

Rapport

Prestaties zorgverzekeraars bij inkopen ambulancezorg

April 2005

Publicatienummer

25

25009096- v10

Uitgave

College toezicht zorgverzekeringen
Postbus 324
1110 AH Diemen
Telefoon (020) 797 80 07
Fax (020) 797 81 11
E-mail info@ctz.nl
Internet www.ctz.nl

Auteurs

Erik Koek, Harm Lieverdink, Hennie Goorhuis, Jaap Lips,
Kirsten van der Steen



Het CTZ is ISO 9001:2000 gecertificeerd.

Inhoud:*pag.*

| | |
|----|------------------------------------------|
| | Samenvatting |
| 1 | 1. Inleiding |
| 1 | 1.a. Doel- en vraagstelling |
| 2 | 1.b. Verdeling van verantwoordelijkheden |
| 7 | 1.c. Aanpak en leeswijzer |
| 8 | 2. Bevindingen |
| 8 | 2.a. Algemeen |
| 9 | 2.b. Tijdigheid |
| 9 | 2.b.1. Paraatheid |
| 11 | 2.b.2. Spreiding |
| 12 | 2.b.3. Rol cpa |
| 13 | 2.b.4. Rittenregistratie |
| 13 | 2.b.5. Achtergronden bij tijdigheid |
| 14 | 2.c. Betaalbaarheid |
| 16 | 2.d. Kwaliteit |
| 18 | 3. Conclusies en aanbevelingen |
| 18 | 3.a. Conclusies |
| 19 | 3.b. Aanbevelingen |
| | Bijlagen |
| | 1. Beoordelingssystematiek |
| | 2. Vooronderzoek |

Samenvatting

Het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) heeft onderzocht welke activiteiten zorgverzekeraars verrichten bij het inkopen van ambulancezorg en welke resultaten zij daarbij boeken. Daarbij heeft het CTZ prestaties benoemd.

Focus

Het CTZ heeft de activiteiten en resultaten van zorgverzekeraars bij de volgende drie aspecten beoordeeld:

- 95 procent van de spoedritten binnen 15 minuten ter plekke laten zijn (tijdigheid);
- het voorkomen van hoge uitgaven voor ambulancezorg (betaalbaarheid);
- het stimuleren van de kwaliteit van ambulancezorg (kwaliteit).

De nadruk ligt hierbij op de tijdigheid omdat dit het belangrijkste aspect van het functioneren van de ambulancezorg is. Zorgverzekeraars registreren overschrijdingen van de norm in de meeste regio's, met een enkele plaatselijke uitschieter tot 25 procent niet-tijdige ritten.¹

Het CTZ heeft de prestaties van zorgverzekeraars bij de inkoop van ambulancezorg in kaart gebracht vanwege de verantwoordelijkheden en taken en de feitelijke mogelijkheden van zorgverzekeraars om bij te dragen aan het oplossen van tijdigheidproblemen, de voorgenomen uitbreiding van de rol van zorgverzekeraars in de nieuwe Wet Ambulancezorg en de prikkelende werking van publicatie van prestaties.

Afbakening

Het onderzoek van het CTZ betreft alleen de reguliere ambulancezorg. Er wordt niet ingegaan op de geneeskundige hulp bij rampenbestrijding of de traumazorg.

Kern van de

Bij de beoordeling van de zorgverzekeraars is het CTZ

¹ Dit zijn indicaties; de sector werkt aan verbetering van de betrouwbaarheid van overschrijdingspercentages.

verdeling van verantwoordelijkheden

uitgegaan van de huidige verdeling van verantwoordelijkheden. Verantwoorde ambulancezorg is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de betrokken aanbieders: de centrale post ambulancevervoer (cpa) en de regionale ambulancevoorziening (rav, gefuseerde of samenwerkende ambulancediensten). De cpa is verantwoordelijk voor het verstrekken van rijopdrachten aan ambulancediensten die op hun beurt moeten zorgen voor verantwoorde ambulancevervoer.

Gemeenten en provincies hebben de verantwoordelijkheid om de randvoorwaarden bij het aanbod te realiseren. Gemeenten moeten een cpa oprichten en in stand houden, provincies spreiden voorzieningen op basis van spreidingsplannen en vergunningverlening.

Zorgverzekeraars hebben de taak om afspraken met de aanbieders te maken over het daadwerkelijk functioneren van de ambulancezorg. Hun zorgplicht vereist dat zij aansturen op tijdige en kwalitatief goede ambulancezorg. Ook moeten zorgverzekeraars de cpa's en ambulancevoorzieningen aanspreken op verantwoording over de effecten van de inzet van middelen. De overheid heeft deze verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars in 2004 onderstreept door van zorgverzekeraars en aanbieders gezamenlijke prestatieafspraken over de inzet van extra middelen te eisen.

Algemeen beeld

Zorgverzekeraars presteren redelijk bij de inkoop van ambulancezorg. Zij zijn actief bij de bevordering van de tijdigheid. Zorgverzekeraars presteren hierbij het minst op het maken van afspraken over verbeteringen in het functioneren van de centrale post ambulancevervoer (cpa).

Zorgverzekeraars maken gebruik van mogelijkheden om hoge uitgaven aan ambulancezorg te voorkomen. Bij de kwaliteit van de ambulancezorg krijgen zorgverzekeraars oog voor de acute zorgketen (relatie huisarts-ambulancedienst-spoedeisende hulp in ziekenhuis), maar maken nauwelijks afspraken over de kwaliteit van ambulancediensten. Zij volgen deze wel door bijvoorbeeld kwaliteitsjaarverslagen te lezen. Zorgverzekeraars kunnen op onderdelen een goed oordeel krijgen als zij de effecten van hun afspraken kunnen aantonen.

Met name door afspraken over verbeterde paraatheid hebben een aantal zorgverzekeraars het aantal ritten boven de 15 minutengrens plaatselijk substantieel weten te verlagen. Er bestaan onvoldoende gegevens om het effect hiervan op overschrijdingen op het niveau van de regionale ambulancevoorziening te bepalen. Voor het overige kunnen zorgverzekeraars de effecten van hun inspanningen zeer beperkt aangeven.

Achtergronden

De voornaamste achtergronden bij de afspraken en activiteiten van zorgverzekeraars zijn:

- zorgverzekeraars worden positief geprikkeld om hun inkoopbeleid verder vorm te geven door de vorming van regionale ambulancevoorzieningen (rav's) en het landelijk kader van de overheid voor verbetering van de spreiding van ambulanceposten (het zogeheten Spreiding en Beschikbaarheid II (S&BII));
- verdere invulling van het inkoopbeleid door zorgverzekeraars vraagt duidelijkheid over de verantwoordelijkheidsverdeling in de nieuwe wet ambulancezorg;
- resultaatmetingen bij het stimuleren van de paraatheid van ambulancediensten en verbeteringen in de spreiding van ambulanceposten zijn pas goed mogelijk als verbeteringen van rittenregistraties zijn afgerond;
- afspraken over verbeteringen in het functioneren van cpa's zijn lastig te maken vanwege de betrokkenheid van verschillende andere actoren;
- kwaliteit is voor veel zorgverzekeraars in eerste instantie de tijdigheid van ambulancezorg. Voor het stimuleren van de acute zorgketen hebben de meeste zorgverzekeraars nog maar sinds kort beleidsmatige aandacht.

Aanbevelingen

Aanbeveling 1

Mede in het licht van de investeringen in de spreiding en beschikbaarheid in 2004 (S&BII) zijn metingen van verbeteringen in de tijdigheid van ambulancezorg onmisbaar. Zorgverzekeraars maken afspraken over tijdige ambulancezorg, maar moeten ook afspreken dat verbeteringen in de tijdigheid worden beoordeeld (bijvoorbeeld aan de hand van

een registratiesysteem bij de vervoerder en de cpa). De plannen van aanpak voor de implementatie van S&BII en de regionale ambulanceplannen bieden daarvoor ruimte. De verbetering van registratiesystemen is momenteel goed mogelijk door de beschikbaarheid van management informatie systemen voor de ambulancesector.

Aanbeveling 2

De overheid is voornemens de wet ambulancezorg aan te passen. Het uitgangspunt in de nieuwe wet is dat de zorgverzekeraars binnen landelijke kaders voldoende kwalitatief verantwoorde ambulancezorg inkopen. Het CTZ is van mening dat deze aansturing door zorgverzekeraars aan effectiviteit wint als

- de rav als de regionale zorgaanbieder het aanspreekpunt wordt bij de inkoop van zorg;
- de cpa ook in operationele zin wordt aangestuurd door de rav.

Het CTZ vraagt de overheid deze twee zaken met de nieuwe wetgeving te bevorderen.

Aanbeveling 3

Uit dit onderzoek van het CTZ is gebleken dat verschillende zorgverzekeraars willen inzetten op vervoersdifferentiatie om de efficiëntie van ambulancevervoer te bevorderen. Bij vervoersdifferentiatie gaat het om het inzetten van vervoer dat past bij de zorgvraag in plaats van het gebruik van de standaardambulance voor alle meldingen.²

De overheid heeft aangegeven daarvoor ruimte te willen bieden in de nieuwe wet ambulancezorg, mede omdat uit studies blijkt dat vervoersdifferentiatie onder voorwaarden positieve effecten heeft.³ Het CTZ vraagt de overheid de mogelijkheid van vervoersdifferentiatie open te houden.

Aanbeveling 4

Zorgverzekeraars moeten hun rol bij de kwaliteit van ambulancezorg verder invullen door verbeteringen in de organisatie van de acute zorgketen te stimuleren.

² Bijvoorbeeld de inzet van motorambulances of hulpambulances voor vervoer waarbij niet de meest uitgebreide zorg in het voertuig is vereist.

³ Brief aan de Tweede kamer dd 10 februari 2004, 2003-2004, 29247, nr. 8

Zorgverzekeraars kunnen daarover afspraken maken met de betrokken aanbieders. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) noemt in zijn advies 'Acute zorg' (2003) onder andere:

- een betere planning in ziekenhuizen van de afhandeling van spoedvervoer door reservecapaciteit vrij te houden (waardoor het bestelde vervoer ook minder in de knel komt);
- meer gebruik van technologische vernieuwing waardoor al vanuit de ambulance medische gegevens naar het ziekenhuis gestuurd kunnen worden.

1. Inleiding

Doel- en vraagstelling

1.a. Doel- en vraagstelling

Het CTZ heeft een onderzoek uitgevoerd naar de prestaties van zorgverzekeraars bij de inkoop van ambulancezorg. In de Ziekenfondswet (ZFW) werd hieraan in 2003 ongeveer € 233 miljoen uitgegeven. Dit is ongeveer 1,5 procent van de totale uitgaven ZFW 2003. Ambulancezorg is voor zorgverzekeraars een belangrijk dossier met name vanwege het belang van tijdigheid van ambulanceritten. Tevens is goede ambulancezorg een speerpunt van overheidsbeleid wat gepaard gaat met substantiële investeringen.

De centrale vraag van het onderzoek is welke activiteiten zorgverzekeraars uitvoeren bij het inkopen van ambulancezorg en welke resultaten zij daarmee bereiken. Het CTZ heeft ook gekeken naar de achterliggende factoren. Het onderzoek strekt zich uit over de jaren 2003 en 2004 (tot en met het derde kwartaal).

