patiënten de meeste waarde hechtten aan de volgende kwaliteitsaspecten: deskundigheid van het ambulancepersoneel, bejegening door de medewerkers van de

ambulancedienst, het veilig en hygiënisch werken, de snelheid waarmee de ambulance komt en de samenwerking tussen de medewerkers. Het kunnen meebeslissen over de keuze van het ziekenhuis, de aandacht voor en het reageren op vragen van de omgeving en het al dan niet verzorgd uitzien van ambulancepersoneel en de ambulance zelf werden minder belangrijk gevonden.

#### 5.1.4 Aandachtspunten bij de kwaliteit van zorg

##### *Keten van acute zorg*

Een patiënt met een acute zorgvraag wordt vaak behandeld door verschillende ketenpartners (bijvoorbeeld door huisartsen(post), de ambulance en het ziekenhuis). De uitkomst van zorg wordt dan bepaald door het handelen van de afzonderlijke ketenpartners en door de samenwerking en overdracht tussen de ketenpartners. Inzicht in beide aspecten maakt het voor ketenpartners mogelijk gezamenlijk de inrichting van de zorg voor de patiënt verder te optimaliseren.

IGZ geeft aan dat op dit moment nog niet de kwaliteit van de gehele keten wordt gemeten. De sector geeft wel jaarlijks gedetailleerde informatie over onder meer regionale aanrijtijden bij de verschillende urgenties. Daarin zijn geen uitkomsten van de zorg vermeld in relatie tot de al dan niet behaalde gezondheidswinst van patiënten. Hoewel de kwaliteit van zorg geleverd door de ambulancedienst in belangrijke mate bepalend is voor die gezondheidswinst na behandeling in het ziekenhuis, wordt deze informatie in de zorgketen marginaal gedeeld. De sector kent een belemmering in de evaluatie van haar zorg, die haar bij wet is opgelegd, doordat ziekenhuizen hen niet mogen informeren over de gezondheidswinst van de patiënt (in verband met de privacy van een cliënt). Daarmee is de branche beperkt in het verzamelen van haar data.

##### *Zorgdifferentiatie*

In de afgelopen jaren is het wagenpark van een RAV steeds meer divers geworden, met het doel het zorgaanbod zo goed mogelijk af te stemmen op de zorgvraag van de cliënt. In de 'Nota verantwoorde ambulancezorg 2013' heeft de sector zelf een leidraad gegeven op welke wijze differentiatie binnen de ambulancezorg vormgegeven kan worden. Het betreft zowel differentiatie in functie (verpleegkundig specialist, rapid responder) als in zorgvorm (solo voertuigen, motoren, fietsen, zorgambulance).

Bij differentiatie in vervoer betekent dit dat die voertuigen ingezet moeten worden, waarmee voldaan wordt aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg. De Twaz heeft eisen opgenomen voor zorgdifferentiatie. Artikel 8 in de Regeling Twaz schrijft het volgende voor: *De regionale ambulancevoorziening past zorgdifferentiatie toe onder de volgende voorwaarden:*

- *Er zijn inzetcriteria vastgesteld die bepalen welk niveau van zorg onder welke omstandigheden gelden als verantwoorde ambulancezorg, en*
- *Zorgdifferentiatie gaat niet ten koste van de inzetbaarheid van materiaal en personeel die nodig zijn om verantwoorde ambulancezorg te leveren in normale en opgeschaalde omstandigheden.*

De ambulancezorgsector geeft hier invulling aan door het opstellen van het juist genoemde Kwaliteitskader Zorgambulance en de richtlijn first responder. Het kwaliteitskader bevat de minimale eisen waaraan de zorgambulance op een aantal aspecten dient te voldoen. De richtlijn first responder stamt uit 2005 en wordt momenteel herzien.

## 5.2 Transparantie van zorg

Deze paragraaf beschrijft de transparantie van zorg vanuit het perspectief van de consument en vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar. Aspecten die hierbij aan bod komen zijn de transparantie voor de cliënt: transparantie van de prijsinformatie en transparantie van kwaliteitsinformatie.

### *Toegankelijkheid*

Het moet helder zijn voor (potentiële) cliënten met welke vragen zij zich – via de meldkamer – tot de ambulancezorg kunnen wenden en wat zij vervolgens kunnen verwachten. Ook wanneer de cliënt zich tot de meldkamer wendt, moet de centralist laten weten of er hulp komt en wat de aard van deze hulp is. In de tussentijd moet de centralist de cliënt instructies geven hoe te handelen. Wanneer de ambulance-zorgverleners ter plaatse zijn, dienen zij de cliënt te informeren over welke zorg de cliënt zal ontvangen.

De Rijksoverheid heeft een website ingericht waarop informatie wordt gegeven wanneer een cliënt zich tot de meldkamer kan richten en welke hulp de cliënt mag verwachten (<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/alarmnummer-112>).

Doven, slechthorenden en spraakgehandicapten bellen voor spoedeisende hulp met hun teksttelefoon het alarmnummer 0800-8112. Als er geen spoed bij is, maar wel hulp nodig is, kunnen zij bellen met 0900-1844.

### *Prijsinformatie*

Ambulancezorg is hulp waarvoor iedereen verzekerd is middels de verplichte basisverzekering. Het sluittarief kan verschillen tussen de verschillende RAV's. Hierdoor kan het voorkomen dat de cliënt in de ene regio meer betaalt voor een ambulancerit dan in een andere regio, ook in relatie tot het eigen risico. Met de beoogde invoering van een landelijk uniform tarief voor de spoedrit wordt het duidelijk wat het gebruik van ambulancezorg betekent voor het eigen risico van de cliënt.

#### **5.2.1 Informatie voor zorgverzekeraars**

Op grond van de TWAZ wordt de verzekeraar geacht afspraken te maken met de RAV. Daarbinnen kan de verzekeraar met de aanbieders afspraken over de te leveren kwaliteit van zorg en de gewenste verbeteringen. De in ontwikkeling zijnde kwaliteitsindicatoren kunnen verzekeraars ondersteunen in de onderhandelingen over de kwaliteit van de te leveren zorg.

## 6. Toegankelijkheid

Dit hoofdstuk beschrijft de toegankelijkheid van de ambulancezorg. Toegankelijkheid wordt onderverdeeld in fysieke en financiële toegankelijkheid. Responstijd is een indicator waarmee de fysieke toegankelijkheid in beeld wordt gebracht. De ontwikkeling in eigen betalingen geeft een beeld van de financiële toegankelijkheid.

### 6.1 Fysieke toegang tot de ambulancezorg

De kern van ambulancezorg is dat in acute situaties zo spoedig mogelijk zorg ter plaatse verleend kan worden. De tijd die nodig is om een ambulance op de plaats van bestemming te laten arriveren is daarmee een belangrijke indicator voor de kwaliteit van ambulancezorg. In de Twaz is opgenomen dat de RAV ervoor moet zorgdragen dat onder normale omstandigheden in tenminste 95% van de A1-meldingen een ambulance 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is. Deze norm geldt op het niveau van de veiligheidsregio. Belangrijk te vermelden is dat de 15 minuten norm voor A1-inzetten een beleidsmatige planningsnorm is, en niet zozeer een medisch inhoudelijke norm. Zo is bekend dat bij een acute hartstilstand de behandeling binnen 6 minuten moet worden gestart voor een goede kans op overleving. Desondanks blijft het belangrijk dat de ambulance snel ter plaatse is.<sup>31</sup> Aanvullend streeft de ambulancesector er naar om onder normale omstandigheden 95% van de A2-inzetten binnen 30 minuten te realiseren. In tegenstelling tot de normtijd voor A1-inzetten is deze streeftijd niet wettelijk verankerd.

De responstijd - de tijd vanaf het begin van de melding op de meldkamer ambulancezorg (dit is het opnemen van de telefoon) totdat de ambulance bij de cliënt aanwezig is - is opgebouwd uit drie verschillende tijdsintervallen:

- Aanname en uitgifte (aannemen van de telefoon door de centralist van de MKA tot het geven van de opdracht aan het ambulanceteam);
- Uitruktijd (interval tussen uitgifte en het daadwerkelijk vertrekken van een ambulance);
- Aanrijtijd (moment van het uitrukken van de ambulance tot het moment dat de ambulance bij de patiënt arriveert).

Binnen de regio heeft elke RAV de vrijheid de ambulancevoorziening naar eigen inzicht te optimaliseren, zodat effectief en/of efficiënt aan de eisen wordt voldaan. De verdeling van standplaatsen is te vinden in het hoofdstuk 3, Marktstructuur.

#### 6.1.1 Gemiddelde responstijd per RAV

De tijd die nodig is vanaf het moment dat de centralist in de meldkamer de telefoon opneemt tot het moment dat de ambulance bij de cliënt arriveert, wordt de responstijd genoemd.

De gemiddelde responstijd wordt beïnvloed door de weersomstandigheden. Sneeuw, gladheid en storm kunnen een aanzienlijke invloed uitoefenen. Ook onvoldoende beschikbaarheid door gelijktijdige meldingen of verkeersproblemen leiden tot een langere

<sup>31</sup> Onderzoeksrapport 'Ambulance A1 spoedritten: wat is de relatie tussen responstijden en gezondheidswinst?' Tweede kamerstukken 2008

responstijd. Vastgelegd is dat de norm van 15 minuten in geval van A1-inzetten alleen onder normale omstandigheden geldt.

#### A1-inzetten

In het geval van A1-inzetten is de gewogen landelijk gemiddelde responstijd in 2012 9:40 minuten. Tabel 6.1 toont de gemiddelde responstijden voor de verschillende regio's. In 2012 was de hoogste gemiddelde responstijd 10:49 minuten (regio Noord-Holland Noord). De laagste gemiddelde responstijd was 8:34 minuten (Groningen). In gemiddeld 92,5% van de A1-inzetten is in 2012 de ambulance binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd.

**Tabel 6.1 Gemiddelde responstijd (in minuten) voor A1-inzetten per regio**

RAV-regio	2012	2011	2010	% binnen 15 minuten (2012)	95% ter plaatse in (2012)
Groningen	8:34	8:34	8:43	95,5%	15 min
Friesland	9:35	9:57	9:48	90,2%	18 min
Drenthe	9:16	9:05	9:08	92,6%	17 min
IJsselland	9:35	9:37	9:28	93,0%	17 min
Twente	8:52	9:02	9:13	94,7%	16 min
Noordoost Gelderland	10:18	10:12	10:09	89,8%	18 min
Gelderland Midden	9:05	9:02	9:13	95,1%	15 min
Gelderland Zuid	9:14	9:32	9:41	94,5%	16 min
Utrecht	9:13	9:01	9:16	95,4%	15 min
Noord-Holland Noord	10:49	10:11	10:16	87,6%	19 min
Amsterdam/Waterland	9:42	9:32	9:44	93,3%	16 min
Kennemerland	8:41	8:07	8:37	95,2%	15 min
Gooi- en Vechtstreek	8:48	9:02	9:24	96,9%	15 min
Haaglanden	9:35	9:32	9:42	95,9%	15 min
Hollands Midden	9:57	9:35	9:16	95,5%	15 min
Rotterdam-Rijnmond	10:36	10:29	10:21	89,1%	19 min
Zuid-Holland Zuid	9:22	9:25	9:41	93,9%	16 min
Zeeland	10:03	10:09	10:46	89,3%	18 min
Midden West Brabant	9:51	9:37	10:04	92,0%	17 min
Brabant Noord	9:42	9:25	9:43	93,6%	16 min
Zuidoost Brabant	9:23	9:20	9:19	93,4%	16 min
Limburg Noord	9:57	9:52	10:06	89,5%	18 min
Zuid Limburg	10:04	9:52	10:07	91,9%	17 min
Flevoland	9:23	9:23	9:32	92,5%	18 min
Gewogen landelijk gemiddelde	9:40	9:32	9:40	92,9%	

Bron: Ambulances in-zicht 2012

In minimaal 87,6% van de inzetten was de ambulance tijdig (binnen 15 minuten) aanwezig bij de cliënt in 2012. De gewogen landelijk gemiddelde responstijden is gedurende de periode 2010-2012 niet toe of afgenomen. In 2012 is 52,0% van de A1-inzetten in stedelijk gebied uitgevoerd, 16,5% vond plaats in matig stedelijk gebied en 31,5% in het perifeer gebied.