Focus

Het CTZ heeft de activiteiten en resultaten van zorgverzekeraars beoordeeld bij de volgende drie aspecten:

- 95 procent van de spoedritten binnen 15 minuten ter plekke laten zijn (tijdigheid);
- het voorkomen van hoge uitgaven voor ambulancezorg (betaalbaarheid);
- het stimuleren van de kwaliteit van ambulancezorg (kwaliteit).

De nadruk ligt op de tijdigheid. Dit komt tot uitdrukking in de weging van de prestaties. De prestaties op het terrein van de tijdigheid tellen voor 60 procent mee, de beide andere voor 20 procent.

De uitwerking van deze aspecten in beoordelingsitems staat in bijlage 1.

Omvang van het tijdigheidsprobleem

De tijdigheid van ambulancezorg is over het algemeen een probleem. Volgens opgave van de zorgverzekeraars is in de

regio's waarin zij ambulancediensten contracteren meestal sprake van een gemiddeld overschrijdingspercentage van hoger dan vijf procent. Metingen variëren van 5,1 tot een uitschieter van 25 procent.⁴ Bovendien kunnen binnen een regio die gemiddeld voldoet aan de norm plaatselijke overschrijdingen plaatsvinden.

**Relevantie
onderzoek
presteren van
zorgverzekeraars**

Het CTZ heeft de prestaties van zorgverzekeraars bij de inkoop van ambulancezorg in kaart gebracht vanwege:

1. De verantwoordelijkheden en taken van zorgverzekeraars bij de reguliere ambulancezorg en hun feitelijke bijdrage aan het oplossen van tijdsproblemen. Dit wordt in de volgende paragraaf uitgewerkt.
2. Uitbreiding van de rol van zorgverzekeraars in de nieuwe wet ambulancezorg. De Tweede Kamer heeft in oktober 2004 een voorstel voor een nieuwe wet ambulancezorg ontvangen. Daarin wordt de inkooprol van de zorgverzekeraar vergroot. Bij de besluitvorming kan gebruik gemaakt worden van toezichtsinformatie over de invulling van de huidige rol door de zorgverzekeraars.
3. De prikkel tot verbetering door publicatie van prestaties. Het onderzoek maakt onderdeel uit van het trendmatig verdiepende onderzoek van het CTZ naar de prestaties van individuele zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg. Hierbij worden prestaties van zorgverzekeraars in publicaties op naam vergeleken met als doel hen daar waar nodig te prikkelen tot verbeteringen. Deze functie van toezicht is belangrijk bij die verstrekkingen waar de markt deze prikkels niet verzorgt.

1.b. Verdeling van verantwoordelijkheden

In onderstaand schema staan de belangrijkste actoren en hun verantwoordelijkheden bij de reguliere ambulancezorg weergegeven.

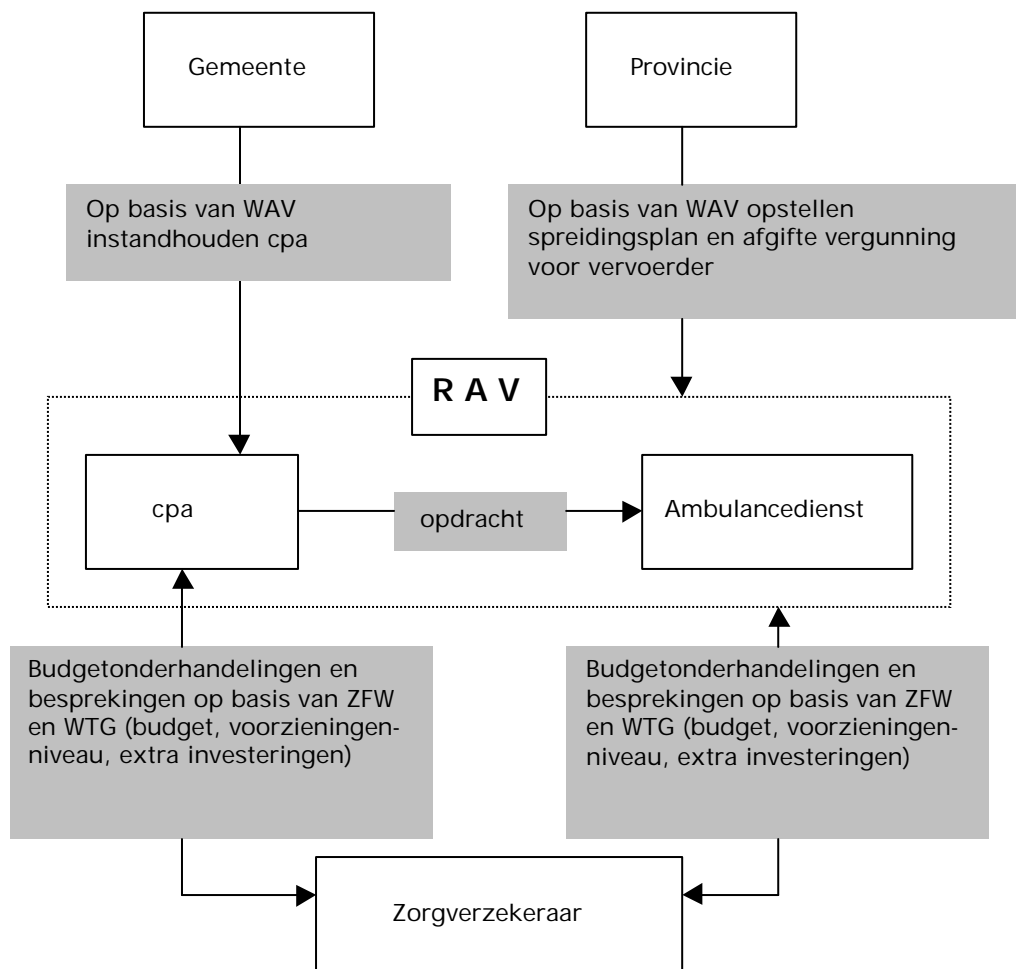
⁴ Dit zijn indicaties; de sector werkt aan verbetering van de betrouwbaarheid van overschrijdingspercentages.

Verantwoordelijkheden en taken ambulancevervoerder en cpa

De Wet Ambulancevervoer (WAV) schrijft voor dat ambulancevervoer alleen mag plaatsvinden na opdracht door de centrale post ambulancevervoer (cpa). De cpa bepaalt de toegang tot de ambulancezorg omdat daar de indicatiestelling en verdeling en coördinatie van ambulanceritten plaats moet vinden. Er zijn 25 cpa's.

Ambulancediensten moeten zorgen voor verantwoorde ambulancezorg. Ambulancezorg bestaat uit niet-planbare spoedritten bij ongevallen en bestelde, planbare ritten voor vervoer van patiënten tussen bijvoorbeeld ziekenhuizen.

Schema 1: verantwoordelijkheden actoren bij reguliere ambulancezorg



Ambulancediensten zijn de afgelopen jaren gereorganiseerd en omgevormd tot regionale ambulancevoorzieningen (rav's). In een enkele regio is dat proces nog niet afgerond en is nog sprake van afzonderlijke ambulancediensten. Bovendien is de centrale post ambulancevervoer vaak nog niet integraal onderdeel van de rav.

Ambulancediensten en cpa's vallen onder de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI). De Inspectie voor de gezondheidszorg houdt toezicht op de naleving van de wetgeving en de kwaliteit van de ambulancezorg. De sector heeft zelf gewerkt aan het opstellen van kwaliteitsmaatstaven.⁵

Verantwoordelijkheid en taken van de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar moet op basis van de ZFW invulling geven aan zijn zorgplicht door afspraken met ambulancediensten en cpa's te maken over de inzet van reguliere middelen (budgetten) en extra middelen. Daarbij stimuleert de zorgverzekeraar de efficiëntie en de tijdigheid van ambulancevervoer maar ook de kwaliteit bijvoorbeeld bij de afstemming met andere onderdelen van de acute zorgketen. Op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) maakt de zorgverzekeraar budgetafspraken met de aanbieders.

Vanuit zijn wettelijke plicht tot controle op het nakomen van afspraken moet een zorgverzekeraar een transparante verantwoording door de aanbieders eisen over de inzet van middelen voor ambulancezorg. In dit kader moet de zorgverzekeraar waar nodig aansturen op betere registraties en managementinformatie.

De taak van de zorgverzekeraar bij de inzet van extra financiële middelen voor meer tijdige ambulancezorg heeft de overheid in 2004 verder aangescherpt door van hem te eisen daarover met de zorgaanbieder bilaterale prestatieafspraken te maken.

Verantwoordelijkheid en taken

Op basis van de Wav moeten gemeenten een cpa oprichten en in stand houden. Dat gebeurt meestal op basis van een

⁵ AmbulanceZorg Nederland, Verantwoorde ambulancezorg, 2003

**van de gemeente
en provincie**

gemeenschappelijke regeling. De provincies maken spreidingsplannen waarin zij aangeven hoe op basis van een spreiding van standplaatsen de regio's bereikt kunnen worden binnen de bestaande tijdsnormen.

Gemeenten zien vanuit hun taak toe op het functioneren van cpa's. Zoals schema 1 laat zien betekent dit dat zorgverzekeraars voor afspraken over de activiteiten van de cpa in gesprek moeten met de verantwoordelijke gemeente. Dit geldt zeker als sprake is van geïntegreerde meldkamers (ambulancezorg, politie en brandweer). De ontwikkeling van de rav's is nog niet zover dat aansturing van de cpa door de directie van de rav gebeurt.

**Focus op reguliere
ambulancevervoer,
niet op
geneeskundige hulp
bij
rampenbestrijding**

De bovenstaande schets geldt voor het reguliere ambulancevervoer dat vrijwel alle ritten van ambulances omvat.⁶ De in dit rapport beschreven prestaties van zorgverzekeraars hebben alleen op deze zorg betrekking. Daarnaast vindt ook rampenbestrijding plaats waarbij lagere overheden de verantwoordelijkheid hebben voor de inrichting van de geneeskundige hulpverlening. Zij schakelen daarbij de cpa's en ambulancevervoerders in.

**Ook geen aandacht
voor traumazorg**

In dit rapport is geen aandacht voor traumazorg. Zorgverzekeraars spelen bij de aansturing momenteel geen rol. Het College voor zorgverzekeringen (Cvz) heeft onlangs verbeteringen in de organisatie van de traumazorg voorgesteld.⁷

⁶ Volgens AmbulanceZorg Nederland is 99 procent van het ambulancevervoer reguliere medische spoedhulp, in: "10 hardnekkige misvattingen rond Wet ambulancezorg" (www.ambulancezorg-wg.nl)

⁷ CVZ, Voorbij het gouden uur. Evaluatie beleidsvisie traumazorg 2004, februari 2005

Uitwerking in de praktijk

De voorwaarden die de lagere overheden scheppen (het bestaan van een cpa en een spreidingsplanning) garanderen niet dat ambulancezorg tijdig verloopt. Effectieve en efficiënte ambulancezorg is een kwestie van plaatselijk maatwerk, vaak ook omdat niet zozeer de spreiding het probleem is maar wel het functioneren van een regionale ambulancevoorziening. Zo constateert de Minister van Volksgezondheid aanmerkelijke organisatieproblemen in Rotterdam waar ambulancezorg niet tijdig verloopt.⁸

Bij het realiseren van een goed functionerende ambulancezorg spelen de zorgverzekeraars een belangrijke rol. Zo vormt de financiering van een hogere paraatheid bij een ambulancepost vaak een oplossing voor rittijdoverschrijdingen. Ook kunnen zorgverzekeraars de spreiding van ambulanceposten optimaliseren door afspraken te maken over het werkproces bij ambulancevervoerders (bijvoorbeeld het zogeheten dynamisch ambulancemanagement). Sturing vergt vervolgens dat zorgverzekeraars goede afspraken maken over meting van effecten van investeringen in tijdige zorg.

Het kan ook zo zijn dat vertraging in ambulanceritten optreedt doordat de cpa niet goed functioneert. Verschillende zorgverzekeraars hanteren een aanpak om dit inzichtelijk te maken en om in verbeteringen in de cpa te investeren. Dit vereist wel vaak overleg met gemeenten die de cpa beheren.⁹

De verdeling van verantwoordelijkheden en de mogelijkheden van zorgverzekeraars om goede, betaalbare ambulancezorg in te kopen zijn vertaald in het beoordelingskader (zie bijlage 1). Zo wegen inspanningen van zorgverzekeraars om de paraatheid van ambulancepersoneel te verbeteren zwaarder mee dan het verbeteren van de cpa omdat het laatste voor zorgverzekeraars binnen de bestaande verdeling van verantwoordelijkheden moeilijker realiseerbaar is.

⁸ Antwoord op vragen van het lid Arib (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het bericht dat in de regio Rotterdam het aantal ambulancestandplaatsen en ambulances is verminderd met als gevolg twee doden vanwege te lange rijtijd d.d. 22 maart 2005.

⁹ De cpa vormt voor gemeenten een belangrijke middel voor aansturing van de geneeskundige hulpverlening bij rampen. Gemeenten claimen daarom inspraak bij verbeteringen. Zie onder andere: E. Lammers, Touwtrekken om de ambulance, in: Binnenlands Bestuur, 2005, week 5, p. 27-29

1.c. Aanpak en leeswijzer

| | |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aantal onderzochte zorgverzekeraars | Zorgverzekeraars die in hun regio marktleider zijn, verzorgen de inkoop van ambulancezorg. Zij maken de afspraken over budgetten en inzet van extra middelen. Deze marktleiders treden in verschillende regio's gezamenlijk op met de andere zorgverzekeraars die daar verzekerden hebben. Tenslotte zit de ZN/KPZ regiovertegenwoordiger aan tafel. Al met al verzorgen twaalf zorgverzekeraars de inkoop van ambulancezorg. Hun activiteiten en resultaten zijn onderzocht. |
| Consultaties | Het CTZ heeft bij het opstellen van de lijst van beoordelings-items aangesloten op beleidsprioriteiten van de overheid en bestaande inzichten over de kwaliteit en doelmatigheid van ambulancezorg. ¹⁰ Over de lijst zijn verschillende deskundigen geconsulteerd. Tevens zijn de items voorgelegd aan een klankbordgroep met daarin mensen die werkzaam zijn bij zorgverzekeraars, zorgaanbieders, College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (CTG-ZAio), Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) en een adviesbureau. Bovendien heeft elke individuele zorgverzekeraar commentaar kunnen geven op de beoordelingssystematiek. |
| Leeswijzer | In het volgende hoofdstuk staan per aspect de prestaties van zorgverzekeraars beschreven. Ook krijgen de achtergronden daarvan aandacht. Het rapport eindigt met conclusies en aanbevelingen. |

¹⁰ Met name het RIVM heeft, in samenwerking met anderen, hierover rapporten gepubliceerd.

2. Bevindingen

2.a. Algemeen

Alle zorgverzekeraars presteren redelijk bij de inkoop van ambulancezorg. De best presterende zorgverzekeraars zijn Univé, VGZ, Delta Lloyd en CZ. Zorgverzekeraars leggen de nadruk op de tijdigheid van ambulancezorg en het voorkomen van hoge uitgaven, maar minder op de kwaliteit.

Een toelichting op de prestaties per aspect staat in de volgende paragrafen.

Tabel 1: prestaties totaal

| TOTAALSCORE | | | | DEELSCORE | | | |
|-------------|-------|----------|------|----------------|------------|----------------|-----------|
| SLECHT | MATIG | REDELIJK | GOED | | TIJDIGHEID | BETAALBAARHEID | KWALITEIT |
| | | | | WEGINGSFACTOR | 60% | 20% | 20% |
| | | | | Univé | ▪ | + | - |
| | | | | Delta Lloyd | ▪ | + | ▪ |
| | | | | Trias | ▪ | ▪ | - |
| | | | | Zorg en Z-held | ▪ | ▪ | - |
| | | | | De Friesland | ▪ | - | - |
| | | | | OZ | ▪ | ▪ | - |
| | | | | CZ | ▪ | + | ▪ |
| | | | | VGZ | ▪ | + | ▪ |
| | | | | Achmea | ▪ | + | - |
| | | | | Agis | ▪ | + | - |
| | | | | Amicon | ▪ | ▪ | - |
| | | | | Geové | ▪ | ▪ | - |

+ = goed; ▪ = redelijk; - = matig; -- = slecht

2.b. Tijdigheid

In dit onderzoek is gekeken naar de volgende activiteiten die er toe leiden dat de 95 procent-norm minder vaak wordt overschreden:

- het vergroten van de paraatheid van ambulancediensten;
- het verbeteren van de spreiding van standplaatsen van ambulances;
- het verbeteren van het functioneren van de cpa;
- het verbeteren van de rittenregistratie.

Verbeteringen in de paraatheid, spreiding en functioneren van cpa's hebben directe effecten op de rittijden; verbeteringen in de rittenregistratie is een meer voorwaardescheppende factor.

Bij het in kaart brengen van de prestaties van de zorgverzekeraars is het CTZ uitgegaan van kwantitatieve resultaatgegevens van zorgverzekeraars voor zover aanwezig. Hierbij gaat het om specifieke, aan interventies gerelateerde gegevens. De bijdrage hiervan aan de tijdigheid van de ambulancezorg in totaal kan het CTZ niet berekenen; daarvoor ontbreekt adequate informatie.

2.b.1. Paraatheid

Zorgverzekeraars kunnen de tijdigheid van ritten bevorderen door afspraken te maken over verhoging van de paraatheid. Dit kan door omzetting van zogeheten piketdiensten in paraatheidsdiensten daar waar rittijden boven de norm liggen. Bij piketdiensten wacht het personeel thuis op een signaal om uit te rukken. Bij paraatheidsdiensten is het personeel op de standplaats zelf paraat. Een andere mogelijkheid is dat zorgverzekeraars voorwaardescheppende ritten bevorderen. Hierbij zijn ambulances rijdend paraat om bepaalde regio's bereikbaar te houden en niet alleen vanuit de standplaats.

Tabel 2: prestaties tijdigheid

| TOTAALSCORE | | | | DEELSCORE | | | | |
|-------------|-------|----------|------|----------------|------------|-----------|---------|--------------------|
| SLECHT | MATIG | REDELIJK | GOED | | PARAATHEID | SPREIDING | ROL CPA | RITTEN-REGISTRATIE |
| | | | | WEGINGSFACTOR | 35% | 35% | 15% | 15% |
| | | | | Univé | + | ■ | ■ | ■ |
| | | | | Delta Lloyd | + | ■ | - | - |
| | | | | Trias | ■ | ■ | ■ | ■ |
| | | | | Zorg en Z-heid | ■ | ■ | ■ | ■ |
| | | | | De Friesland | + | ■ | - | ■ |
| | | | | OZ | + | ■ | ■ | ■ |
| | | | | CZ | + | ■ | - | - |
| | | | | VGZ | + | ■ | - | ■ |
| | | | | Achmea | ■ | ■ | - | ■ |
| | | | | Agis | ■ | ■ | - | ■ |
| | | | | Amicon | ■ | + | - | ■ |
| | | | | Geové | ■ | + | - | ■ |

+ = goed; ■ = redelijk; - = matig; -- = slecht

Resultaten

Zorgverzekeraars maken afspraken over verhoging van de paraatheid. Zij presteren dan ook redelijk op dit punt. Zorgverzekeraars richten zich minder op het stimuleren van voorwaardescheppende ritten. Zes zorgverzekeraars presteren goed, omdat zij ook kunnen aantonen dat hun investeringen hebben geleid tot lagere overschrijdingspercentages.¹¹ Het gaat hierbij om de oplossing van lokale knelpunten. Dit betekent dat verhoging van de paraatheid heeft geleid tot substantieel minder overschrijdingen in bepaalde gemeenten. Volgens opgave van zorgverzekeraars bedraagt de verbetering in een enkel geval meer dan 20 procent. Het CTZ heeft door gebrek aan betrouwbare gegevens het effect op rav-niveau niet kunnen vaststellen.

¹¹ Het gaat hier meestal om zogeheten handgemeten registraties of projectgebonden metingen in afwachting van structurele verbeteringen in de rittenregistraties.

2.b.2. Spreiding

Of een ambulance snel ter plekke is, hangt voor een belangrijk deel af van de spreiding van ambulances over de regio.

Onderzocht is of zorgverzekeraars de spreiding van ambulances verbeteren door:

- in overleg met de rav of ambulancedienst extra standplaatsen te realiseren;
- dynamisch ambulancemanagement te bevorderen. Bij dynamisch ambulancemanagement zorgt de cpa ervoor de parate ambulances zodanig over het gebied gespreid te houden dat de gehele regio zoveel mogelijk binnen 15 minuten te bereiken is. Dit houdt bijvoorbeeld in dat de cpa ambulances niet als vanzelfsprekend terugstuurt naar de eigen standplaats, maar naar de plek waar een ambulance op dat moment het meest gewenst is.

Resultaten

De meerderheid van de zorgverzekeraars presteert redelijk op dit onderdeel; zij maken afspraken met ambulancediensten over het realiseren van extra standplaatsen. Dynamisch ambulancemanagement wordt sporadisch gestimuleerd. In 2004 hanteren zorgverzekeraars het Spreiding en Beschikbaarheid II –kader (S&BII); sommige liepen daar al in 2003 op vooruit (bijvoorbeeld door al vrije marge gelden in te zetten).¹² S&B II staat voor het landelijk spreidingsplan van de overheid waarin op basis van onderzoek van het RIVM is aangegeven waar standplaatsen moeten komen om 95% bereikbaarheid mogelijk te maken. Voor de implementatie is geld beschikbaar; zorgverzekeraars en aanbieders moeten gezamenlijk bestedingsvoorstellen indienen bij het CTG, vergezeld van plannen van aanpak waarin afspraken staan over de te behalen prestaties.

Op twee na kunnen zorgverzekeraars (nog) niet de effecten aangeven in termen van verlaging van het aantal overschrijdingen van de 15-minuten grens in die gebieden waar standplaatsen veranderden.

¹² De zogeheten vrije marge was in 2003 5,5 procent (waarvan 2,75 procent structureel) van het variabel budget van een ambulancedienst.