#### A2-inzetten

De ambulancesector streeft ernaar dat de ambulance in het geval van een A2-inzet zo spoedig mogelijk, maar binnen 30 minuten na het begin van de melding bij de meldkamer ambulancezorg bij de patiënt arriveert.

Tabel 6.2 geeft een overzicht van de gemiddelde responstijd per regio voor de jaren 2010, 2011 en 2012. Over het algemeen kan worden geconstateerd dat de gemiddelde responstijd gedurende de afgelopen drie jaar is afgenomen. Het gewogen landelijk gemiddelde van de responstijd van een A2-inzet bedroeg in 2012 15:15 minuten. In 2012 was de ambulance bij gemiddeld 96,3 % van de A2-inzetten binnen 30 minuten na het begin van de melding bij de patiënt aanwezig. Dit betekent een verbetering 0,3% ten opzichte van 2011, toen het percentage 96,0% was.

In 2012 is 45,5% van de A2-inzeten in stedelijk gebied uitgevoerd, 19,1% vond plaats in matig stedelijk gebied en 35,4% in het perifeer gebied.

**Tabel 6.2 Gemiddelde responstijd (in minuten) A2-inzetten per regio**

	2012	2011	2010	% binnen 30 minuten (2012)	95% ter plaatse in
Groningen	14:53	15:47	16:11	95,7%	29 min
Friesland	13:19	14:07	14:41	97,0%	27 min
Drenthe	12:29	12:58	14:27	97,2%	26 min
Dijsseland	16:28	16:21	15:22	94,4%	31 min
Twente	14:44	15:14	16:01	97,0%	28 min
Noordoost Gelderland	17:51	17:59	17:38	92,5%	34 min
Gelderland Midden	15:59	15:57	16:17	94,3%	31 min
Gelderland Zuid	13:52	14:37	14:53	97,8%	26 min
Utrecht	15:51	15:29	16:07	96,4%	29 min
Noord-Holland Noord	16:21	16:21	16:12	95,4%	30 min
Amsterdam/Waterland	17:07	17:16	17:46	95,0%	30 min
Kennemerland	15:38	14:21	15:18	95,4%	30 min
Gooi- en Vechtstreek	13:58	14:22	14:56	97,5%	27 min
Haaglanden	16:44	17:22	17:43	96,2%	29 min
Hollands Midden	14:53	15:14	15:05	97,3%	28 min
Rotterdam-Rijnmond	16:33	16:38	17:04	94,4%	31 min
Zuid-Holland Zuid	14:24	14:53	15:29	97,8%	26 min
Zeeland	16:12	16:01	16:19	94,3%	32 min
Midden West Brabant	14:12	14:12	14:40	98,4%	25 min
Brabant Noord	14:48	14:54	15:16	97,3%	27 min
Zuidoost Brabant	14:09	14:09	13:55	98,1%	25 min
Limburg Noord	14:55	14:52	15:07	97,0%	28 min
Zuid Limburg	15:02	14:50	15:30	97,5%	27 min
Flevoland	14:45	15:09	15:17	95,7%	29 min
<i>Gewogen landelijk gemiddelde</i>	<i>15:15</i>	<i>15:25</i>	<i>15:51</i>	<i>96,3%</i>	

Bron: Ambulances in-zicht 2012

### 6.1.2 Landelijk gemiddelde responstijd naar stedelijkheid

De aard van het gebied is van invloed op de responstijden. In deze paragraaf wordt de relatie tussen de mate van stedelijkheid en de gemiddelde responstijden gelegd. Bij de indeling naar stedelijkheid zijn de waarden van de gemiddelde omgevingsadressendichtheid voor afzonderlijke gebieden gecategoriseerd in vijf klassen.

Tabel 6.3 toont voor de A1-inzetten en A2-inzetten de gemiddelde responstijd van A1- en A2-inzetten voor de periode 2010 en 2011. In een zeer sterk stedelijk gebied (categorie 1) is bij een A1-inzet de

gemiddelde responstijd 9:04 minuten. In een niet-stedelijk gebied (categorie 5) is dit 11:16 minuten. De gemiddelde responstijd van een A2-inzet in stedelijk en niet-stedelijk gebied is 16:18 minuten respectievelijk 17:03 minuten. De gemiddelde responstijd neemt over het algemeen toe naarmate de regio minder stedelijk is.

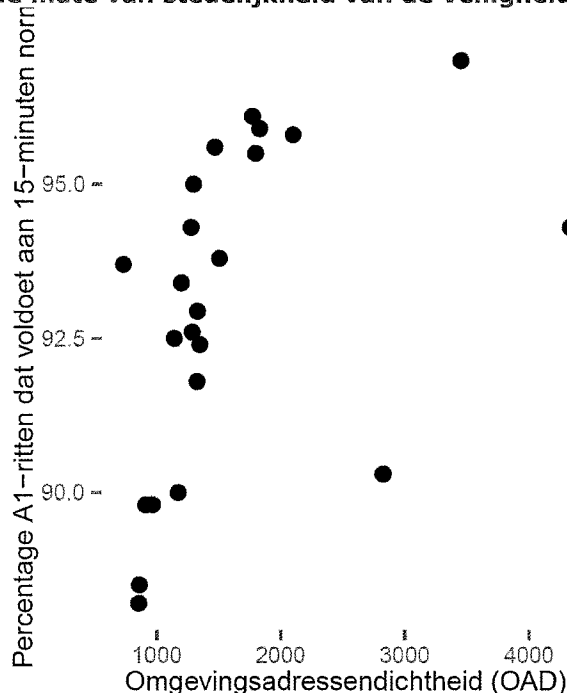
**Tabel 6.3 Gemiddelde responstijd A1-inzetten, A2-inzetten naar stedelijkheid (in minuten), 2010 + 2011**

	Stedelijkheid van een gebied <sup>32</sup>				
	1	2	3	4	5
Gemiddelde responstijd A1-inzetten (in minuten)	9:04	8:52	9:29	10:36	11:16
Gemiddelde responstijd A2-inzetten (in minuten)	16:18	14:43	15:29	16:51	17:03
Percentage inwoners van totale bevolking	19,9%	28,2%	19,4%	21,5%	11,0%

Bron: RIVM en CBS Statline

De volgende analyse toont een zeer sterk verband tussen omgevingsadressendichtheid van een veiligheidsregio en het percentage A1-ritten dat binnen de norm van 15 minuten ter plaatse is (onder normale omstandigheden). Wanneer we bezien welke regio's aan de 15-minuten norm voldoen ( $\geq 95\%$  ritten op tijd) blijkt dat dit allemaal stedelijke veiligheidsregio's zijn.

**Grafiek 6.1 Relatie tussen de 15-minuten norm (A1-inzetten) en de mate van stedelijkheid van de veiligheidsregio**



Bron: NZa

<sup>32</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), Een maatstaf voor de concentratie van menselijke activiteiten gebaseerd op de gemiddelde omgevingsadressendichtheid (oad). Hierbij zijn vijf categorieën onderscheiden:

- zeer sterk stedelijk: gemiddelde oad van 2500 of meer adressen per km<sup>2</sup>;
- sterk stedelijk: gemiddelde oad van 1500 tot 2500 adressen per km<sup>2</sup>;
- matig stedelijk: gemiddelde oad van 1000 tot 1500 adressen per km<sup>2</sup>;
- weinig stedelijk: gemiddelde oad van 500 tot 1000 adressen per km<sup>2</sup>;
- niet stedelijk: gemiddelde oad van minder dan 500 adressen per km<sup>2</sup>.



Er zijn twee regio's (Amsterdam en Rotterdam) die, gezien hun omgevingsadressendichtheid, een lage score hebben op het percentage A1-inzetten dat de norm van 15 minuten haalt. Er is ook een regio (Drenthe), de meest landelijke regio, die een veel hogere score behaald gegeven de omgevingsadressendichtheid.

### 6.1.3 Tijdsduur aanname en uitgifte, uitruktijden, aanrijtijden

De grafieken 6.2 en 6.3 geven een overzicht van de tijdsduur van aanname en uitgifte, de uitruktijden en de aanrijtijden per regio.

#### *Tijdsduur aanname en uitgifte*

De tijdsduur van aanname en uitgifte begint op het moment dat de centralist van de meldkamer ambulancezorg de telefoon aanneemt en eindigt wanneer de centralist de ambulance-eenheid heeft gealarmeerd, dan wel een opdracht heeft gegeven.

De gemiddelde tijdsduur voor aanname en uitgifte van A1-inzetten is 1:58 minuten (2012), van A2-inzetten in dit 3:11 minuten. De regio's Kennemerland en Limburg Noord hebben de kortste gemiddelde tijdsduur van 1:26 minuten voor A1-inzetten: Limburg Noord heeft de kortste gemiddelde tijdsduur van 2:29 minuten voor A2-inzetten. In de regio Amsterdam/Waterland nam de gemiddelde tijdsduur van aanname en uitgifte van A1-inzetten het meeste tijd in beslag (2:28 minuten). Voor A2-inzetten kent de regio Haaglanden de langste tijdsduur, met 4:36 minuten.

#### *Uitruktijden*

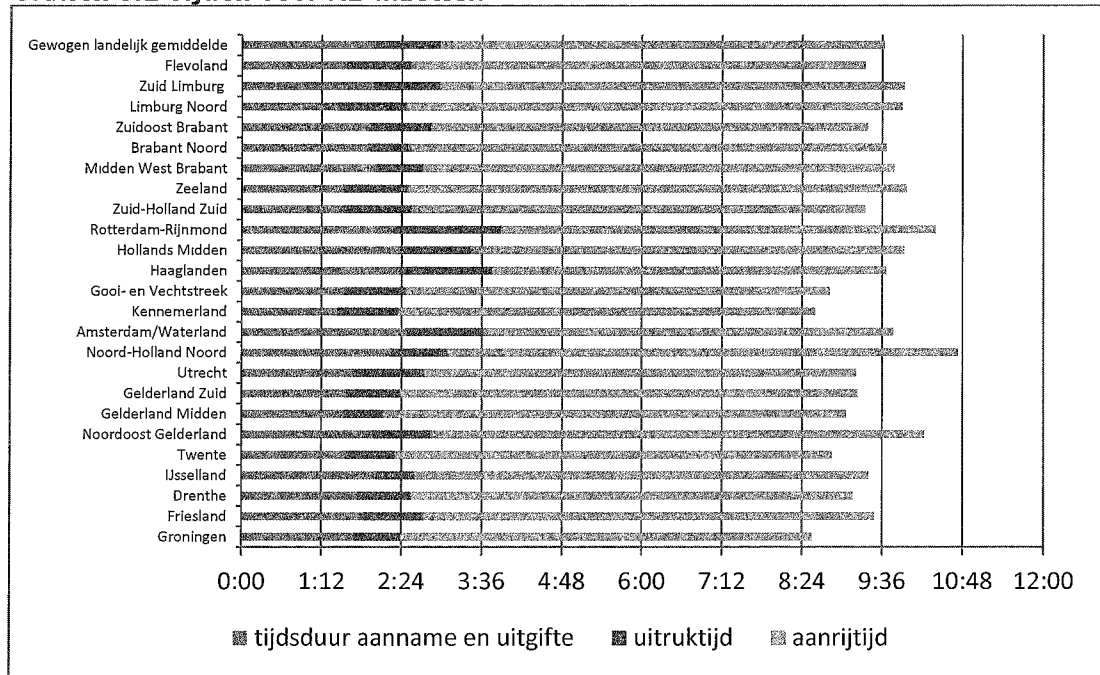
De uitruktijd begint op het moment dat de centralist van de meldkamer ambulancezorg de ambulance-eenheid heeft gealarmeerd, dan wel opdracht heeft gegeven, en eindigt wanneer het complete team vertrekt naar het door de centralist opgegeven adres.