2.b.3. Rol cpa

Het functioneren van cpa's is van grote invloed op de tijdigheid van ritten. De cpa voert immers de indicatiestelling uit en bepaalt welke ambulance waar wordt ingezet. Bovendien zorgt vertraging bij de cpa voor vertraging in het spoedvervoer. De norm is dat binnen 2 minuten na melding de ambulance opdracht moet hebben gekregen om uit te rukken. Afspraken over het functioneren van cpa's kunnen betrekking hebben op verschillende aspecten.¹³

Resultaten

Zorgverzekeraars presteren op dit aspect van tijdigheid het laagst. De meeste zorgverzekeraars hebben wel als doel de doelmatige werking van de cpa te stimuleren.

Bij een derde van de zorgverzekeraars komt het ook tot concrete afspraken. Dan komt men bijvoorbeeld overeen dat de functionele leiding van de cpa komt te liggen bij de rav of dat verbeteringen in de aanmeldprocedure en uitvraagprocedure worden aangebracht om zo de melding binnen 2 minuten te verwerken.

Onderwerp van afspraken is ook de invoering van systemen die ritopdrachten verbeteren (bijvoorbeeld het Geografisch Identificatiesysteem (GIS) in combinatie met het Automatische Voertuig Locatie Systeem (AVLS)).¹⁴

Enkele zorgverzekeraars hanteren in het cpa-beleid een kader waarin de rijtijden opgeknipt worden in het verwerken van een melding door de cpa en de rit van de ambulance. Dit geeft de zorgverzekeraar meer inzicht in het presteren van de cpa. Geen van de zorgverzekeraars kan in 2004 verbeteringen in het functioneren van cpa's aantonen.

¹³ Te denken valt aan de planning van besteld vervoer, invoering geautomatiseerde systemen, gebruik van voorwaardenscheppende ritten, betere afstemming interregionaal vervoer, triage (proces van indicatiestelling tot zorgtoewijzing), operationale aansturing cpa via rav.

¹⁴ Deze systemen maken het de cpa mogelijk nauwkeurig te volgen waar ambulances zich bevinden.

2.b.4. Rittenregistratie

Sturing op de tijdigheid van ambulancezorg is mede afhankelijk van adequate rittenregistratie die tot betrouwbare informatie over rittijden leidt.

Resultaten

De meeste zorgverzekeraars presteren redelijk op dit punt. Zij hebben afspraken gemaakt over verbetering van de rittenregistratie. Het gaat om de introductie van nieuwe management informatie systemen.¹⁵ De zorgverzekeraar die goed presteert kan verbeteringen in de rittenregistratie aantonen.

2.b.5. Achtergronden bij tijdigheid

Gebleken is dat de volgende factoren van invloed zijn op de inkoopactiviteiten van zorgverzekeraars.

Algemeen: de rav als voorwaarde

Zorgverzekeraars beschouwen een eenduidige aansturing van ambulancediensten en cpa's als voorwaarde voor het doorvoeren van verbeteringen in de ambulancezorg. De zorgverzekeraars zien de rav dan ook als vliegwiel voor verbeteringen van de efficiëntie en kwaliteit van ambulancezorg. Dit heeft er soms toe geleid dat een zorgverzekeraar het stimuleren van het totstandkomen van de rav prioriteerde boven het ontwikkelen van initiatieven op de aspecten die in dit onderzoek worden onderscheiden.

Verschillende speelvelden

Zorgverzekeraars hebben te maken met verschillende speelvelden, vanwege de betrokkenheid van verschillende actoren waaronder overheden. De inkoop van ambulancezorg gaat dan ook gepaard met veel 'bestuurlijke drukte' met gevolgen voor de voortgang.

Nog onduidelijkheid over nieuwe wet

De overheid wil op korte termijn een nieuwe wet ambulancezorg invoeren. Daarin komen verantwoordelijkheden anders te liggen. Zorgverzekeraars geven aan dat hun inkooprol

¹⁵ Regelmatig gaat het dan om het zogeheten SKOPOS-management informatiesysteem en/of Cockpit.

versterkt wordt als de onzekerheid over de verdeling van verantwoordelijkheden in de nieuwe wet ambulancezorg wordt weggenomen.

***Resultaatmetingen
nog niet goed
mogelijk...***

Zorgverzekeraars hebben met S&B II en de bijbehorende financiering een instrument in handen om prestatiegerichte afspraken te maken over met name de spreiding van ambulancstandplaatsen. Een enkele zorgverzekeraar heeft te maken met weerstand bij ambulancediensten bij de uitvoering van S&BII. Resultaatmetingen zijn echter nog niet voorhanden, omdat de afspraken op basis van S&BII pas in de loop van 2004 mogelijk werden.

en gecompliceerd.

Resultaatmetingen bij maatregelen voor de tijdigheid zijn bovendien gecompliceerd, omdat zij hand in hand gaan met verbeteringen van rittenregistraties. Zo zorgt de invoering van nieuwe systemen bij meldkamers waarin cpa, politie en brandweer geïntegreerd zijn voor gegevens die moeilijk te vergelijken zijn met eerdere overschrijdingspercentages.

***Aansturing cpa niet
eenvoudig***

Voor zorgverzekeraars zijn afspraken met cpa's niet eenvoudig te realiseren. Daar waar de cpa nog geen integraal onderdeel van de rav is of anderszins vanuit de rav wordt aangestuurd (bijvoorbeeld via een service level agreement) ligt de aansturing van cpa's vaak nog in handen van samenwerkende gemeenten. Hierdoor is de invloed van zorgverzekeraars op de cpa's afhankelijk van afstemming met gemeenten.

2.c. Betaalbaarheid

De kosten van ambulancezorg zijn door zorgverzekeraars moeilijk te beïnvloeden door de aard van de zorg en de budgetsystematiek. Het gaat voor een belangrijk deel om acute zorg waarvan de budgetten vooral bepaald worden door het aantal ritten. Dat sluit echter een aantal mogelijkheden niet uit om hoge uitgaven voor ambulancezorg te voorkomen. Te denken valt aan:

- aandacht voor doelmatigheid in regio's waar investeringen in paraatheid en spreiding niet (meer) wenselijk zijn;

- beheersing van de uitgaven in de vrije marge (duidelijke doelstelling, afrekenen op resultaat);
- benchmarken van ambulancediensten voor niet-genormeerde onderdelen van het budget en daarop afspraken maken (bijvoorbeeld huisvestingskosten);
- stimuleren tot betere afstemming spoed en besteld vervoer, bijvoorbeeld door vervoersdifferentiatie. Vervoersdifferentiatie houdt in dat meer gebruik wordt gemaakt van op de taak toegesneden voertuigen in plaats van voor alle vormen van vervoer de dure ambulance/duur personeel in te zetten;
- verminderen van overheadkosten.

Aan zorgverzekeraars is gevraagd of zij deze mogelijkheden benutten en wat daarvan de resultaten zijn.

Resultaten

In tabel 1 op pagina 8 staan de prestaties van zorgverzekeraars bij de betaalbaarheid van ambulancezorg.¹⁶ Zorgverzekeraars hanteren verschillende mogelijkheden om hoge uitgaven te voorkomen. De meest voorkomende activiteiten zijn het gebruik van toetsingskaders voor huisvestingskosten van ambulancediensten en van formats voor de aansturing van uitgaven binnen de vrije marge. De zorgverzekeraars die goed presteren kunnen concrete resultaten aantonen zoals verlaging van kosten bij nieuwbouw na interventie van de zorgverzekeraar.

Beperkingen voor vervoersdifferentiatie

Achtergronden betaalbaarheid

Naast de algemene achtergronden die al eerder bij de tijdigheid aan de orde kwamen, is hier van belang dat verschillende zorgverzekeraars kostenvoordelen in vervoersdifferentiatie zien, maar deze niet kunnen realiseren. Zij willen daarvoor plannen ontwikkelen maar ervaren daarbij wettelijke beperkingen. Deze komen met name voort uit kwaliteitseisen aan besteld ambulancevervoer.

¹⁶ Hier geen onderzoeksgegevens in tabelvorm, omdat maar op één item werd gemeten. In tabel 1 met prestaties totaal staan wel de prestaties per dimensie aangegeven.

2.d. Kwaliteit

De overheid vraagt van zorgverzekeraars om in aanvulling op de modelovereenkomst nadere afspraken te maken over de kwaliteit van de ambulancezorg.¹⁷ Daarnaast vraagt de overheid van zorgverzekeraars een actieve rol bij de afstemming in de acute zorgketen (huisartsen-ambulancedienst-spoedeisende hulp ziekenhuizen).¹⁸

Prestaties kwaliteit In tabel 3 staat aangegeven hoe zorgverzekeraars presteren bij het stimuleren van de kwaliteit van ambulancezorg.

Kwaliteit ambulancediensten Over het algemeen volgen zorgverzekeraars de kwaliteit van ambulancediensten (bijvoorbeeld door kwaliteitsjaarverslagen te beoordelen). Zorgverzekeraars ontvangen nauwelijks negatieve signalen over het functioneren van ambulancediensten, afgezien van de tijdigheid. Een enkele zorgverzekeraar maakt concrete afspraken, bijvoorbeeld dat hij geïnformeerd wordt over correspondentie met de IGZ.

Acute keten De meerderheid van de zorgverzekeraars ontwikkelt activiteiten om de afstemming binnen de acute keten te stimuleren. Bij zeven zorgverzekeraars is al sprake van concrete afspraken van substantiële omvang. Voorbeelden zijn afspraken tussen huisartsenposten en ambulancediensten over het gebruik van protocollen of tussen ziekenhuizen en ambulancediensten over pre-hospitale trombolysen.¹⁹

¹⁷ Het CTZ heeft de volgende mogelijkheden onderscheiden: kwaliteitsbeleid van de ambulancedienst stimuleren, kwaliteitssystemen stimuleren, toe te zien op afwijkingen van landelijk protocol ambulancezorg, door kwaliteitsjaarverslagen/klachtenmeldingen te beoordelen en zonodig aanvullende afspraken te maken, door kwaliteitsafspraken in regionaal ambulanceplan (rap) op te (laten) nemen.

¹⁸ De IGZ heeft in zowel 1994 als 2004 gekeken naar de samenhang binnen de acute zorgketen. De IGZ constateert dat er nog veel moet gebeuren, bijvoorbeeld bij protocollering en evaluatie.

¹⁹ Pre-hospitale trombolysen is een medische handeling in de ambulance in plaats van in het ziekenhuis die zorgt voor verdunning van het bloed in geval van een hartinfarct. Dit vergroot de kans op overleven/verkleint de kans op complicaties.

Tabel 3: prestaties kwaliteit

| TOTAALSCORE | | | | DEELSCORE | | |
|-------------|-------|----------|------|----------------|------------------------------|-----------------------------|
| SLECHT | MATIG | REDELIJK | GOED | | KWALITEIT AMBULANCEDIENST | SAMENWERKING ACUTE KETEN |
| | | | | WEGINGSFACTOR | 50% | 50% |
| | | | | Univé | - | ■ |
| | | | | Delta Lloyd | ■ | ■ |
| | | | | Trias | - | ■ |
| | | | | Zorg en Z-heid | - | ■ |
| | | | | De Friesland | - | ■ |
| | | | | OZ | - | - |
| | | | | CZ | ■ | ■ |
| | | | | VGZ | - | + |
| | | | | Achmea | - | - |
| | | | | Agis | ■ | - |
| | | | | Amicon | - | - |
| | | | | Geové | ■ | - |

+ = goed; ■ = redelijk; - = matig; - = slecht

Achtergronden

Achtergronden kwaliteit

Zorgverzekeraars verkeren nog in de ontwikkelfase bij de afstemming in de acute zorgketen, omdat dit niet eerder beleidsmatig aandacht heeft gekregen. Zorgverzekeraars zijn dan ook nog niet allemaal gevorderd tot concrete afspraken. Andere kwaliteitskenmerken krijgen minder aandacht. Zorgverzekeraars ontvangen nauwelijks signalen over misstanden bij de kwaliteit van zorg in ambulances. Bovendien is tijdigheid van ambulanceritten voor zorgverzekeraars het belangrijkste kwaliteitskenmerk.

3. Conclusies en aanbevelingen

3.a. Conclusies

Vraagstelling

Het CTZ heeft de activiteiten van zorgverzekeraars bij het inkopen van ambulancezorg beoordeeld op die aspecten:

- 95 procent van de spoedritten binnen 15 minuten ter plekke laten zijn (tijdigheid);
- het voorkomen van hoge uitgaven voor ambulancezorg (betaalbaarheid);
- het stimuleren van de kwaliteit van ambulancezorg (kwaliteit).

De nadruk ligt op de tijdigheid.

Uitgangspunt

Uitgangspunt bij de beoordeling is de bestaande verantwoordelijkheidsverdeling. De kern daarvan is dat cpa's en ambulancevoorzieningen allereerst zelf verantwoordelijk zijn voor de ambulancezorg. Lagere overheden scheppen de randvoorwaarden voor het zorgaanbod en de zorgverzekeraars maken vanuit hun zorgplicht afspraken met de aanbieders over het daadwerkelijk functioneren van de ambulancezorg.

Algemeen beeld

Zorgverzekeraars presteren redelijk bij de inkoop van ambulancezorg. Zij zijn actief bij de bevordering van de tijdigheid. Ook maken zij gebruik van mogelijkheden om hoge uitgaven voor ambulancezorg te voorkomen. Zorgverzekeraars presteren goed als zij de effecten van hun afspraken kunnen aantonen. Daar zijn zij in geringe mate toe in staat. Bij de kwaliteit van de ambulancezorg hebben zorgverzekeraars oog voor de acute zorgketen; over de kwaliteit van ambulancediensten maken zij weinig afspraken.

Prestaties tijdigheid

De grote meerderheid van de zorgverzekeraars richt zich op verbeteringen van de paraatheid, de spreiding van ambulancediensten en de rittenregistratie. Met name door afspraken over verbeterde paraatheid hebben een aantal zorgverzekeraars het aantal ritten boven de 15 minutengrens plaatselijk substantieel weten te verkleinen. Er bestaan nog onvoldoende gegevens om het effect van deze resultaten op het niveau van

de rav te meten. Bij de verbetering van de rol van de cpa's valt voor zorgverzekeraars nog veel te winnen.

**Prestaties
betaalbaarheid**

Zorgverzekeraars grijpen verschillende mogelijkheden aan om hoge uitgaven voor ambulancezorg te voorkomen. De helft kan ook aantonen dat door hun inspanningen bepaalde uitgaven lager zijn uitgevallen.

Prestaties kwaliteit

Als het gaat om de kwaliteit van de ambulancezorg vallen zorgverzekeraars veelal terug in een volgende rol. Zij ontvangen daarbij nauwelijks negatieve signalen over de kwaliteit van ambulancediensten. Zij dringen nauwelijks aan op inhoudelijke afspraken. Wel zijn zij bezig met het ontwikkelen van kaders om de organisatie van de acute zorgketen te verbeteren.

Achtergronden

Belangrijke factoren die de prestaties beïnvloeden zijn:

- zorgverzekeraars worden bij het inkopen van ambulancezorg positief geprikkeld door de vorming van rav's en S&BII;
- verdere invulling van het inkoopbeleid door zorgverzekeraars vraagt duidelijkheid over de verantwoordelijkheidsverdeling in de nieuwe wet ambulancezorg;
- resultaatmetingen bij het stimuleren van de paraatheid en spreiding zijn pas goed mogelijk als verbeteringen van rittenregistraties zijn afgerond;
- inhoudelijke aansturing van de cpa door zorgverzekeraars is lastig vanwege de betrokkenheid van verschillende andere actoren;
- bij het stimuleren van de acute zorgketen verkeren de meeste zorgverzekeraars nog in een ontwikkelfase. Andere kwaliteitsaspecten krijgen minder aandacht, mede omdat de tijdigheid het voornaamste kwaliteitscriterium vormt.

3.b. Aanbevelingen

Aanbeveling 1

Mede in het licht van de investeringen in de spreiding en beschikbaarheid in 2004 (S&BII) zijn metingen van

verbeteringen in de tijdigheid van ambulancezorg onmisbaar. Zorgverzekeraars maken afspraken over tijdige ambulancezorg, maar moeten ook afspreken dat verbeteringen in de tijdigheid worden beoordeeld (bijvoorbeeld aan de hand van een registratiesysteem bij de vervoerder en de cpa). De plannen van aanpak voor de implementatie van S&BII en de regionale ambulanceplannen bieden daarvoor ruimte. De verbetering van registratiesystemen is momenteel goed mogelijk door de beschikbaarheid van management informatie systemen voor de ambulancesector.

Aanbeveling 2

De overheid is voornemens de wet ambulancezorg aan te passen. Het uitgangspunt in de nieuwe wet is dat de zorgverzekeraars binnen landelijke kaders voldoende kwalitatief verantwoorde ambulancezorg inkopen. Het CTZ is van mening dat deze aansturing door zorgverzekeraars aan effectiviteit wint als

- de rav als de regionale zorgaanbieder het aanspreekpunt wordt bij de inkoop van zorg;
- de cpa ook in operationele zin wordt aangestuurd door de rav.

Het CTZ vraagt de overheid deze twee zaken met de nieuwe wetgeving te bevorderen.

Aanbeveling 3

Uit dit onderzoek van het CTZ is gebleken dat verschillende zorgverzekeraars willen inzetten op vervoersdifferentiatie om de efficiëntie van ambulancevervoer te bevorderen. De overheid heeft aangegeven daarvoor ruimte te willen bieden in de nieuwe wet ambulancezorg, mede omdat uit studies blijkt dat vervoersdifferentiatie onder voorwaarden positieve effecten heeft.²⁰ Het CTZ vraagt de overheid de mogelijkheid van vervoersdifferentiatie open te houden.

Aanbeveling 4

Zorgverzekeraars moeten hun rol bij de kwaliteit van ambulancezorg verder invullen door verbeteringen in de organisatie van de acute zorgketen te stimuleren.

²⁰ Brief aan de Tweede kamer dd 10 februari 2004, 2003-2004, 29247, nr. 8

Zorgverzekeraars kunnen daarover afspraken maken met de betrokken aanbieders. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) noemt in zijn advies 'Acute zorg' (2003) onder andere:

- een betere planning in ziekenhuizen van de afhandeling van spoedvervoer door reservecapaciteit vrij te houden (waardoor het bestelde vervoer ook minder in de knel komt);
- meer gebruik van technologische vernieuwing waardoor al vanuit de ambulance medische gegevens naar het ziekenhuis gestuurd kunnen worden.

Bijlage 1: Beoordelingssystematiek

1. Model en methode

Model

Bij de meting van de prestaties van zorgverzekeraars bij het inkopen van ambulancezorg is onderscheid gemaakt tussen drie aspecten van ambulancezorg: de tijdigheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de ambulancezorg. Bij prestaties gaat het om de zogeheten output van de activiteiten van zorgverzekeraars (bijvoorbeeld een afspraak over verhoging van de paraatheid) maar ook om de zogeheten outcome (het uiteindelijk effect: de zorgverzekeraar kan vermindering van het aantal spoedritten dat langer duurt dan 15 minuten aangeven).

Samen met de prestaties zijn achtergronden in kaart gebracht. Hierbij kan het gaan om factoren die zorgverzekeraars kunnen beïnvloeden (inkoopstrategie, tekortkomingen in het aansturen via de planning- en controlcyclus, organisatorische beperkingen) en factoren waar zorgverzekeraars nauwelijks of geen grip op hebben (bijvoorbeeld institutionele factoren en aanbiedergebonden factoren). Inzicht in deze factoren is van belang met het oog op het formuleren van aanbevelingen voor verbeteringen.

Bovenstaande staat in figuur 1 weergegeven.

Methode

Voor de meting van de prestaties van zorgverzekeraars bij het inkopen van ambulancezorg zijn voor elk van de drie aspecten (tijdigheid, betaalbaarheid en kwaliteit) verschillende beoordelingsitems opgesteld. De lijst van items is gebaseerd op de prioriteiten van de overheid en op de sturingsmogelijkheden die zorgverzekeraars binnen de bestaande institutionele structuur hebben. Deze items zijn besproken met verschillende deskundigen (o.a. inkopers bij zorgverzekeraars, CTG-Zaio, RIVM, projectteam Verbetering Ambulancezorg).

De lijst van beoordelingsitems en hun onderlinge weging is voorgelegd aan een klankbordgroep met daarin mensen die werkzaam zijn bij aanbieders, zorgverzekeraars, adviesbureau, RIVM en CTG-Zaio. Tevens is op basis van een conceptbeoordeling het beoordelingskader besproken met individuele zorgverzekeraars. De items en hun onderlinge weging staan per aspect genoteerd in figuur 1. Het CTZ is verantwoordelijk voor het beoordelingskader. Deelname aan consultaties of de klankbordgroep impliceert niet dat men instemt met het beoordelingskader.

Weging

De belangrijkste uitgangspunten bij het vaststellen van wegingsfactoren zijn:

- des te groter het beleidsmatig belang des te zwaarder de weging;
- des te groter het ingeschatte effect des te zwaarder de weging;
- des te hoger de sturingsmogelijkheden van de zorgverzekeraar des te zwaarder de weging.

Schaal

De uitkomsten die bij de afzonderlijke items behoren, zijn uitgedrukt in een vier puntenschaal. De waardering is:

| | | |
|----|------------|------------|
| + | = 4 punten | = goed |
| ø | = 3 punten | = redelijk |
| - | = 2 punten | = matig |
| -- | = 1 punt | = slecht |

Op totaalniveau geldt:

| | |
|----------|-----------|
| Goed | 3.51-4 |
| Redelijk | 2.51-3.51 |
| Matig | 1.51-2.52 |
| Slecht | 1-1.51 |

In het algemeen wordt het principe gebruikt dat outcome realiseren tot een goede score leidt. Een zorgverzekeraar die zijn beoogde output heeft gehaald, krijgt een redelijke score. Daarnaast is het bereik van de outcome en/of output (in hoeverre hebben deze betrekking op een meerderheid van de rav's of ambulancediensten) meegenomen in de beoordeling.