Grafiek 6.2 toont de gemiddelde uitruktijd voor A1-inzetten per regio. In 2012 was de kortste uitruktijd gemiddeld 35 seconden (regio IJsselland). Met 1:36 minuten kende de regio Rotterdam-Rijnmond de langste gemiddelde uitruktijd. In de periode van 2009 tot 2012 is de uitruktijd in alle regio's gedaald, met uitzondering in de regio's Rotterdam-Rijnmond en Drenthe. Voor A2-inzetten bedroeg de kortste en langste uitruktijd 49 seconden (Brabant Noord) resp. 1:50 minuten (Amsterdam/Waterland).

#### *Aanrijtijden*

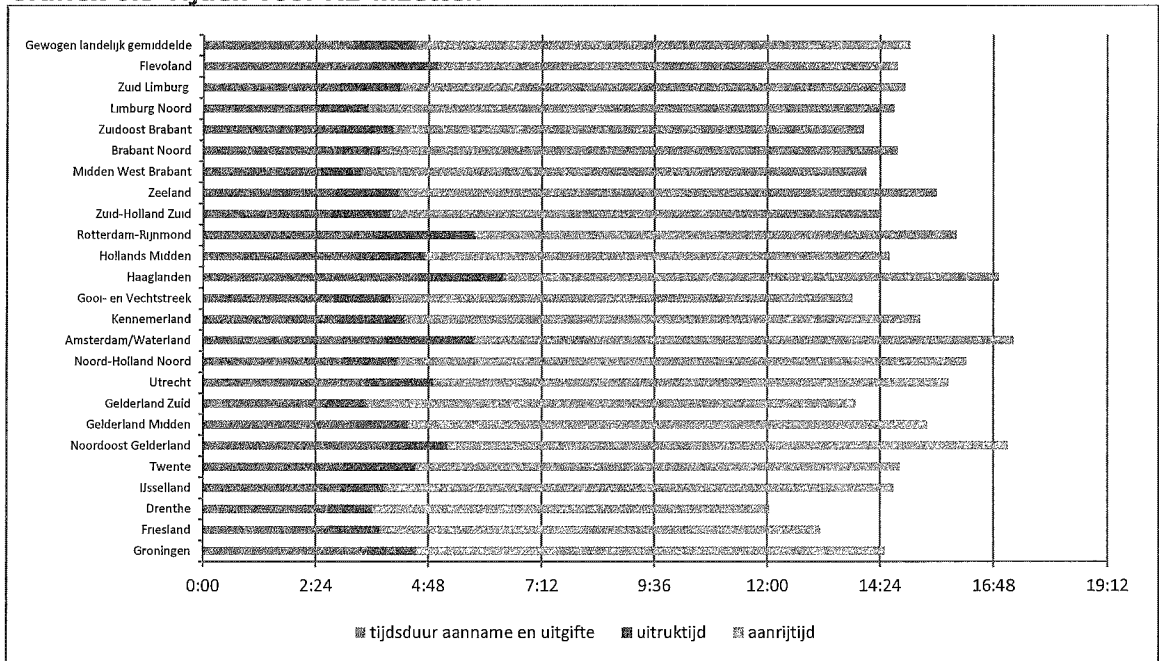
De aanrijtijd begint wanneer de complete ambulance-eenheid vertrekt naar het door de centralist opgegeven adres en eindigt wanneer de ambulance arriveert bij de plaats waar de cliënt zich bevindt en waar de ambulance nog kan komen. In 2012 was de landelijk gemiddelde aanrijtijd van A1 inzetten 6:39 minuten (5:55 minuten in Haaglanden – 7:38 minuten in Noord-Holland Noord). De landelijk gemiddelde aanrijtijd van A2-inzetten bedroeg in 2012, 10:32 minuten (8:26 minuten in Drenthe – 12:06 minuten in Noordoost Gelderland).

**Grafiek 6.2 Tijden voor A1-inzetten**



Bron: Bewerkte gegevens, Ambulances in-zicht 2012

**Grafiek 6.3 Tijden voor A2-inzetten**



Bron: Bewerkte gegevens, Ambulances in-zicht 2012

### 6.1.4 Toegankelijkheid op de Waddeneilanden

Aan ambulancezorg op de Waddeneilanden worden dezelfde kwalitatieve eisen gesteld als aan ambulancezorg op de vaste wal. De geografische ligging, de kleine inwonersaantallen en het toerisme vormen een specifieke problematiek en eisen maatwerk in de organisatie van de ambulancezorg op de Waddeneilanden.

De gemiddelde responstijd van A1-inzetten op de Waddeneilanden varieert van 8:23 minuten op Vlieland tot 13:49 minuten op Ameland in

2011. De gemiddelde responstijd van A2-inzetten varieert in 2011 van 9:50 minuten op Vlieland tot 15:11 minuten op Ameland.

**Tabel 6.4 Gemiddelde responstijden A1- en A2-inzetten op de Waddeneilanden (in minuten)**

	Gemiddelde responstijd A1-inzetten (in minuten)		Gemiddelde responstijd A2-inzetten (in minuten)	
	2010	2011	2010	2011
Schiermonnikoog	10:07	9:20	16:52	11:55
Ameland	10:35	13:49	13:57	15:11
Terschelling	9:34	9:57	12:30	14:17
Vlieland	8:50	8:23	11:48	9:50
Texel	9:21	9:20	13:14	12:40

Bron: RIVM

## 6.2 Waarborgen toegankelijkheid

Om snelle toegang tot ambulancezorg te kunnen garanderen, heeft de ambulancesector afspraken gemaakt over interregionale inzet van ambulances: de RAV voert ook inzetten uit in een andere regio. Afspraken hierover zijn vastgelegd in het beleidsdocument 'Dynamisch Ambulancemanagement' van AZN.

Dynamisch ambulancemanagement houdt in:

- Op regionaal niveau, dat de ambulancevoertuigen zodanig worden gepositioneerd in de regio of zich zodanig door de regio bewegen, dat zij maximaal inzetbaar zijn. Het is de verantwoordelijkheid van de RAV om dit proces door de meldkamer ambulancezorg te laten coördineren.
- Op landelijk niveau, dat in geval van spoed en onvoldoende beschikbare capaciteit binnen de eigen RAV, ambulances uit andere regio's worden ingezet (burenhulp).

De omvang van 'burenhulp' is weergegeven in tabel 6.5. De tabel toont het aantal ritten (A1- en A2-urgentie) per regio verleend aan andere regio's en het aantal ontvangen ritten (A1- en A2-urgentie) van een andere regio. In 2012 zijn 11848 inzetten uitgevoerd in een andere regio dan de eigen RAV-regio. Circa 71,5% van deze inzetten had een A1-urgentie. Circa 28,5% van deze inzetten had een A2-urgentie.

Daarnaast maken RAV's die grenzen aan België of Duitsland afspraken over de inzet van ambulances in grensoverschrijdende gebieden. In geval van spoed kunnen in de grensregio's beschikbare ambulances uit België of Duitsland wordt ingezet. Over de omvang van grensoverschrijdende inzetten zijn bij de NZa geen cijfers beschikbaar

**Tabel 6.5 Aantal spoedeisende inzetten voor en door andere regio's dan de eigen regio in 2012**

RAV-regio	Assistentie verleend aan andere regio's		Assistentie ontvangen van andere regio's		Totaal aantal ritten uitgevoerd door RAV	
	A1	A2	A1	A2	A1	A2
Groningen	538	159	265	276	17.248	8.808
Friesland	275	158	106	84	12.249	11.728
Drenthe	286	312	640	173	7.991	13.635
IJsselland	1126	691	274	190	9.378	7.593
Twente	47	12	81	22	10.091	12.426
Noordoost Gelderland	210	75	1298	837	15.470	11.637
Gelderland Midden	478	200	222	87	13.684	8.236
Gelderland Zuid	358	180	301	82	12.293	8.054
Utrecht	227	58	411	89	23.710	16.292
Noord-Holland Noord	158	16	772	64	15.938	6.077
Amsterdam/Waterland	412	63	245	33	45.137	9.690
Kennemerland	717	52	318	47	12.043	3.355
Gooi- en Vechtstreek	289	39	74	71	6.457	1.819
Haaglanden	738	183	132	30	34.086	13.116
Hollands Midden	249	41	249	49	21.755	8.404
Rotterdam-Rijnmond	287	131	908	250	33.291	15.917
Zuid-Holland Zuid	368	118	171	59	11.437	6.431
Zeeland	132	27	122	28	9.203	5.300
Midden West Brabant	513	190	181	104	23.379	17.467
Brabant Noord	478	306	472	225	13.225	10.031
Zuidoost Brabant	57	29	141	66	14.932	9.260
Limburg Noord	218	111	565	354	10.448	8.587
Zuid Limburg	23	7	44	17	14.583	9.442
Flevoland	24	118	216	39	10.707	4.966

Bron: Ambulances in-zicht 2012

### 6.3 Fysieke toegankelijkheid vanuit patiënten

*De ambulancezorg wordt beroepsmatig ter plaatse bij de patiënt verleend en vindt uitsluitend in opdracht van de meldkamer plaats. Om de meldkamer te bereiken, dient het nummer 112 gebeld te worden. Bij een vraag naar ambulancezorg wordt doorverbonden naar de centralist van de MKA. Deze centralist bepaalt of en zo ja, welke zorg naar de cliënt wordt gestuurd. De bereikbaarheid van het nummer 1-1-2 valt niet onder de invloedssfeer van de ambulancesector.*

*Rapport 1-1-2 Onder de loep (maart 2013)<sup>33</sup>*

*Uit het 'Rapport 1-1-2 onder de loep' blijkt dat in het algemeen de beller in nood voldoende garantie wordt geboden dat hij daadwerkelijk in contact komt met een 1-1-2 alarmcentrale. De bereikbaarheid voor de groep personen met een communicatieve handicap, die vrijwel uitsluitend gebruik maakt van tekstfuncties op mobiele telefoons, is minder goed.*

<sup>33</sup> Rapport '1-1-2 Onder de Loep: een onderzoek naar de opbouw en organisatie van het alarmnummer en de storingen in 2012 (maart 2013), is uitgevoerd door Agentschap Telecom en Inspectie Veiligheid en Justitie.

*Bellers kunnen doorgaans in verbinding komen met de juiste 1-1-2 alarmcentrale. Punt van aandacht zijn sommige aanbieders in de markt voor vaste telefonie. Zij bieden de beller in nood niet altijd verbinding met de juiste regionale 1-1-2 alarmcentrale. Het kan voorkomen dat er verbinding tot stand wordt gebracht met een andere regio, wat een extra doorschakeling noodzakelijk maakt.*

*Het doorverbinden van de alarmcentrale naar de meldkamer van de hulpdienst is over het algemeen goed geregeld en biedt voldoende garantie op het daadwerkelijk tot stand komen van contact met de hulpdienst. Aandachtspunt is de bezetting op de meldkamers van de hulpdiensten. Het rapport 1-1-2 Onder de loep concludeert dat bij de meldkamers van de hulpdiensten niet altijd voldoende personeel aanwezig is om een gesprek te kunnen aannemen. Vooral bij meldkamers ambulancevervoer speelt dit een rol. Dit kan mogelijk leiden tot wachtrijen.*

Storingen kunnen ertoe leiden dat het alarmnummer 1-1-2 niet goed bereikbaar is. Uit het rapport '1-1-2 Onder de loep' blijkt dat er in 2012 overwegend kleinere meldingen zijn gedaan over de 1-1-2 dienstverlening. Acht incidenten waren van dermate grote omvang dat zij zijn aan te merken als een grote(re) storing of calamiteit. Zeven van deze storingen hadden impact op het publiek en bij één storing heeft de burger er niets van gemerkt. De duur van de storing verschilt van 30 minuten tot 35 uur in een periode van 56 uur. In de geval dat de burger iets merkt van de storing wordt de burger over het algemeen teruggebeld.