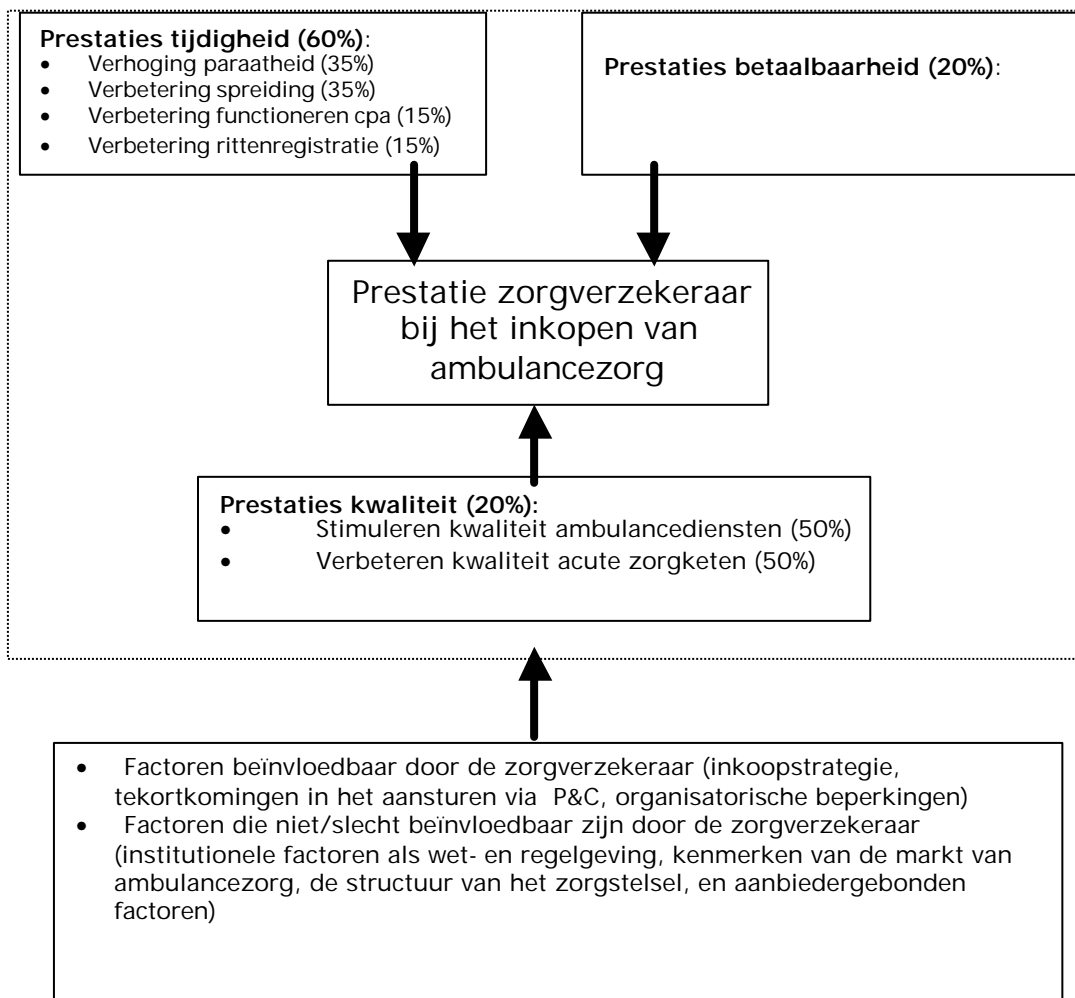
Gegevensverzameling en terugkoppeling

Voor het verzamelen van de gegevens voor het beoordelen van de prestaties van zorgverzekeraars heeft het CTZ vragenlijsten gebruikt, daarop gebaseerde interviews gehouden en documenten van zorgverzekeraars onderzocht. Daarnaast is andere verantwoordingsinformatie gehanteerd (bijvoorbeeld uitvoeringsverslagen).

De bevindingen per zorgverzekeraar zijn op twee manieren teruggekoppeld. Ten eerste in de vorm van een deelrapportage met daarin een beschrijving van de activiteiten en resultaten. Ten tweede in de vorm van de kwantitatieve beoordeling op basis van de beoordelingssystematiek.

Tenslotte is met vier ambulancediensten een interview gehouden om hun ervaringen te spiegelen aan de bevindingen van het onderzoek bij de zorgverzekeraars. Deze vier sloten overeenkomsten met negen zorgverzekeraars (dat is 75% van de inkopende zorgverzekeraars).

Figuur 1: Model voor het vergelijken van de prestaties van zorgverzekeraars bij het inkopen van ambulancezorg



2. Beoordelingsitems

1. *Beoordeling Tijdigheid*

| 3.b.1. Paraatheidsregeling | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 3.b.2. Omschrijving: | |
| <ul style="list-style-type: none"> Het verbeteren van de tijdigheid door de paraatheid te verbeteren door omzetting van piket in paraatheid (bijv. ook door meer slaapdiensten) daar waar rittijden boven de norm liggen/bevordering voorwaardescheppende ritten. <p>NB: omvang van resultaat is niet gekwantificeerd. Het gaat er om dat de zorgverzekeraar van specifieke afspraken de betere prestatie kan aangeven. Het gaat bij verbetering van de paraatheid om verbetering van de rittijden.</p> | |
| Prestatie | |
| <u>Wel</u> meetbare afspraken 2003/2004 en <u>wel</u> resultaten: | 4 |
| De zorgverzekeraar heeft meetbare afspraken gemaakt over verbetering van de paraatheid voor 2003/2004 met een meerderheid van de RAV's/diensten en paraatheid heeft geleid tot betere prestaties. | |
| <u>Wel</u> meetbare afspraken 2003/2004, <u>geen</u> resultaten: | 3 |
| De zorgverzekeraar heeft meetbare afspraken gemaakt voor 2003/2004 met een meerderheid van de RAV's/diensten, maar afspraken hebben niet geleid tot betere prestaties c.q. het is niet duidelijk of prestaties verbeterd zijn. | |
| <u>Geen</u> meetbare afspraken 2003/2004, <u>wel</u> activiteiten: | 2 |
| De zorgverzekeraar heeft maar wel activiteiten ondernomen in het kader van de paraatheid maar geen meetbare afspraken gemaakt voor 2003 en 2004 met een meerderheid van de RAV's/diensten | |
| Anders: | 1 |
| | |
| 3.b.4. Rittenregistratie | |
| 3.b.5. Omschrijving: | |
| <ul style="list-style-type: none"> Het bevorderen van de tijdigheid door de stimulering van verbetering van de rittenregistratie door RAV/AD's/CPA (bijvoorbeeld stimuleren invoering Cockpit, koppeling Cockpit-GMS, invoering AVLS/GISS) <p>Resultaat is verbetering van de rittenregistratie bij cpa/ad of RAV die leidt tot betrouwbare overschrijdingspercentages.</p> | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Prestatie | |
| <u>Wel</u> meetbare afspraken 2003/2004 en <u>wel</u> resultaten: | 4 |
| De zorgverzekeraar heeft meetbare afspraken gemaakt voor 2003/2004 met een meerderheid van de RAV's/cpa's/diensten over verbetering van de rittenregistratie. De verbeteringen in de rittenregistratie hebben geleid tot betrouwbare overschrijdingspercentages. | |
| <u>Wel</u> meetbare afspraken 2003/2004, <u>geen</u> resultaten: | 3 |
| De zorgverzekeraar heeft meetbare afspraken gemaakt voor 2003/2004 met een meerderheid van de RAV's/cpa's/diensten over verbetering van de rittenregistratie, maar deze hebben (nog) niet geleid tot betrouwbare overschrijdingspercentages c.q. het is niet duidelijk of dit is gebeurd. | |
| <u>Geen</u> meetbare afspraken 2003/2004, <u>wel</u> activiteiten | 2 |
| De zorgverzekeraar heeft activiteiten ondernomen ten behoeve van de verbetering van de rittenregistratie maar heeft geen meetbare afspraken gemaakt voor 2003/2004 met een meerderheid van de RAV's/cpa's/diensten over verbetering van de rittenregistratie. | |
| Anders: | 1 |

3.b.7. Spreiding

3.b.8.

Het bevorderen van de tijdigheid van ritten door een betere spreiding van ambulances (kan op meer manieren dan alleen via het spreidingsplan van de provincie).

De zorgverzekeraar kan zich daarbij richten op:

- Realiseren van extra standplaatsen
- Mobiel ambulancemanagement (ambulancewagen ergens anders dan alleen op standplaatsen)
- Implementatie S&BII

Resultaat is verbetering van de tijdigheid van ritten.

| | |
|-----------|--|
| Prestatie | |
|-----------|--|

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| | |
| <u>Wel</u> meetbare afspraken 2003/2004 en <u>wel</u> resultaten: | 4 |
| De zorgverzekeraar heeft meetbare afspraken gemaakt voor 2003/2004 met een meerderheid van de RAV's/diensten op 1 van de genoemde aspecten. Heeft geleid tot meer tijdige ritten. | |
| <u>Wel</u> meetbare afspraken 2003/2004, <u>geen</u> resultaten: | 3 |
| De zorgverzekeraar heeft meetbare afspraken gemaakt voor 2003 en 2004 met een meerderheid van de RAV's/diensten, maar hebben niet geleid tot meer tijdige ritten c.q. het is niet duidelijk of de afspraken zijn gehaald. | |
| <u>Geen</u> meetbare afspraken 2003/2004, <u>wel</u> activiteiten: | 2 |
| De zorgverzekeraar heeft activiteiten ondernomen in het kader van de spreiding van ambulances maar heeft geen meetbare afspraken gemaakt voor 2003 en 2004 met een meerderheid van de RAV's/diensten. | |
| <u>Anders</u>: | 1 |
| | |
| 3.b.10. Rol CPA | |
| | |
| 3.b.11. Omschrijving: | |
| <p>De zorgverzekeraar stimuleert verbetering van het functioneren van de CPA met het oog op de tijdigheid van ritten. Mogelijke aandachtspunten zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planning besteld vervoer • Invoering GIS/AVLS-systemen • Gebruik van voorwaardenscheppende ritten ('rijdende' paraatheid) • Betere afstemming interregionaal vervoer • Triage (proces van indicatiestelling tot zorgtoewijzing) • Operationele aansturing CPA via RAV (bevorderen ontwikkeling CPA naar meldkamer Ambulancezorg) <p>Resultaat is een aanwijsbare verbetering van het functioneren van de CPA op bovenstaande aspecten.</p> | |
| Prestatie | |
| | |
| <u>Wel</u> meetbare afspraken 2003/2004 en <u>wel</u> resultaten: | 4 |
| De zorgverzekeraar heeft meetbare afspraken gemaakt voor 2003/2004 met een meerderheid van de RAV's/diensten over 2 of meer aspecten en daarbij resultaten gehaald. | |
| <u>Wel</u> meetbare afspraken 2003/2004 <u>geen</u> resultaten: | 3 |
| De zorgverzekeraar heeft meetbare afspraken gemaakt voor 2003/2004 met een meerderheid van de RAV's/diensten over 2 of meer aspecten, maar deze hebben (nog) niet geleid tot beter functioneren CPA c.q. het is niet duidelijk of dit is opgetreden. | |
| <u>Geen</u> meetbare afspraken 2003/2004, <u>wel</u> activiteiten: | 2 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| De zorgverzekeraar heeft activiteiten ondernomen ten behoeve van de verbetering van de rol van de CPA maar heeft geen meetbare afspraken gemaakt voor 2003/2004 met een meerderheid van de RAV's/diensten over 2 of meer aspecten. | |
| Anders: | 1 |