## 6.4 Financiële toegang tot de ambulancezorg

Ambulancezorg is verzekerde zorg. Het wettelijk verplichte eigen risico voor zorg die onder de Zvw valt geldt ook voor ambulancezorg. In tabel 6.6 is de ontwikkeling van het eigen risico sinds de invoering in 2008 weergegeven.<sup>34</sup>

**Tabel 6.6 Ontwikkeling in verplicht eigen risico voor medisch specialistische zorg (in euro's)**

Ambulancezorg	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Verplicht eigen risico	150	155	165	170	220	350

Bron: NZa

Het tarief voor spoedvervoer (A1- of A2-rit) en een melding zijn geen vaste tarieven, maar sluittarieven. De sluittarieven dienen om de opbrengsten bij het budget te laten aansluiten. Het systeem van sluittarieven maakt dat de tarieven voor het spoedvervoer en de melding sterk kunnen wisselen tussen verschillende ambulancediensten, en door de tijd. Dit heeft vervolgens invloed op het eigen risico van de patiënt. Doordat het sluittarief verschilt tussen RAV's, is het mogelijk dat voor de ene patiënt het eigen risico volledig wordt verbruikt en voor een andere patiënt niet, ondanks dat de dezelfde zorg door een ambulancedienst geleverd is.

In de jaren 2010 en 2011 blijkt een factor drie verschil te zitten tussen de hoogte van het sluittarief van de ambulancedienst met het laagste

<sup>34</sup> Alle verzekerden hebben onder de Zorgverzekeringswet een verplicht eigen risico. Daarnaast kunnen verzekerden een vrijwillig eigen risico (tot een maximum van 500 euro) afsluiten, in ruil voor premiekorting.

gemiddelde sluittarief (300 euro, stedelijke regio) en de ambulancedienst met het hoogste gemiddelde sluittarief (1000 euro, niet-stedelijke regio). De stedelijkheid is hierbij de verklarende factor, omdat het budget van niet-stedelijke regio's met een lagere productie gevuld wordt en dat levert gemiddeld een hoger sluittarief op. De spreiding in de sluittarieven, gewogen per maand (maar niet gewogen naar ritvolume per ambulancedienst), is in tabel 6.7 weergegeven.

**Tabel 6.7 Spreiding in sluittarieven van spoedritten (in euro's)**

Spreiding	2010	2011
1 <sup>e</sup> kwartiel	€574	€471
Mediaan	€714	€575
3 <sup>e</sup> kwartiel	€896	€705

Bron: NZa

## 7. Betaalbaarheid

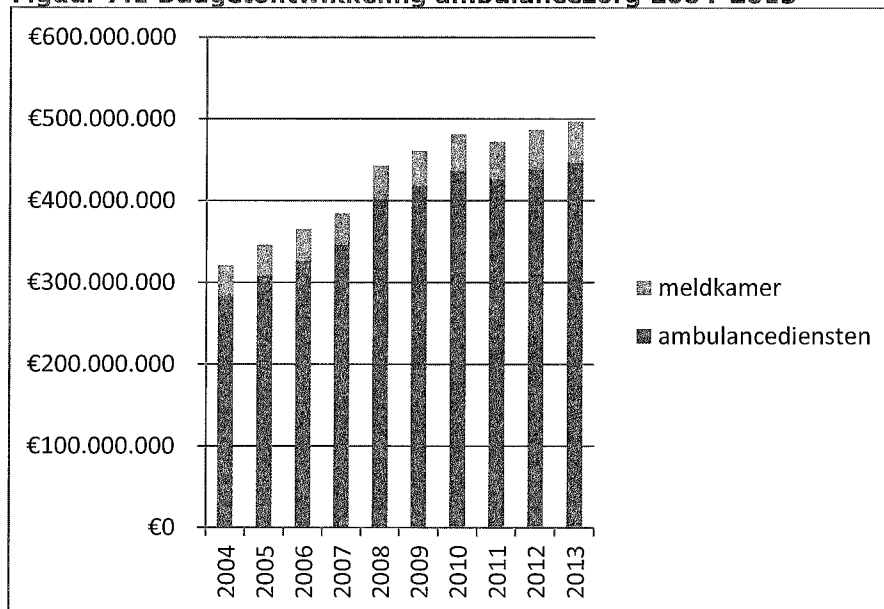
In dit laatste hoofdstuk wordt over diverse indicatoren gerapporteerd die het publieke belang betaalbaarheid voor de ambulancezorg in beeld brengen. De volgende onderwerpen worden behandeld:

- Paragraaf 7.1: De budgetontwikkeling voor de periode 2004-2013.
- Paragraaf 7.2: Een analyse van de uitgavenontwikkeling en prestaties.
- Paragraaf 7.3: Een analyse van de doelmatigheid van RAV's.

### 7.1 Budgetontwikkeling 2004-2013

In figuur 7.1 staat het totale jaarlijkse budget ambulancezorg voor de jaren 2004 tot en met 2013 weergegeven, uitgesplitst naar ambulancediensten en meldkamers.

**Figuur 7.1 Budgetontwikkeling ambulancezorg 2004-2013**



Bron: NZa

Voor de periode 2011-2013 is in 2010 een convenant afgesloten tussen AZN en VWS waarin effectief een bevrozing van de budgetten is vastgelegd voor de periode 2011-2013. Dit is er mede de oorzaak van dat de uitgaven ambulancezorg in de periode 2010-2013 vrijwel constant zijn.

Tabel 7.1 toont de budgetontwikkeling van ambulancezorg in tabelvorm.

**Tabel 7.1 Budgetten ambulancezorg 2004-2013**

Jaar	Budget Ambulancediensten	Budget Meldkamers	Budget Ambulancezorg
2004	€ 282.704.800	€ 38.066.707	€ 320.771.507
2005	€ 307.575.778	€ 38.313.399	€ 345.889.177
2006	€ 326.233.065	€ 38.890.682	€ 365.123.747
2007	€ 345.742.289	€ 38.759.389	€ 384.501.678

2008	€	401.531.704	€	41.270.758	€ 442.802.462
2009	€	417.747.031	€	43.235.630	€ 460.982.661
2010	€	436.158.991	€	45.286.478	€ 481.445.469
2011	€	425.883.497	€	46.540.273	€ 472.423.770
2012	€	437.878.433	€	48.412.093	€ 486.290.526
2013	€	446.292.236	€	50.381.143	€ 496.673.379

Bron: NZa rekenstaten

In recente jaren zijn de verschillende cao's die werden gehanteerd in de ambulancesector geharmoniseerd tot een landelijke cao voor ambulancezorg. Met betrekking tot het Functioneel leeftijd ontslag (FLO) zijn er afspraken gemaakt met VWS (FLO overgangsregeling). Met ingang van 1 januari 2011 maakt de vergoeding voor FLO kosten geen deel meer uit van het budget, maar wordt deze via het Ministerie van VWS geregeld. Dit veroorzaakt de 'dip' in het budget ambulancediensten zoals zichtbaar in 2011 in figuur 7.1.

**Tabel 7.2a Budgetvergoeding kosten FLO 2005-2012**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
FLO vergoeding in budget (in mln)	2,2	3,1	3,8	37,4	29,2	19,9	0	0

Bron: NZa rekenstaten

**Tabel 7.2b Vergoeding VWS kosten FLO 2005-2012, realisatie**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
FLO vergoeding VWS (in mln)	-	-	-	-	10,4	12,4	32	26,6

Bron: VWS

Voor het jaar 2013 worden de totale uitgaven aan de FLO regeling door VWS op 34,8 miljoen euro geraamd (schatting op basis van de declaraties stand oktober 2013).

De geconsolideerde jaarrekening geeft inzicht in de inkomstenbronnen en belangrijke kostenposten van aanbieders. Het blijkt dat de personeelskosten de grootste kostenpost vormt met circa 75% van de kosten.

**Tabel 7.3 Geconsolideerde jaarrekening 2010-2011**

(in mln euro)	2010	2011	% 2011 totale lasten
Wettelijk budget boekjaar incl correcties	463	473	
FLO vergoeding	20	18	



#### *Ad 1. Ontwikkeling ritvolume*

Het blijkt dat het totale ritvolume, inclusief de ritten waarbij geen patiënt vervoerd wordt of dat er geen patiënt blijkt te zijn (EHGV en loze ritten resp.), jaarlijks met 3% toeneemt. Deze ontwikkeling is recent door het RIVM geduid, en het blijkt dat 2% van de toename verklaard kan worden uit onder andere demografische ontwikkelingen (meer en oudere bevolking), en 1% als onverklaarde restgroei overblijft<sup>35</sup>.

#### *Ad 2. Ontwikkeling ambulancepersoneel*

Het groeiende ritvolume gaat gepaard met eenzelfde groeipercentage aan ambulancepersoneel (zowel in fte als in medewerkers, de verhouding blijft relatief constant). Dit blijkt uit een analyse van de cijfers van het aantal fte in Ambulances-in-zicht 2006 tot en met Ambulances-in-zicht 2012. De groei vindt in gelijke mate plaats in het primaire proces (ambulance verpleegkundigen en chauffeurs), als bij het overige personeel.

#### *Ad 3. Ontwikkeling aantal ambulances (wagenpark)*

Uit Ambulances-in-zicht 2006 t/m 2012 blijkt voor deze periode een gemiddelde procentuele toename van het aantal ambulances van jaarlijks 1,6%. Het blijkt echter lastig zicht krijgen op het werkelijk aantal ambulances, omdat er:

- Verschillende soorten ambulances bestaan.
- Ambulances in het verleden aan een provinciale vergunning ("aanhangel") gekoppeld waren. Dit is met de Twaz losgelaten.
- In de praktijk meer ambulances rondrijden dan in de budgetten wordt vergoed.
- (Soms) aanzienlijke verschillen zijn tussen diverse bronnen<sup>36</sup> over het aantal ambulances.

Ook het zicht op de ontwikkeling van rapid-responder voertuigen is nog onvoldoende<sup>37</sup>.

#### *Ad 4. Ontwikkeling aantal beschikbare uren*

De toename van het ambulancepersoneel en wagenpark vertaalt zich maar gedeeltelijk in meer beschikbare uren. Het blijkt dat de groei in ritvolume voor een deel binnen de bestaande diensturen kan worden opgevangen.

Omdat het aantal beschikbare uren minder snel toeneemt dan het aantal fte primair proces nemen logischerwijs de effectieve uren per fte verpleegkundige af, van 1724 uur per jaar in 2006 naar 1538 uur per jaar in 2012. Hierbij is aangenomen dat voor een uur beschikbare ambulancezorg, ongeacht het type dienst, één verpleegkundige nodig is.

Volgens het KPMG onderzoek<sup>38</sup> heeft een ambulanceverpleegkundige in 2011 gemiddeld 1460 uur te besteden aan effectieve uren. Het is de NZa niet duidelijk waar het verschil tussen 1460 en 1538 uur vandaan komt: Op basis van 1460 effectieve uren zou er meer fte nodig zijn om de gerapporteerde werkelijke beschikbaarheid te leveren dan de fte aantallen zoals vermeld in Ambulances-in-zicht 2012.

Tegelijkertijd vindt een verschuiving plaats in het type dienst. Er is een beweging naar meer parate diensten plaats ten koste van aanwezige en beschikbaarheidsdiensten (Ambulances-in-zicht 2006 tot en met 2012). Het is de NZa niet duidelijk welke invloed dit heeft op het aantal fte's.

---

<sup>35</sup> RIVM rapport 270412002/2013

<sup>36</sup> Te weten: het budget; KPMG, bestuigingsonderzoek in de ambulancezorg 2013; Ambulances-in-zicht 2012 en AZN, RAV-boek Anno 2013

<sup>37</sup> KPMG, bestuigingsonderzoek in de ambulancezorg 2013 en Anno2013

<sup>38</sup> KPMG, bestuigingsonderzoek in de ambulancezorg, 2013

Overige opbrengsten	23	23	
<b>Totale bedrijfsopbrengsten</b>	<b>506</b>	<b>514</b>	
Personeelskosten	368	371	74%
Kapitaalslasten	40	41	8%
Overige bedrijfskosten	86	92	17%
<b>Totale bedrijfslasten</b>	<b>494</b>	<b>504</b>	
Resultaat	12	10	

Bron: KPMG, bekostigingsonderzoek in de ambulancezorg, 2013

## 7.2 Uitgavenontwikkeling en prestaties

In deze paragraaf gaan wij eerst in op de uitgavenontwikkeling binnen de ambulancezorg en wij relateren dit aan het aantal beschikbare uren (paragraaf 7.2.1). Daarna maken wij op RAV-niveau een vergelijking tussen het aantal beschikbare uren en uitkomsten van het S&B-model van het RIVM (paragraaf 7.2.2).

### 7.2.1 Uitgavenontwikkeling ten opzichte van beschikbare uren

Deze paragraaf geeft een analyse van de ontwikkeling in uitgaven aan ambulancezorg voor de periode 2006 tot en met 2012. Hierbij wordt opgemerkt dat voor de jaren 2011 en 2012 het convenant van toepassing was (zie paragraaf 7.1).

**Tabel 7.4 Kengetallen ambulancezorg 2006-2012**

Jaar	Uitgaven	Totale ritvolume (incl. EHGV en loze ritten)	Totaal beschikbare uren	Totaal fte	Totaal effectieve uren per fte verpleegkundige	Ambulances
2006	331 mln	933.718	2.913.998	4068	1724	661
2008	363 mln	1.003.050	3.066.684	4386	1675	676
2012	439 mln	1.100.419	3.089.688	4843	1538	725
gem. jaarlijkse ontwikkeling % 2006-2012	5%	3%	1%	2,9%	-2%	1,6%

Bron: Ambulances-in-zicht 2006 t/m Ambulances-in-zicht 2012

Uit tabel 7.4 volgt dat de uitgaven aan ambulancezorg in de periode 2006-2012 met gemiddeld 5% per jaar (nominaal) zijn gestegen. Als we voor de inflatie gemiddeld 2% nemen, volgt een reële toename van de uitgaven van 3%. Hier wordt gepoogd deze uitgaveontwikkeling te duiden door te kijken naar de volgende onderdelen:

1. Ontwikkeling ritvolume
2. Ontwikkeling ambulancepersoneel
3. Ontwikkeling aantal ambulances (wagenpark)
4. Ontwikkeling aantal beschikbare uren

Voor de daling van het aantal effectieve uren per fte ambulanceverpleegkundige zijn de volgende verklaringen mogelijk:

- Verandering van leeftijdsopbouw in relatie tot Arbo- of cao regelgeving.
- Meer tijd en aandacht voor scholing en/of opleiding.
- Wijzigingen in Arbo- of cao regelgeving.
- Toename van zwangerschapsverlof door toename aandeel vrouwen in de sector.

Op basis van beschikbare cijfers kan een tweetal mogelijke verklaringen uitgesloten worden:

- Een toename van het aantal parttime personeel dat lastiger is in te roosteren (de verhouding tussen medewerkers en fte is vrijwel constant over de jaren 2006 tot en met 2012).
- Een toename in het ziekteverzuim (over de jaren 2006 tot en met 2012 is het ziekteverzuim vrij constant: 5,1-5,2%).

#### Samenvattend

Uit deze analyse komt het volgende beeld naar voren: De uitgavenstijging van de afgelopen jaren is gepaard gegaan met een toename van het aantal ritten. Deze zijn voor een deel uitgevoerd binnen de reeds beschikbare uren. Daarnaast is een trend zichtbaar waarbij het aantal effectieve uren per fte afneemt, waardoor meer fte nodig is om dezelfde beschikbaarheid te garanderen. Ondanks deze ontwikkelingen laat de tijdigheid van spoedritten een continue geleidelijke verbetering zien, zoals blijkt uit tabel 7.5.

**Tabel 7.5 Kengetallen responstijd ambulancezorg 2006-2012**

Jaar	Totale ritvolume (incl. EHGv en loze ritten)	Gewogen landelijk percentage A1 ritten binnen 15-min norm	Gewogen landelijk Percentage A2 ritten binnen 30-min ter plaatse
2006	933.718	91%	96%
2008	1.003.050	92%	96%
2012	1.100.419	93%	96%
gem. jaarlijkse ontwikkeling % 2006-2012	3%	0,5%	0%

Bron: Ambulances-in-zicht 2006 tot en met 2012

Het blijkt dat het gewogen landelijk percentage ritten dat binnen de 15-minuten norm valt elk jaar gemiddeld met een half procent toeneemt. De gemiddelde responstijd van A2 ritten neemt ook toe.

#### 7.2.2 Beschikbare uren afgezet tegen het Referentiekader S&B

In deze paragraaf wordt een vergelijking gemaakt tussen de daadwerkelijk beschikbare capaciteit in 2012 en de benodigde capaciteit als berekend in het Referentiekader S&B.

##### 7.2.2.1 Aantal uren beschikbaarheid

Naast het daadwerkelijk leveren van ambulancezorg (ritten) is het leveren van beschikbaarheid een belangrijke activiteit van ambulancediensten. In deze paragraaf wordt de uitsplitsing naar type dienst weergegeven.

Hiervoor zijn twee bronnen gebruikt, de Ambulances-in-zicht en de enquête die het RIVM in mei 2012 heeft uitgezet bij RAV's om het referentiekader te toetsen aan de werkelijkheid (RIVM rapport 270412002/2013).

In de RIVM enquête wordt onderscheid gemaakt naar:

- Aanwezigheidsdienst (Aa), hier zijn mogelijk ook beschikbaarheidsdiensten onder gerapporteerd
- Parate dienst (Ap)
- Rapid responder dienst (Rp), hierbij is de verpleegkundige ook chauffeur van het rapid responder voertuig
- Besteld vervoer dienst (Bp)

In Ambulancezorg in-zicht 2012 wordt onderscheid gemaakt naar:

- Parate uren,
- aanwezige uren en
- beschikbare uren.

**Tabel 7.6 Vergelijking werkelijke beschikbaarheid RIVM Enquête versus Ambulances-in-zicht 2012**

Type dienst	Beschikbare uren mei 2012 (op jaarbasis); RIVM enquête	Beschikbare uren; Ambulances in zicht 2012
uren Parate dienst (A+B)	2.610.046	2.855.921
uren Rapid responder dienst	171.876	-
<b>uren "Paraat" totaal</b>	<b>2.781.922</b>	<b>2.855.921</b>
uren Aanwezige dienst	300.313	196.510
uren Beschikbaarheids dienst	-	37.257
<b>Totaal</b>	<b>3.082.235</b>	<b>3.089.688</b>

Bron: Enquête RIVM, Ambulances-in-zicht 2012

Uit de vergelijking volgt dat de rapid responder diensten onder beschikbare parate uren "ambulance-eenheid" zijn geteld in Ambulances-in-zicht. Volgens de definitie van een ambulance-eenheid valt hier ook een verpleegkundige die solo opereert onder (Uniform begrippenkader Ambulancezorg, AZN 2013). Het ligt voor de hand om rapid responder diensten in toekomstige edities van Ambulances-in-zicht apart weer te geven.

Vervolgens kan een vergelijking op RAV niveau worden gemaakt van het aantal uren beschikbaarheid, door de cijfers van het RIVM en Ambulances in Zicht met elkaar te vergelijken. Het blijkt dat bij 19 van de 24 RAV's de cijfers overeenkomen binnen een marge van +/-10%. Een mogelijke verklaring voor de verschillen tussen beide bronnen is dat de enquête van het RIVM een momentopname betreft, dat vertaald is naar een jaartotaal, (dienstroosters van mei 2012) en Ambulances-in-zicht 2012 het daadwerkelijke jaartotaal betreft.

#### 7.2.2.2 Beschikbare uren ten opzichte van Referentiekader S&B

Het Referentiekader S&B kan geïnterpreteerd worden als de benodigde hoeveelheid ambulance-eenheden (bestaande uit ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur) per tijdsperiode van 8 uur, gedurende een gemiddelde week in het jaar. Deze kan omgerekend worden naar een totaal aantal benodigde uren beschikbaarheid per regio.

Het Referentiekader S&B 2013 is gebaseerd op productie 2012, wat een vergelijking mogelijk maakt met de werkelijk beschikbare uren 2012 per RAV. Tabel 7.7 toont een vergelijking van het totaal aantal werkelijk beschikbare uren per regio in 2012 (afkomstig uit de dienstroosters), met het totaal aantal benodigde uren beschikbaarheid volgens het Referentiekader S&B 2013 en het percentage ritten binnen de 15-minuten norm.

**Tabel 7.7 Vergelijking werkelijke beschikbaarheid versus het Referentiekader S&B per regio**

Veiligheidsregio	Totaal Beschikbare uren 2012	Benodigde uren (S&B 2013)	% verschil werkelijk t.o.v. S&B	% ritten binnen 15-minuten norm
Haaglanden	132577	162656	-18%	97%
Groningen	159582	183456	-13%	96%
Utrecht	218128	219648	-1%	96%
Kennemerland	90168	94016	-4%	96%
Gooi-en-vecht Streek	35880	39104	-8%	96%
Hollands Midden	115462	127712	-10%	96%
Gelderland Midden	95176	107744	-12%	95%
Drenthe	104121	142688	-27%	94%
Twente	116242	131456	-12%	94%
Amsterdam/Waterland	208416	238368	-13%	94%
Zuid-Holland-Zuid	92082	97344	-5%	94%
Brabant Noord	102908	111904	-8%	94%
IJsselland	141464	138944	2%	93%
Gelderland Zuid	103712	119808	-13%	93%
Flevoland	48576 <sup>39</sup>	82784	-41%	93%
Midden-West Brabant	171592	203840	-16%	92%
Zuidoost Brabant	105025	121888	-14%	92%
Zuid Limburg	103095	92768	11%	92%
Noordoost Gelderland	144033	153088	-6%	90%
Noord-Holland-Noord	116703	130208	-10%	90%
Rotterdam-Rijnmond	207896	226304	-8%	90%
Limburg Noord	127577	106912	19%	90%
Friesland	228349	270816	-16%	89%
Zeeland	120924	153920	-21%	88%
<b>Totaal</b>	<b>3.089.688</b>	<b>3.457.376</b>	<b>-11%</b>	<b>93%</b>

Bron: Ambulances-in-zicht 2012, RIVM Referentiekader 2013

Het totaal aantal beschikbare uren ligt in 2012 gemiddeld 11% lager dan het Referentiekader S&B 2013 voorschrijft om landelijk en per regio op tenminste de 15-minuten norm van 95% uit te komen.

<sup>39</sup> Dit is het gepubliceerde totaal beschikbare uren 2012 voor Flevoland. AZN heeft aangegeven dat dit getal niet juist is als gevolg van een datafout.

Er blijkt echter geen statistisch verband te zijn tussen de procentuele afwijking van het Referentiekader S&B en het percentage ritten dat binnen de 15-minuten norm valt<sup>40</sup>. Sommige regio's zetten minder beschikbaarheid in dan het Referentiekader S&B voorspelt, en halen toch de 15 minuten norm van 95%. Andere regio's zetten meer beschikbaarheid in dan nodig volgens het Referentiekader S&B, en halen ondanks dit gegeven niet de 15 minuten norm van 95%.

De conclusie is dat er naast het aantal beschikbare uren meer factoren een rol spelen in het al dan niet halen van de 15-minuten norm, zoals vermoedelijk het type dienst (parate en aanwezigheidsuren zijn hier even zwaar geteld), dan meegenomen in de vergelijking van Tabel 7.7.

### 7.3 Benchmark doelmatigheid RAV's in 2012

In deze paragraaf wordt een eerste analyse gedaan van de doelmatigheid van RAV's. Het niveau van vergelijking is die van de bedrijfsvoering (rechtspersoon). Indien een bedrijf een aanwijzing heeft voor meer dan één RAV, is de data geaggregeerd. Dit is bijvoorbeeld het geval voor de regio's Brabant-Noord en Midden-West Brabant. In totaal worden in 22 "RAV-bedrijfseenheden" meegenomen in de benchmark. In die veiligheidsregio's waar meerdere vervoerders actief waren in 2012, zijn gegevens op vervoerders niveau, zoals kosten uit de jaarrekening, geaggregeerd naar RAV niveau.

Om de doelmatigheid in kaart te kunnen brengen, gebruiken we twee verschillende methoden: (1) de referentiekostenbenadering<sup>41</sup> en (2) de Data Envelopment Analysis (dataomhullingsanalyse, DEA). Deze methoden berekenen op verschillende wijze de doelmatigheid. Hierdoor kunnen we een genuanceerd beeld geven van de doelmatigheid.