Betaalbaarheid

| 3.b.13. Kostenbeheersing Ambulancedienst/CPA | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 3.b.14. Omschrijving: | |
| <p>Afspraken en/of activiteiten voor het beheersen van kosten van ambulancediensten en/of CPA kunnen betrekking hebben op de volgende aspecten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimale mix verbetering tijdigheid-kosten (nadrukkelijk sturen op doelmatigheid ipv slechts investeren) • Beheersing uitgaven in vrije marge (duidelijke doelstelling, afrekenen op resultaat) • Benchmarken van ambulancediensten voor niet-genormeerde onderdelen van het budget en daarop afspraken maken • Stimuleren CPA tot betere afstemming A- en B-vervoer (planning, differentiatie) • Overheadkosten verminderen • Sturen van substitutie tussen schakels (bijv. SEH in ziekenhuis ipv een ambulancepost) <p>NB: omvang van resultaat is niet gekwantificeerd. Het gaat er om dat de zorgverzekeraar van specifieke afspraken het kostenvoordeel kan aangeven. Bijvoorbeeld de zorgverzekeraar stuurt aan op normering van huisvestingskosten van ambulancediensten door benchmarks en weet daarop bij nieuwbouw te bezuinigen.</p> | |
| Prestatie | |
| <u>Wel</u> meetbare afspraken 2003/2004 en <u>wel</u> resultaten: | 4 |
| De zorgverzekeraar heeft meetbare afspraken gemaakt voor 2003/2004 over 2 of meer betaalbaarheidsaspecten met een meerderheid van de RAV's/diensten en deze afspraken hebben tot concreet kostenvoordeel voor de zorgverzekeraar geleid. | |
| <u>Wel</u> meetbare afspraken 2003/2004, <u>geen</u> resultaten | 3 |
| De zorgverzekeraar heeft meetbare afspraken gemaakt voor 2003/2004 over 2 of meer betaalbaarheidsaspecten met een meerderheid van de RAV's/diensten, maar deze afspraken hebben niet tot concreet kostenvoordeel voor de zorgverzekeraar geleid c.q. het is niet duidelijk of concreet kostenvoordeel is behaald. | |
| <u>Geen</u> meetbare afspraken 2003/2004, <u>wel</u> activiteiten | 2 |
| De zorgverzekeraar heeft activiteiten ondernomen om de kosten te beheersen maar geen meetbare afspraken gemaakt voor 2003/2004 over 2 of meer betaalbaarheidsaspecten met een meerderheid van de RAV's/diensten. | |
| Anders: | 1 |

Kwaliteit

3.b.16. Bewaking en stimulering kwaliteit ambulancedienst

3.b.17. Omschrijving:

De zorgverzekeraar vult artikel 3 lid 6 van de modelovereenkomst ('de zorgverzekeraar draagt bij aan totstandkoming voorwaarden kwalitatief verantwoorde zorg') in door nadere afspraken te maken over de kwaliteit van de ambulancezorg over 2 of meer van de volgende aspecten:

- kwaliteitsbeleid AD te stimuleren;
- kwaliteitssystemen te stimuleren;
- toe te zien op afwijkingen van Landelijk protocol ambulancezorg;
- door kwaliteitsjaarverslagen/klachtenmeldingen te beoordelen en zonodig aanvullende afspraken te maken;
- door kwaliteitsafspraken in RAP/overeenkomst op te (laten) nemen.

Resultaat is het door de aanbieder doorvoeren van verbeteringen die aansluiten op afspraken over bovenstaande aspecten.

| Prestatie | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| <u>Wel</u> meetbare afspraken 2003/2004 en <u>wel</u> resultaten: | 4 |
| De zorgverzekeraar heeft meetbare afspraken gemaakt voor 2003/2004 op 2 of meer aspecten met een meerderheid van de RAV's/diensten en deze afspraken tevens gehaald in 2003. | |
| <u>Wel</u> meetbare afspraken 2003/2004, <u>geen</u> resultaten: | 3 |
| De zorgverzekeraar heeft meetbare afspraken gemaakt voor 2003/2004 met een meerderheid van de RAV's/diensten over 2 of meer aspecten, maar heeft deze afspraken niet gehaald c.q. het is niet duidelijk of de afspraken zijn gehaald. | |
| <u>Geen</u> meetbare afspraken 2003/2004, <u>wel</u> activiteiten: | 2 |
| De zorgverzekeraar heeft activiteiten ondernomen in het kader van de kwaliteit van de ambulancezorg maar geen meetbare afspraken gemaakt voor 2003/ 2004 met een meerderheid van de RAV's/diensten over 2 of meer aspecten. | |
| <u>Anders:</u> | 1 |
| | |

3.b.19. Samenwerking Acute keten

3.b.20. Omschrijving:

De zorgverzekeraars bevordert de samenwerking in de keten door aan te dringen op:

- afspraken tussen huisartsen en ambulancediensten
- afspraken tussen ambulancediensten en ziekenhuizen mn op het gebied van prehospitala spoedeisende medische hulpverlening (bijvoorbeeld bevordering prehospitala trombolysen).

Resultaten zijn het uitvoeren van afspraken (procedurele verbeteringen).

Prestatie

Wel meetbare afspraken 2003/2004 en **wel** resultaten:

4

De zorgverzekeraar heeft meetbare afspraken gemaakt voor 2003/2004 met een meerderheid van de RAV's/diensten over 1 of meer aspecten en deze afspraken tevens gehaald in 2003.

Wel meetbare afspraken 2003/2004, **geen** resultaten:

3

De zorgverzekeraar heeft meetbare afspraken gemaakt voor 2003/2004 met een meerderheid van de RAV's/diensten over 1 of meer aspecten, maar heeft deze afspraken niet gehaald c.q. het is niet duidelijk of de afspraken zijn gehaald.

Geen meetbare afspraken 2003/2004, **wel** activiteiten:

2

De zorgverzekeraar heeft activiteiten ondernomen in het kader van afstemming in de keten maar geen meetbare afspraken gemaakt voor 2003/ 2004 met een meerderheid van de RAV's/diensten over 1 of meer aspecten.

Anders

1

Bijlage 2**Vooronderzoek Ambulancezorg**

1. Inleiding

In dit vooronderzoek wordt een beeld geschetst van de wijze waarop de ambulancezorg in Nederland wordt vormgegeven en uitgevoerd. Dit vanuit het perspectief van de zorgverzekeraars die via de door hen met ambulancediensten te sluiten contracten een adequaat ambulancevervoer voor hun verzekerden dienen te waarborgen. Door in kaart te brengen welke actoren bij de ambulancezorg zijn betrokken wordt duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. Daarbij is uitgegaan van de situatie zoals deze op dit moment geldt. Met de invoering van een aangepaste Wet Ambulancevervoer (WAV) in 2005 komen de verantwoordelijkheden anders te liggen.²¹

In de volgende paragrafen wordt achtereenvolgens beschreven welke actoren zich bezig houden met de organisatie en uitvoering van ambulancezorg en welke sturingsmogelijkheden zorgverzekeraars hebben.

2. Betrokken actoren en hun taken

De WAV schrijft voor dat ambulancevervoer alleen mag plaatsvinden na opdracht door de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA). De CPA is belast met de indicatiestelling en verdeling en coördinatie van ambulanceritten en bepaalt daarmee de toegang tot de ambulancezorg. De provinciale overheid bepaalt op grond van de WAV de gebieden waarbinnen gemeenten (via een gemeenschappelijke regeling) een CPA moeten oprichten en instandhouden.

Het daadwerkelijke ambulancevervoer wordt uitgevoerd door ambulancediensten die zowel privaat (particuliere ondernemingen) als publiek (bijv. GG&GD) kunnen zijn. Ambulancezorg bestaat uit niet-planbare spoedritten bij ongevallen en bestelde, planbare ritten voor vervoer van patiënten tussen bijvoorbeeld ziekenhuizen, beide na opdracht van de CPA.

Ambulancediensten mogen alleen ambulancevervoer verzorgen als zij daartoe een vergunning van de provincie hebben verkregen. Het is ook de provincie die door middel van de vergunningverlening het maximale aantal ambulances regelt; daarnaast geeft de provincie aan hoe zij gespreid moeten zijn (standplaatsen).

Ambulancediensten en CPA's vallen onder de werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI). De Inspectie voor de gezondheidszorg houdt op grond van de KZI toezicht op de naleving van de wetgeving en de kwaliteit van de ambulancezorg. Ambulancezorg heeft zich de laatste jaren in rap tempo ontwikkeld van vervoer naar zorg. Behandelingen worden al tijdens het vervoer ingezet, vooruitlopend op hulp in het ziekenhuis. De sector is actief in het waarborgen van de bijbehorende kwaliteit hetgeen onder andere blijkt uit het sectorbrede streven naar certificatie. Momenteel is iets meer dan 50 procent van CPA's en ambulancediensten gecertificeerd.²²

Om de voordelen van schaalgrootte beter te benutten wil de overheid tot regionale ambulancevoorzieningen (RAV) komen. Een RAV is een geformaliseerd samenwerkingsverband tussen ambulancediensten en CPA, met een fusie als meest uitgebreide vorm.

Hoewel het streven was om vanaf 2003 overal RAV's te hebben ingevoerd, is dit nog niet het geval. Wel is sprake van sterke concentratie van ambulancediensten. Vanaf 2001 is het aantal ambulancediensten met 35 procent gedaald.²³

Van afstemming binnen de ambulancezorg verwacht de overheid ook dat aandacht wordt besteed aan de afstemming met andere schakels in de keten van acute zorg. Naast CPA en ambulancediensten spelen hierbij vooral de huisartsen en ziekenhuizen een rol.

²¹ We zien hier af van een uitgebreide analyse van voorgestelde veranderingen. Het belangrijkste is dat de planvorming verschuift van provincie naar centrale overheid en dat zorgverzekeraars een grotere rol krijgen in de vergunningverlening. De nieuwe wet biedt zorgverzekeraars meer mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de spreiding en beschikbaarheid van de ambulancezorg.

²² Bron: Ambulancezorg Nederland, Overzicht gecertificeerde ambulancediensten en CPA's per 1 mei 2004 (www.ambulancezorg-wg.nl)

²³ Bron: www.brancherapporten.minvws.nl

Met ingang van de nieuw WAV in 2005 zal de RAV worden beschouwd als orgaan in de zin van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). De RAV zal verantwoordelijk zijn voor het kwaliteitsbeleid en de bedrijfsvoering en zal houder zijn van het budget voor de ambulancezorg.

Tenslotte is bij de ambulancezorg de Geneeskundige hulpverlening bij zware ongevallen en rampen (GHOR) van belang. De GHOR is een samenspel van verschillende hulpverleners en hulpverlenende instanties om ter plaatse de gevolgen van rampen en zware ongevallen te verhelpen. Onder deze hulpverleners en hulpverlenende instanties vallen ook de CPA's en ambulancediensten. De GHOR is een verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur. Het gaat hier om specifieke zorg die via het openbaar bestuur gefinancierd en beheerd wordt en niet via de Ziekenfondswet (ZFW).

Een ambulancedienst is een orgaan van gezondheidszorg. Op grond van de WTG worden de tarieven bepaald. De bekostiging bestaat enerzijds uit de bekostiging van de feitelijke ambulancezorg en anderzijds uit de bekostiging van de CPA via een opslag op de tarieven. De zorgverzekeraars onderhandelen hierover met de betrokken partijen waarna het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) het overeengekomen budget keurt. Daarnaast onderhandelen zorgverzekeraars over additionele middelen die via de zogeheten vrije margeregeling ingezet kunnen worden. Hierbij hoort een procedurele toets van het CTG. Naast de betalingen van de zorgverzekeraars krijgen ambulancediensten ook betalingen van instellingen waarvoor zij ritten uitvoeren.