Het voordeel van de referentiekostenbenadering is dat het maximaal transparant is, het nadeel is dat het sterke veronderstellingen vereist over de kostenfunctie. Het voordeel van DEA is dat er weinig aannamen nodig zijn, het nadeel is dat deze methode minder transparant is. De paragrafen hieronder beschrijven de gehanteerde methoden en uitkomsten. Een uitgebreide beschrijving van de gebruikte gegevens is opgenomen in de bijlage.

De benchmark moet met nadruk niet als bekostigingsmodel gezien worden. Het doel is het meten en monitoren van de doelmatigheid in de sector. Hierbij wordt geput uit de gegevens en kennis verzameld tijdens het recente bekostigingsonderzoek dat KPMG in opdracht van de NZa in de ambulancezorg heeft uitgevoerd.

Wanneer de benchmark vergeleken wordt met het bekostigingsmodel dat ingaat op 1 januari 2014 zijn er overeenkomsten en verschillen. Een overeenkomst is de verschuiving in nadruk van de rit naar de dienst. Een belangrijk verschil is dat de bekostiging is gebaseerd op de benodigde capaciteit volgens het Referentiekader S&B, waarbij de benchmark kijkt naar de feitelijke, werkelijk geleverde beschikbaarheid.

---

<sup>40</sup> correlatie coëfficiënt is 0.1, p-waarde < 0.64.

<sup>41</sup> De referentiekostenbenadering is een speciaal geval van DEA, nl. een DEA met 1 input (werkelijke kosten) en 1 output (totale verwachte kosten) onder de CRS aanname (constante schaalopbrengsten).

### 7.3.1 Doelmatigheid via de referentiekostenbenadering

De referentiekostenbenadering is de eerste methode waarmee de doelmatigheid van RAV's in kaart wordt gebracht. Deze paragraaf beschrijft kort de methodiek en gaat daarna in op de uitkomsten.

#### 7.3.1.1 Methodiek referentiekostenbenadering

Met de referentiekostenbenadering<sup>42</sup> worden de werkelijk gemaakte kosten per RAV vergeleken met een referentieniveau. Dit referentieniveau is gelijk aan de verwachte kosten op basis van de werkelijke volumes en vaste kostgewichten. Deze vaste kostgewichten weerspiegelen de relatieve (extra) kosten per volume-eenheid. Door de werkelijke kosten per RAV te delen door de verwachte kosten (referentiekosten), wordt de doelmatigheid berekend. Wanneer de werkelijke kosten en de verwachte kosten gelijk aan elkaar zijn, leidt dit tot een kostenindex van 1. Hoe lager de werkelijke kosten ten opzichte van de verwachte kosten, hoe doelmatiger de RAV volgens deze methode. De RAV met de laagste ratio is het meest kostendoelmatig: dit noemen we de beste-praktijk RAV. Vervolgens worden de ratio's van de RAV's vergeleken met de ratio van de beste-praktijk RAV om tot een procentuele score te komen.

Het feit dat de regio's verschillen in onder andere stedelijkheid, wegennetwerk, oppervlakte, aanwezigheid en locatie van ziekenhuizen, en inwonersamenstelling (demografische kenmerken zoals leeftijdsopbouw etcetera) maakt het lastig regio's onderling goed te vergelijken. Omwille van de onderlinge vergelijkbaarheid is daarom gekozen om zo dicht mogelijk bij kosten-veroorzakende parameters te blijven: de ambulancediensten (beschikbaarheid), het aantal ritten en het aantal ambulances. Er wordt geen normatieve uitspraak gedaan over de benodigde omvang van het wagenpark. Wel worden, net als voor de ritten, kilometers en diensten, de verwachte kosten van het feitelijk aanwezige wagenpark berekend en meegenomen in de referentiekosten. De niet-productiegebonden kosten (kapitaallasten, ICT, management) worden niet expliciet toegerekend aan een specifieke parameter, maar als generiek opslagpercentage meegenomen in de kosten.

Binnen de referentiekostenbenadering berekenen we via twee varianten de doelmatigheid:

- Variant 1 gaat uit van extern bepaalde kostengewichten. De verwachte kosten per parameter worden gesteld op bedragen die op basis van de aanwezige kennis bij de NZa het best passend worden geacht.
- Variant 2 schat kostengewichten via een regressiemethode. Deze methode schat de kostengewichten op basis van de beste fit aan de werkelijke kosten.

Doordat bij variant 2 de kostengewichten zo gekozen worden dat de kostenverschillen geminimaliseerd worden, is de verwachting dat de spreiding in doelmatigheid tussen RAV's in deze variant kleiner zullen zijn dan bij variant 1. Beide varianten worden nu nader toegelicht.

#### *Variant 1: externe kostprijzen "as is"*

In deze benadering wordt de verwachte kosten bepaald door een door de NZa opgestelde kostenfunctie. Deze kostenfunctie is gebaseerd op beschikbare NZa-kennis en gegevens over de kostenstructuur (toerekenen van kostenposten aan parameters) en relatieve kostprijzen

<sup>42</sup> In Engeland wordt de referentiekosten benadering gebruikt om doelmatigheid van zorgaanbieders te meten, zie o.a. <http://www.monitor-nhsft.gov.uk/costingguidance>, en Department of Health (DoH), Reference costs 2011-2012, november 2012

(kostengewichten). In de benchmark wordt expliciet rekening gehouden met rapid responder (RR) activiteiten, zowel bij de kosten van een RR dienst als bij het wagenpark (RR voertuigen).

$$\text{Verwachte kosten RAV}^{43} i = \text{kostengewicht dienst} \times \text{volume diensten RAV} i + \text{kostengewicht rit} \times \text{volume ritten RAV} i + \text{kostengewicht ambulance} \times \text{volume ambulances RAV} i$$

De kosten worden toegerekend aan volume-eenheden door primair te kijken naar het proces van ambulancezorg:

- De personeelskosten worden gekoppeld aan het aantal ingeroosterde diensten. De opleidingskosten worden toegeschreven aan het personeel, en daarmee aan het aantal diensten.
- De ritgebonden kosten (onderhoud, linnengoed) worden gekoppeld aan het aantal ritten.
- De brandstofkosten worden gekoppeld aan het aantal kilometers.
- De afschrijvingskosten van het wagenpark per RAV worden toegeschreven aan de omvang van het wagenpark.

De totale verwachte kosten voor ambulancezorg op basis van de gehanteerde relatieve kostprijzen betreffen 354 miljoen euro, de totale werkelijke kosten betreffen 426 miljoen euro. Dit komt omdat de kosten voor overhead (ICT, management en directie, en kapitaallasten gebouwen, inventaris en vermogenskosten) niet zijn meegenomen in de kostengewichten. In de benchmark worden deze kosten gedekt door alle kostprijzen met 17% op te hogen.

Hoe de doelmatigheidsscore tot stand komt wordt nu toegelicht via een rekenvoorbeeld:

#### Voorbeeld

RAV 1 heeft op grond van de paraatheidroosters, wagenpark en gereden ritten en kilometers de volgende verwachte kosten (Zie ook de tabellen in de bijlage B.2 en B.3)

- Verwachte kosten beschikbaarheid: 13 mln
- Verwachte kosten productie: 1 mln
- Verwachte kosten wagenpark: 2 mln
- Werkelijke kosten 15 mln

De kostenindex wordt nu  $15/16 = 0.94$ . Het blijkt dat de best presterende RAV een kostenindex heeft van 0.85. Deze heeft per definitie een score van 100%. De score van RAV 1 wordt nu  $0.85/0.94 * 100\% = 90\%$ .

#### Variant 2: herijkte kostengewichten

Met deze methode worden de verwachte kosten (referentiekosten) berekend via een geschatte kostenfunctie. Een regressieanalyse schat deze kosten aan de hand van de werkelijke kosten en volumes. De volgende kostenfunctie wordt geschat:

$$\text{Verwachte kosten RAV}^{44} i = \text{vaste kosten} + \text{kostprijs dienst} \times \text{volume diensten RAV} i + \text{kostprijs rit} \times \text{volume ritten RAV} i + \text{kostprijs ambulance} \times \text{volume ambulances RAV} i$$

<sup>43</sup> De berekening van de verwachte kosten per RAV volgens deze methode staat los van de bekostigingssystematiek per RAV. Dit is een wijze om de doelmatigheid inzichtelijk te kunnen maken. De uitkomsten hebben geen gevolgen voor de bekostigingssystematiek van ambulancezorg.



Deze methode kent 'vaste kosten'. Dit zijn kosten die variëren met de productie, maar constant zijn.

De uitkomst van de regressieanalyse waarmee de kostengewichten worden geschat, is te vinden in de bijlage. Op hoofdlijnen berekent de regressieanalyse per RAV de referentiekosten voor de werkelijk beschikbare uren, referentiekosten voor het werkelijk ritvolume, en de referentie kosten van het werkelijke wagenpark berekend.

### 7.3.1.2 Uitkomsten referentiekostenbenadering

Met de bovengenoemde varianten van de referentiekostenbenadering wordt op twee manieren de verwachte kosten (referentie) berekend. Daar waar in variant 1 op basis van beschikbare kennis de kostengewichten worden bepaald, worden deze in variant 2 geschat met een regressieanalyse. Hierdoor zal, zoals al eerder opgemerkt, de spreiding in doelmatigheid tussen RAV's kleiner zijn in variant 2 vergeleken met variant 1.

#### *Uitkomsten kostendoelmatigheid model 1: externe kostprijzen "as is"*

De gemiddelde doelmatigheid van de RAV's in variant 1 is 80%. Dit is een relatieve doelmatigheid ten opzichte van de best-presterende regio. De best presterende regio heeft per definitie een score van 100%. De meeste RAV's scoren tussen de 70% en 80% doelmatigheid ten opzichte van de best presterende regio. De spreiding in kostendoelmatigheid over de RAV's is weergegeven in Tabel 7.8.

**Tabel 7.8 Doelmatigheidsscores variant 1**

Doelmatigheidsscore	<60%	60-70%	70-80%	80-90%	90-100%
Aantal RAV's	0	1	14	6	2

Bron: NZa

Echter, het blijkt dat de verhouding tussen de verwachte kosten voor "beschikbaarheid" (beschikbare uren) en de verwachte kosten voor "productie" (ritten en kilometers) een zeer sterk verband heeft met de hoogte van de doelmatigheidsscores. Tabel 7.9 laat dit verband zien.

**Tabel 7.9 Doelmatigheidsscores variant 1 naar ratio verwachte kosten beschikbaarheid/productie**

Ratio beschikbaarheid/productie	Aantal RAV's	Gemiddelde doelmatigheidsscore
6-7	1	67%
7-8	7	75%
8-10	11	80%
10-14	4	90%

Bron: NZa

Een mogelijke verklaring is dat de kostengewichten niet de werkelijke kostenstructuur reflecteren. De extra kosten veroorzaakt door het leveren van extra beschikbare uren zijn dan overschat ten opzichte van de kosten die samenhangen met het rijden van meer ritten en kilometers.

<sup>44</sup> De berekening van de verwachte kosten per RAV volgens deze methode staat los van de bekostigingssystematiek per RAV. Dit is een wijze om de doelmatigheid inzichtelijk te kunnen maken. De uitkomsten hebben geen gevolgen voor de bekostigingssystematiek van ambulancezorg.

Een andere verklaring is dat de doelmatigheid inderdaad een functie is van relatief veel leveren van beschikbaarheid ten opzichte van ritten. Omdat de bekostiging tot op heden sterk gebaseerd is geweest op productie (ritten), kan het zijn dat de regio's met relatief weinig ritten ten opzichte van beschikbaarheid extra geprikkeld werden om doelmatig te werken gegeven de beschikbare middelen.

*Uitkomsten doelmatigheid variant 2: herijkte kostengewichten*

Uit de regressieanalyse volgen andere kostengewichten dan vastgesteld in variant 1. Deze alternatieve set kostengewichten is beter in staat de verschillen in werkelijke kosten te verklaren dan de kostengewichten gehanteerd in variant 1. Door de kostengewichten voor beschikbaarheid met 44% te verlagen, en de kostengewichten voor productie (kilometers en ritten) met 795% te verhogen wordt 99% van de variatie in totale kosten tussen regio's verklaard. De kosten voor het wagenpark verklaren niet de kosten, maar worden in het model gehouden omdat het wagenpark wel kosten veroorzaakt.

De gemiddelde doelmatigheid van de RAV's met variant 2 is 91%, welke zoals verwacht hoger is dan bij variant 1. De spreiding in doelmatigheid over de RAV's is weergegeven in Tabel 7.10.

**Tabel 7.10 Doelmatigheidsscores variant 2**

Doelmatigheidsscore	<60%	60-70%	70-80%	80-90%	90-100%
Aantal RAV's	0	0	0	7	16

Bron: NZa

Het blijkt dat de verhouding beschikbaarheid / productie in deze variant geen relatie heeft met de doelmatigheidsscore, in tegenstelling tot variant 1.

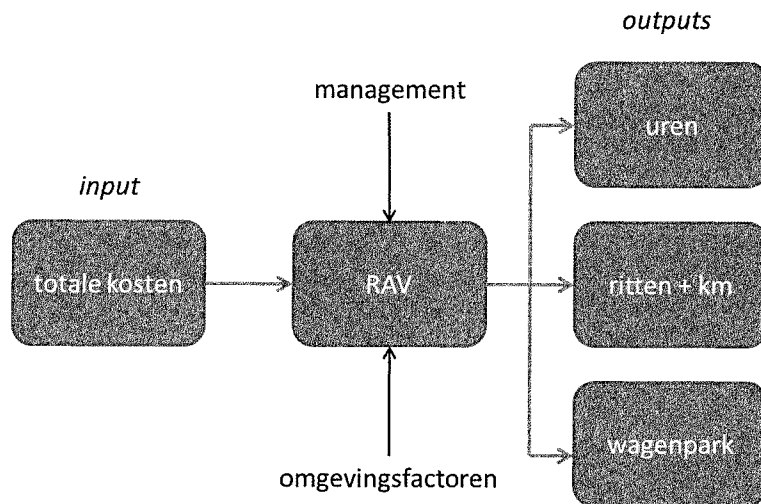
Daarnaast blijkt een zwak significant verband tussen omvang van de RAV en score in de data. Onder de aanname van een causaal verband en een correcte geschatte coëfficiënt volgt dat het verdubbelen van een gemiddelde regio in omvang 3% extra procentpunt in doelmatigheid oplevert.

**7.3.2 Doelmatigheid via de methode DEA**

Uit de verschillen tussen variant 1 en 2 met de referentiekostenbenadering is duidelijk zichtbaar dat keuzes in de kostentoerekening sterk bepalend kunnen zijn bij het meten van doelmatigheid. Een methode waarbij dit niet nodig is, is de zogeheten dataomhullingsanalyse (DEA). DEA is een methode om per RAV relatieve doelmatigheidsverschillen te meten.

Het gehanteerde DEA model is weergegeven in figuur 7.2. De werkelijke kosten per RAV worden gerelateerd aan de werkelijke hoeveelheid 'kosten-veroorzakende' parameters, te weten werkelijk beschikbare uren (afkomstig uit dienstroosters), de hoeveelheid ritten en het aantal gereden kilometers, en ten slotte de omvang en samenstelling van het wagenpark.

**Figuur 7.2 DEA model met input en outputs**



Bron: NZa

Zoals gezegd is bij DEA-analyse geen informatie nodig over de relatieve kosten per eenheid (beschikbaar uur, rit etcetera). Een expliciete keuze maken in de kostentoerekening tussen beschikbaarheid en productie, zoals bij de referentiekosten benadering, is dus niet nodig. DEA weegt de verschillende "outputs" per RAV zodanig dat dit maximaal voordeel geeft aan de RAV die beoordeeld wordt. Als er ondanks deze optimale gewichten toch een andere RAV wordt gevonden die meer output per eenheid input produceert dan is de ondoelmatigheid van de (eerste) RAV daarmee aangetoond. Met de DEA kunnen, samen met bepaalde aannames over het productieproces, uitspraken gedaan worden over doelmatigheid.

Een van deze aannames is die van constante schaalopbrengsten (CRS). Deze aanname maakt dat RAV-en die op verschillende schaal opereren, direct met elkaar vergeleken worden door de prestaties "te schalen". We kunnen deze aanname afzwakken via de VRS (variable returns to scale) aanname, hierbij wordt rekening gehouden met schaalgrootte in de vergelijking.

Een DEA-model met constant returns to scale (CRS), input-oriëntatie en 3 outputs (beschikbaarheid, productie en wagenpark) geeft een gemiddelde doelmatigheid van 96%. Het loslaten van de CRS aanname leidt automatisch tot VRS, dit geeft een doelmatigheid van 97%. Door per regio de CRS score te delen op de VRS score wordt de schaaldoelmatigheid gevonden. Deze blijkt gemiddeld (gewogen) 99%. Uit de DEA analyse volgt dat schaal (CRS of VRS) nauwelijks een rol speelt in de doelmatigheidsuitkomsten. De spreiding in doelmatigheid over de RAV's is weergegeven in tabel 7.11.

**Tabel 7.11 Doelmatigheidsscores DEA**

Doelmatigheidsscore	<60%	60-70%	70-80%	80-90%	90-100%
CRS, 3 outputs (DEA-1)	0	0	0	5	18
VRS, 3 outputs (DEA-2)	0	0	0	5	18

Bron: NZa

### 7.3.3 Samenvatting en conclusies

Uit deze eerste analyse volgt dat de mate van, en verschillen in doelmatigheid tussen RAV's sterk afhangen van de keuzes die gemaakt worden met betrekking tot de kostengewichten. Er zijn in totaal vier benchmarkvarianten uitgevoerd op basis van referentiekosten benadering en de DEA. Tabel 7.12 zet de varianten op een rij en vergelijkt deze op voor- en nadelen. In het algemeen kan gesteld worden dat hoe meer aannames er worden gemaakt, hoe lager de gemiddelde doelmatigheid, en dus hoe groter het verbeterpotentieel van de desbetreffende RAV's. Afhankelijk van de aannames en gekozen methoden varieert de gemiddelde doelmatigheid van RAV's tussen 80 en 97%.

**Tabel 7.12 Overzicht benchmark varianten**

Methode	Omschrijving	Gemiddelde doelmatigheid	Voordelen	Nadelen
Referentiekostenbenadering variant 1	Externe kostengewichten	80%	grote herkenbaarheid, veel verbeterpotentieel	Werkelijke kostengewichten van alle outputs moeten bekend zijn, impliciete aanname over constante schaalopbrengsten
Referentiekostenbenadering variant 2	Herijkte kostengewichten	91%	Minder "expert input" / kennis over kostengewichten nodig	Kostengewichten bepalen op gemiddelde praktijk, impliciete aanname over constante schaalopbrengsten
CRS; DEA – variant 3	DEA met CRS aanname, drie outputs	96%	Geen aanname over kostentoekening nodig	veel vrijheidsgraden in het model, aanname over constante schaalopbrengsten
VRS: DEA – variant 4	DEA met VRS aanname, drie outputs	97%	Geen aanname over kostentoekening of schaal nodig	Veel vrijheidsgraden in het model, bijna iedereen wordt als efficiënt aangemerkt

Bron: NZa

In tabel 7.13 worden de correlaties tussen de verschillende methoden weergegeven. Hieruit blijkt dat de scores van variant 1 (de referentiekostenbenadering met externe kostengewichten) afwijken van de overige drie varianten. De scores die volgen uit variant 2 sporen redelijk met de scores uit variant 3 en 4, en de beide DEA varianten tenslotte vertonen een zeer hoge overeenkomst.

**Tabel 7.13 Correlaties tussen benchmark varianten**

	Referentiekostenbenadering variant 1	Referentiekostenbenadering variant 2	CRS; DEA-variant 3	VRS; DEA-variant 4
Referentiekostenbenadering variant 1	100%	25%	21%	17%

Referentiekostenbe nadering 2	-	100%	72%	76%
CRS; DEA – variant 3	-	-	100%	97%
VRS; DEA – variant 4	-	-	-	100%

Bron: NZa

Met de verschillende methoden is de doelmatigheid van RAV's in kaart gebracht. Geconcludeerd wordt dat op basis van een restrictief model met veel "externe" expertise van de sector volgt dat er aanzienlijke doelmatigheidsverschillen bestaan. Wanneer er minder aannames worden gemaakt, en meer de data "voor zichzelf" laat spreken, worden er minder doelmatigheidsverschillen gevonden. Hierbij speelt ook mee dat er een beperkt aantal observaties zijn (22) die op meerdere dimensies (4) met elkaar vergeleken worden. In dit geval zal via een DEA analyse al snel blijken dat iedereen doelmatig is, doordat er te weinig vergelijkingsmateriaal is. Hieruit volgt dat de rol van "expert-input", in aanvulling op de data zelf, een belangrijke rol speelt bij het benchmarken van de Nederlandse ambulance sector. Uit verder onderzoek moet blijken hoeveel efficiency winst er nog te behalen is binnen de ambulancezorg.

#### 7.3.4 Rol van kwaliteit in de benchmark

Tot nu toe is de rol van kwaliteit van zorg in de benchmark niet aan bod gekomen. Een belangrijke factor voor de kwaliteit van ambulancezorg is de responstijd. Hierbij is het percentage A1-inzetten (onder normale omstandigheden) waarbij men binnen 15 minuten ter plaatse is, relevant. Het blijkt echter dat de prestatie op deze indicator sterk afhangt van de stedelijkheid van een regio (zie hoofdstuk 6).

Bij doorontwikkeling van de benchmark zou gekeken kunnen worden naar een correctie van de scores op basis van de 15-minuten norm. Dit kan door bijvoorbeeld eerste alle 15-minuten norm percentages te corrigeren voor regio-kenmerken zoals stedelijkheid, en vervolgens afwijkingen van het gemiddelde via een bonus-malus bedrag in de werkelijk kosten te verwerken. Het bovengemiddeld veel te laat komen zou dan leiden tot hogere werkelijke kosten, en dus een slechtere score op doelmatigheid.



## 8. Bijlage: Gebruikte bronnen methoden

In deze bijlage volgt een toelichting op de bronnen en de wijze waarop de bronnen zijn bewerkt.

### 8.1 Gebruikte bronnen in de marktscan

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de gebruikte bronnen in deze marktscan.

**Tabel 8.1 Gebruikte bronnen in de marktscan**

Gebruikte bronnen	Toelichting
Uitvraag RAV's	De NZa heeft in het kader van deze marktscan een enquête gestuurd naar alle RAV's om informatie te ontvangen over onder andere de organisatiestructuur van RAV's, de contractonderhandelingen en de samenwerkingsafspraken met andere partijen.
Uitvraag zorgverzekeraars	De NZa heeft in het kader van deze marktscan een enquête verstuurd naar de representanten om informatie te ontvangen over de inhoud van het contract, contractonderhandelingen, en de mate waarop de verzekeraar stuurt.
KPMG, Bekostigingsonderzoek in de ambulancezorg, 2013	KPMG heeft in opdracht van de NZa in 2013 een kostenonderzoek uitgevoerd onder alle ambulancezorgaanbieders.
Jaarverslagen, -rekeningen RAV's 2012	De jaarverslagen van de RAV's van 2012 zijn in een database gezet en geanalyseerd.
Nacalculatie rekenstaten NZa	De rekenstaten zijn in bezit van de NZa. De informatie hieruit is benut in de marktscan.
Ambulancezorg in-zicht	AZN brengt jaarlijks (sinds 2006) een rapportage uit: Ambulancezorg in-zicht. Deze rapportage veel (cijfermatige) informatie over de sector ambulancezorg; met name over de toegankelijkheid van ambulancezorg.
Enquête RIVM	RIVM heeft in 2012 een onderzoek gedaan naar het soort diensten van ambulancediensten.
Anno2013, RAV-boek	Het RAV-boek Anno 2013 (AZN) bevat een overzicht van de 25 RAV's. Hieruit is informatie gehaald over het wagenpark per RAV.

### 8.2 Bewerking data voor benchmark

In deze marktscan worden twee methoden gebruikt om de kostendoelmatigheid van RAV's in kaart te brengen. Tabel 8.2 toont een overzicht van de data die als input/output dient voor deze methoden.