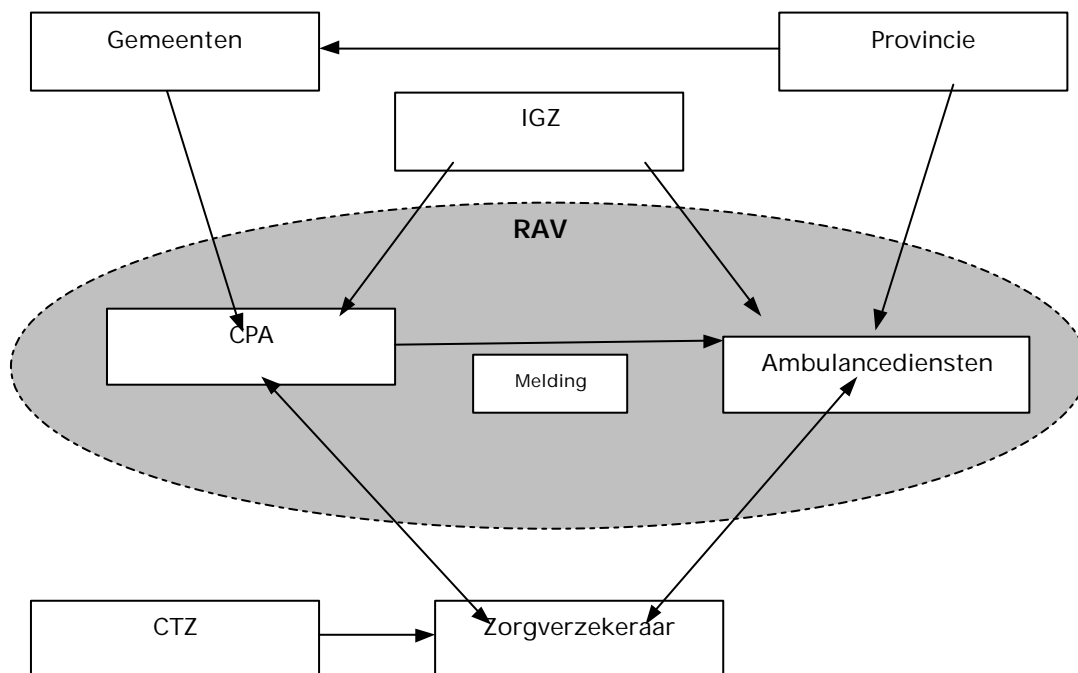
De aanspraak op ambulancezorg is geregeld in de Regeling ziekenvervoer Ziekenfondswet. Zorgverzekeraars hebben de wettelijke plicht te voorzien in de zorg waarop hun verzekerden aanspraak hebben. Het naturastelsel brengt met zich dat de zorgverzekeraars in de zorg voor hun verzekerden voorzien via overeenkomsten met zorgaanbieders. In deze overeenkomsten dienen zorgverzekeraars en aanbieders aandacht te besteden aan de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Ambulancezorg maakt een ontwikkeling door van vervoer naar zorg (de ambulance als 'mobiele zorgunit'). Daarbij is de noodzakelijke afstemming met andere onderdelen van de acute zorgketen essentieel, waaraan via de overeenkomsten met de ambulancediensten (en met de overige zorgaanbieders) invulling wordt gegeven. Het sluiten van dergelijke overeenkomsten vergt een afdoende voorbereiding op het onderhandelingsproces met aanbieders, het effectief voeren van de onderhandelingen, en het uitoefenen van controle op de naleving van de overeenkomsten. De controle kan leiden tot aanvullende acties van een zorgverzekeraar.

In tabel 1 zijn de verschillende actoren en hun taken weergegeven. In schema 1 zijn de belangrijkste relaties aangegeven.

Tabel 1: betrokken actoren en hun taken

| Actor | Taken |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ambulancediensten | Leveren van ambulancezorg. |
| CPA | Verantwoordelijk voor het proces van indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorgcoördinatie. |
| Zorgverzekeraar | Uitvoering van de zorgplicht en bekostiging van de ambulancezorg. |
| 3.c. Provincie | Maakt spreidingsplan ten aanzien van standplaatsen en aanbod van ambulances en verleent de vergunning. |
| Gemeente/GHOR bestuur | Bestuur van de CPA. Bekostiging producten/diensten-/activiteiten op verzoek van GHOR-bestuur of gemeenten. Te denken valt daarbij kosten in het kader van rampenbestrijding. |
| RAV | Verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid, de beschikbaarheid en de doelmatigheid van de ambulancezorg. |

Schema 1: relaties tussen actoren



Ten slotte staan hieronder de belangrijkste kengetallen van de ambulancezorg vermeld.

Tabel 2: Belangrijkste kengetallen (2003) (bron: Brancherapporten VWS/AZN)

| Item | Aantallen | | |
|-------------------|--------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------|
| Ambulances | 648 | | |
| Ambulancediensten | 59 | | |
| CPA's | 25 | | |
| Ritten | 816.000 (waarvan ongeveer 60% spoedritten) | | |
| RAV-regio's | 24 | | |
| Financiering | ZFW | € 231.8 mln | |
| | Particulier | € 70.6 mln | |
| | Eigen betaling part. | € 10.4 mln | |
| | Totaal | € 312.8 mln | Jaarlijkse groei 2001-2003: 17.8% (ZFW: 18.8%) |

3. Sturing zorgverzekeraars

De invulling van de sturende rol van de zorgverzekeraar loopt hoofdzakelijk langs twee sporen: ten eerste via het maken van reguliere productieafspraken en ten tweede via het maken van afspraken over het oplossen van regionale knelpunten met behulp van daarvoor beschikbaar gestelde extra financiële middelen.

Ten eerste maken zorgverzekeraars afspraken met de ambulancediensten over het aantal ritten en de verdeling naar het soort ritten. Daarbij kijkt een zorgverzekeraar naar de prestaties van ambulancediensten, het aantal gereden ritten en de gerealiseerde paraatheid in het jaar daarvoor en eventueel de samenwerking met andere ambulancediensten. Hoewel de WTG hierbij een strak systeem vormt moet de zorgverzekeraar vanuit zijn wettelijke taak letten op de verhouding tussen financiering en prestaties van de aanbieder. Bij de prestaties spelen tijdigheid en kwaliteit een voorname rol.

Bij de tijdigheid past de kanttekening dat een deel van de oorzaken niet beïnvloedbaar is door zorgverzekeraars. Te denken valt aan overmacht (bijvoorbeeld onvoorziene verkeersproblemen) en een tekortschietende spreiding van standplaatsen.

Een andere factor van belang is de beschikbaarheid en paraatheid van ambulances.²⁴ Beschikbaarheid en paraatheid zijn mede afhankelijk van het doelmatig functioneren van RAV's, ambulancediensten en/of CPA's en het is aan de zorgverzekeraar als inkoper van zorg om hiervoor waarborgen af te dwingen.

Ten tweede zijn er extra middelen beschikbaar om lokale knelpunten op te lossen. Zo kunnen voor overschrijdingen van de gehanteerde 15 minuten-grens lokale interventies uitkomst bieden, eventueel in afwachting van een verbeterde spreiding van standplaatsen. Ook is het mogelijk dat regionale partijen de doelmatigheid van de ambulancezorg bevorderen door gericht te investeren in het oplossen van knelpunten bij de RAV-vorming.

Structureel bedragen de extra middelen € 11,3 miljoen per jaar. Gedeeltelijk gaat het hierbij om rechtstreekse aanpassingen in het budget van de ambulancedienst en/of CPA (onderdelen 1 tot en met 3, zie tabel 3). Hierbij moet wel worden aangetekend dat binnen RAV-verband overheveling van budget mogelijk is.

Tabel 3: overzicht extra middelen ambulancezorg (€x1mln)(bron: CTG)²⁵

| Onderdeel | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1. Budgetverhoging CPA | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,2 |
| 2. Budgetverhoging ambulancediensten | 3,1 | 3,1 | 3,1 | 3,1 |
| 3. Versterking stafbureau RAV | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 |
| 4. Vrije margeregeling | 4,5 | 9,0 | 9,0 | 4,5 |
| 5. Referentiekader 2004 | - | - | - | 18,0 |
| Totaal | 11,3 | 15,8 | 15,8 | 29,3 |

De vrije margeregeling (onderdeel 4 in tabel 3) is bestemd voor het oplossen van regionale knelpunten. De hiervoor gereserveerde middelen kunnen alleen ingezet worden als zorgaanbieders of de CPA hierover met de zorgverzekeraar overeenstemming bereiken en een aanvraag indienen bij het CTG. In de toekenning van de vrije margemiddelen heeft een zorgverzekeraar dus een zware stem. Deze middelen kunnen door de zorgverzekeraar eveneens ingezet worden om de reguliere budgetafspraken te beïnvloeden.

Voor de vrije margeregeling is in 2002 en 2003 nog eens € 4,5 miljoen extra beschikbaar gesteld. Uit de uitvoeringsverslagen 2003 blijkt dat zorgverzekeraars met name binnen de vrije margeregeling actief kunnen zijn door de stimulering van de RAV-vorming als voorwaarde voor een meer doelmatige inzet van middelen, stimulering van dynamisch ambulancemanagement met het oog op een hogere beschikbaarheid en het verbeteren van de paraatheid door extra diensten te financieren.

Tenslotte zijn er in 2004 extra middelen vrijgekomen voor de uitvoering van het zogeheten landelijk referentiekader voor de ambulancezorg (onderdeel 5 in tabel 3).²⁶ Hierbij gaat het om € 18 miljoen. Het referentiekader bepaalt het regionale budget waarmee acute ambulancezorg binnen 15 minuten te realiseren zou moeten zijn. Het is aan het lokale overleg tussen regionale zorgverzekeraars en regionale ambulancevoorzieningen (i.o.) tot afspraken te komen over de exacte regionale invulling. De overheid heeft aangegeven de

²⁴ RIVM, Niet zonder zorg: Een onderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van de ambulancezorg, 2001

²⁵ Exclusief middelen voor harmonisatie arbeidsvoorwaarden.

²⁶ Dit kader is door het ministerie van VWS opgesteld voor de verbetering van de spreiding en beschikbaarheid van ambulances zodat meer burgers binnen de streefnorm van 15 minuten bereikbaar zijn.

investeringen vertaald te willen zien in prestatieverbeteringen in de vorm van minder overschrijdingen van de 15-minutengrens. Investerings dienen plaats te vinden op basis van een gezamenlijk plan van aanpak.

Al met al valt een betrokkenheid van verschillende actoren met de ambulancezorg te constateren waaronder de zorgverzekeraar. Deze kan invulling geven aan zijn zorgplicht door goede afspraken met ambulancediensten en CPA's te maken over de inzet van reguliere middelen en door de extra middelen adequaat in te laten zetten. In inhoudelijke zin betreft het dan de doelmatigheid en de tijdigheid van ambulancevervoer maar ook de kwaliteit bijvoorbeeld wat betreft de zorg in de ambulance en de afstemming met andere onderdelen van de acute zorgketen.