**Tabel 8.2 Databronnen en aggregatieniveau**

Databron	Gebruikte gegevens	Aggregatieniveau	Categorie
Jaarrekeningen vervoerders 2012	werkelijke kosten	concern / rechtspersoon	input
Anno 2013	Wagenpark	23 RAV-en (Amsterdam / Waterland en MW-Brabant / Brabant-Noord samen)	output
Nacalculatie Rekenstaten NZa	Ritten en km	33 rekenstaten in 2012	output
Enquête paraatheidsroosters RIVM	Beschikbare uren per dagdeel, per dagtype, per diensttype	25 RAV-en	output

Deze data wordt bewerkt voordat het in de analyse wordt gebruikt als input/output. In de volgende twee paragrafen geven we aan op welke wijze deze bewerking is uitgevoerd.

### 8.2.1 Input: Werkelijke kosten 2012

Om de doelmatigheid van RAV's te kunnen toetsen, is het noodzakelijk zicht te hebben op de werkelijke kosten. Hiervoor gebruiken we de werkelijke kosten van het jaar 2012. De werkelijke kosten dienen als input in het model.

Input zijn de totale kosten die per regio gedekt moeten worden door het wettelijk budget. Voor elke regio zijn de totale budgetten, de totale bedrijfsopbrengsten en de totale bedrijfslasten (inclusief financiële en overige baten en lasten) afkomstig uit de jaarrekeningen 2012 genomen.

De totale kosten per regio gebruikt in de benchmark zijn als volgt afgeleid uit de jaarrekeningen:

$$\begin{aligned} \text{resultaat} &= \text{totale bedrijfsopbrengsten} - \text{totale bedrijfslasten} \\ &\quad + \text{saldo financiële baten en lasten} \\ &\quad + \text{saldo overige baten en lasten} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} TC_{\text{regio}} &= \text{budget aanvaarbare kosten} - \text{budget meldkamer} \\ &\quad - \text{budgetcorrecties voorgaande jaren} \\ &\quad - \left( \frac{\text{budget aanvaarbare kosten}}{\text{Totale bedrijfsopbrengsten}} \cdot \text{resultaat} \right) \end{aligned}$$

waarbij  $TC_{\text{regio}}$ , de totale kosten per regio zijn.

Op deze wijze worden de opbrengsten en kosten van niet-gebudgetteerde activiteiten, inclusief de FLO-overgangsregeling, "geschoond" uit de cijfers, onder de aanname dat de marge op gebudgetteerde activiteiten / opbrengsten gelijk is aan de marge op niet-gebudgetteerde activiteiten / opbrengsten. Een dergelijke aanname is gebruikelijk in het kader van tariefberekeningen en kostenonderzoeken.



Sommige jaarrekeningen bevatten naast het budget van de ambulancedienst ook het budget van de meldkamer. De meldkamer kosten worden in de benchmark niet meegenomen. Door per regio het totale budget uit de jaarrekeningen te verminderen met het totale ambulancebudget per regio wordt het budget meldkamer (en eventuele budgetcorrecties voorgaande jaren) gevonden. Het budget meldkamer wordt aangenomen kostendekkend te zijn en uit de kosten geschoond.

Omdat er geen informatie beschikbaar is over de activiteiten in het kader van de GHOR, wordt hiervoor niet gecorrigeerd.

### 8.2.2 Outputs

In de benchmark worden de kosten tegen een aantal outputs afgezet. De benchmark bevat de werkelijke hoeveelheden van de volgende parameters (outputs), waarbij elke parameter een eigen (normatief) kostengewicht krijgt:

- beschikbare uren (afkomstig uit dienstroosters),
- omvang en samenstelling wagenpark,
- aantallen ritten en gereden kilometers.

Voor elke output lichten we hieronder toe wat de bron is van de gegevens en de eventuele bewerkingen op deze gegevens.

#### *Beschikbare uren*

Voor de beschikbare uren zijn voor 2012 twee bronnen beschikbaar, Ambulances-in-zicht 2012 en de enquête dienstroosters van mei 2012, uitgevoerd door het RIVM.

Rapid responder diensten hebben naar verwachting een drukkend effect op de personeelskosten per dienst omdat de verpleegkundige tegelijkertijd ook ambulancechauffeur is. Omdat alleen de RIVM enquête gegevens over rapid responder diensten bevat wordt deze bron gebruikt.

De dienstroosters van mei 2012 worden geconverteerd naar het aggregatieniveau van het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid, waarbij per blok van acht uur per dagtype (weekdag, zaterdag, of zondag) het aantal werkelijke diensten per type dienst is berekend.

Er worden drie type diensten onderscheiden:

- Paraat (A+B),
- Aanwezig
- Rapid responder

Voor de kostengewichten is gekozen aan te sluiten bij de kostengewichten van loonkosten binnen het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid. Deze dekken de personele kosten van beschikbaarheid, maar niet de opleidingskosten of overhead (kosten niet-primaire proces). De kostengewichten worden op prijspeil 2012 gebracht via indexering vanuit de beleidsregelwaarden 2004, en opgehoogd met 3,8% om ook de normatieve opleidingskosten te dekken<sup>45</sup>.

Er zijn kostengewichten beschikbaar voor parate en aanwezige diensten. Voor het kostengewicht van een rapid responder dienst (de personeelskosten van de soloverpleegkundige) nemen we aan dat deze de helft is van een parate dienst waarbij een verpleegkundige en ambulancechauffeur paraat staan.

<sup>45</sup> Bron: NZa bekostigingsonderzoek 2013

### *Omvang en samenstelling wagenpark*

Er zijn een aantal bronnen voor het wagenpark per regio naast elkaar gelegd. Dit zijn KPMG 2010-2011, Ambulances-in-zicht 2012, de ambulance-aantallen uit de budgetten 2012, en het wagenpark per regio zoals vermeld in de publicatie "Anno 2013". Uiteindelijk is voor Anno 2013 gekozen omdat dit het meeste inzicht gaf in de samenstelling van het wagenpark op RAV-niveau. Hierop zijn 2 correcties gemaakt op basis van de overige bronnen.

Het wagenpark is ingedeeld in vier type voertuigen:

- Ambulance geschikt voor spoedvervoer
- Ambulance geschikt voor besteld vervoer
- Voertuig geschikt voor ambulancezorg ter plaatse, maar niet geschikt voor vervoer ("Rapid responder")
- Ambulance geschikt voor vervoer van IC patiënten (MICU)

Voor de reguliere ALS ambulance wordt een kostengewicht van 40.000 euro gerekend. Dit is gebaseerd op het KPMG, bekostigingsonderzoek in de ambulancezorg (2013), waarbij zowel de afschrijvingen van de ambulance als de medische inventaris gedekt zijn.

Voor de "uitgeklede" ambulance die niet geschikt is voor spoedvervoer wordt een lager kostengewicht gehanteerd. Op basis van het KPMG bekostigingsonderzoek, uitgaande van €107.000 aanschafkosten, €50.000 inventaris, en een afschrijvingstermijn van 5 jaar) is voor een kostengewicht van €31.000 gekozen.

Rapid responders bestaan in de praktijk uit solo-ambulances, ambulancemotoren of bike-teams. Deze tellen allemaal even zwaar mee in de benchmark, met een kostengewicht van 10.000 euro. Ter vergelijking, de integrale jaarlijkse vergoeding voor een piketauto betreft 6300 euro (prijsspeil 2011).

Bij de MICU gaan we uit van de huidige budgetvergoeding als kostengewicht, dit komt op 260.000 euro (vergoeding voor de ambulance, de chauffeur en de overige kosten samen).

### *Aantallen ritten en gereden kilometers (km)*

De normatieve kosten voor kilometers en ritten zijn de kosten die samenhangen met de variabele kosten per rit en per km. Dit betreft onderhoud, materiaal (linnengoed) en brandstof. We gebruiken de kostengewichten uit het KPMG bekostigingsonderzoek 2013:

- Rit: 15,7 euro (prijsspeil 2012)
- Km: 0,49 euro (prijsspeil 2012)

De aantallen "Voorlopige realisatie 2012" worden gebruikt voor beide parameters. Deze sluiten landelijk voor >99% aan bij de realisatie 2012 zoals vermeld in Ambulances-in-zicht 2012. De ritten betreffen het totaal van declarabele ritten (met vervoer) en EHGV-ritten (geen vervoer). De km betreft het totaal van beladen en onbeladen km.

### *Beschrijvende statistiek van de input en outputs*

Tabel 8.3 geeft de "beschrijvende statistiek" van het gegevensbestand op basis waarvan de benchmark plaatsvindt. De tabel toont het gemiddelde en de laagste en hoogste waarde van de input (werkelijke kosten), en de drie outputs (verwachte kosten 1,2 en 3).

**Tabel 8.3 Beschrijvende statistiek variabelen**

	Gemiddelde	Min	Max
Werkelijke kosten	18.503.837	5.232.289	37.689.757
Verwachte kosten Ritten + km	1.477.660	430.925	3.094.708
Verwachte kosten wagenpark	1.406.261	400.000	3.216.000
Verwachte kosten beschikbaarheid	12.486.954	3.461.703	25.983.226

**8.2.3 Specifieke bewerking data per methode**

Bij variant 1 van de referentiekostenbenadering zijn de kostengewichten bepaald op basis van het prijspeil 2012. Vervolgens worden deze kostengewichten per categorie gesommeerd. Hieronder volgt een samenvattende tabel van deze kostengewichten.

**Tabel 8.4 Kostengewichten referentiekostenbenadering variant 1**

Categorie	Parameter	Kostengewicht prijspeil 2012 (in euro's)	Bron
Beschikbaarheid	Dienst	diversen, afhankelijk van type dienst, tijdstip op de dag en dag van de week, opgehoogd met 3,8% voor de opleidingskosten	Beleidsregel BR/CU-7018, geïndexeerd naar 2012; Percentage opleidingskosten op basis budget opleiding in de rekenstaat
Productie	Rit	15,7	KPMG 2013
Productie	Km	0,49	KPMG 2013
Wagenpark	Ambulance geschikt voor vervoer met spoed	40.000	KPMG 2013
Wagenpark	Ambulance geschikt voor vervoer, geen spoed	31.000	KPMG 2013
Wagenpark	Solovoertuig (geen vervoer)	10.000	NZa
Wagenpark	MICU incl. personeel, MICU ritten en km	260.000	Beleidsregel BR/CU-7067

Voor variant 2 van de referentiekostenbenadering worden de kostengewichten geschat op basis van de data. De uitkomsten hiervan staan in tabel 8.4.

**Tabel 8.5 Uitkomsten regressieanalyse referentiekostenbenadering variant 2**

Call:	lm(formula = TCOST_BUDG ~ NCOST_BESCH + NCOST_PROD + NCOST_WPARK)				
Residuals:	Min	1Q	Median	3Q	Max
	-1313492	-366751	-91080	256484	1213044
Coefficients:					

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t )
(Intercept)	6.482e+05	2.853e+05	2.272	0.0349 *
NCOST_BESCH	4.339e-01	5.906e-02	7.347	5.80e-07 ***
NCOST_PROD	7.953e+00	8.190e-01	9.710	8.44e-09 ***
NCOST_WPARK	4.878e-01	5.612e-01	0.869	0.3956

---  
Signif. codes: 0 '\*\*\*' 0.001 '\*\*' 0.01 '\*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 653100 on 19 degrees of freedom  
Multiple R-squared: 0.9941, Adjusted R-squared: 0.9931  
F-statistic: 1922 on 3 and 19 DF, p-value: < 2.2e-16

Note: Heteroscedasticity-consistent standard errors using adjustment hc3

De herijkte verwachte kosten in variant 2 worden berekend door de via tabel 8.4 berekende verwachte kosten te vermenigvuldigen met de geschatte coëfficiënten uit de regressie (0.43 voor de beschikbaarheid, 7,6 voor de productie (km + rit) en 0.49 voor het wagenpark), en hierbij de vaste kosten (intercept) van 648.200 euro bij op te tellen.

Voor de DEA (variant 3 en 4) worden de kostengewichten zoals tabel 8.4 toont, gebruikt. In tegenstelling tot variant 1, worden de kostengewichten niet per categorie gesommeerd.