

Vergaderjaar 2012–2013

32 854

Tijdelijke bepalingen over de ambulancezorg (Tijdelijke wet ambulancezorg)

Nr. 16

Ontvangen ter Griffie op 12 juni 2013.

Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 13 juli 2013.

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 juni 2013

Inleiding

Met deze brief kondig ik aan voornemens te zijn op grond van artikel 7 juncto de artikelen 57 en 59 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit, verder te noemen de zorgautoriteit, om beleidsregels op te stellen voor een andere wijze van bekostiging van de ambulancezorg in Nederland voor zover het de inzet van het instrument van het vereffeningsbedrag, zoals bedoeld in artikel 56b van de WMG, betreft.

Ik informeer u hierbij, op grond van artikel 8 van de WMG, over de zakelijke inhoud van mijn voornemen tot het geven van deze aanwijzing. Overeenkomstig laatstgenoemd artikel zal tot het geven van deze aanwijzing niet eerder worden overgegaan dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief. Indien van de zijde van een van de Kamers der Staten-Generaal geen vragen zijn gesteld zal ik de aanwijzing aan de zorgautoriteit zo spoedig mogelijk na die periode doen uitgaan. Indien van de zijde van de Kamers vragen zijn gesteld zal ik die beantwoorden en daarna afhankelijk van de vragen de aanwijzing aan de zorgautoriteit zo spoedig mogelijk doen uitgaan. Van de vaststelling van de aanwijzing wordt mededeling gedaan in de Staatscourant. In deze voorhangbrief schets ik de voorgenomen aanwijzing in de bijbehorende context.

Nieuwe bekostigingssystematiek in de ambulancezorg

Tijdelijke wet ambulancezorg

De ambulancezorg is een belangrijke schakel in de keten van acute zorg in Nederland. Zoals bij elke vorm van Nederlandse zorgverlening is ook in

deze sector de kwaliteit van de geleverde zorg een groot goed. Een specifiek aspect van goede ambulancezorg betreft de tijdigheid waarmee de zorg geleverd wordt. Dit kan immers het verschil maken tussen wel, of geen, onherstelbare schade aan de gezondheid van patiënten.

Met de inwerkingtreding van de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) per 1 januari 2013 is de inrichting van de Nederlandse ambulancezorg aangepast. Dit leidt tot een aantal verbeteringen ten opzichte van de huidige situatie.

Per 1 januari 2013 is in elk van de 25 veiligheidsregio's in Nederland één Regionale Ambulance Voorziening (RAV) aangewezen als verantwoordelijke partij voor het leveren van goede en doelmatige ambulancezorg. Deze RAV is tevens verantwoordelijk voor de instandhouding van de meldkamer ambulancezorg in de regio. Hiermee is de RAV verantwoordelijk voor het gehele proces van aanname, indicatiestelling en uitgifte van ritten en voor het daadwerkelijk verlenen van ambulancezorg door ambulancepersoneel.

Tevens is met de Twaz een eind gekomen aan de versnippering van bestuurlijke verantwoordelijkheden ten aanzien van de ambulancezorg. Onder de voorganger van de Twaz, de Wet Ambulancevervoer (WAV), droegen de provincies de verantwoordelijkheid voor de spreiding en beschikbaarheid van ambulances binnen de provincies. Echter, de bekostiging daarentegen was onder die wet de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. Met de Twaz is de verantwoordelijkheid voor de spreiding en beschikbaarheid en voor de bekostiging ondergebracht bij het ministerie van VWS. De benodigde spreiding en beschikbaarheid van ambulances wordt niet langer bepaald aan de hand van provinciale spreidingsplannen, maar op basis van het door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) opgesteld landelijk referentiekader spreiding en beschikbaarheid. Dit referentiekader beschrijft de benodigde spreiding van ambulances over het land om er voor te zorgen dat ten minste 97% van de inwoners van Nederland in geval van nood binnen een kwartier door een ambulance bereikt kan worden. Daarnaast berekent dit referentiekader ook de benodigde capaciteit van ambulances om ervoor te zorgen dat bij daadwerkelijke spoedgevallen in 95% van de gevallen onder normale omstandigheden een ambulance ter plaatse kan zijn.

Ten slotte faciliteert de Twaz de ontwikkeling van ambulancevervoer naar ambulancezorg. De hulpverlening door ambulancepersoneel, zowel op de plek van het ongeval als onderweg naar het ziekenhuis, wordt kwalitatief steeds beter en meer op de patiënt toegesneden. Zorgdifferentiatie en maatwerk worden daarbij steeds belangrijker.

Bij een dergelijke ordening van de ambulancezorg hoort een passende wijze van bekostiging. Daarbij is relevant dat in de ambulancezorg geen vormen van concurrentie op of om de markt zijn toegestaan. Zoals hierboven toegelicht is in de Twaz vastgelegd dat de minister van VWS de RAV's aanwijst die per veiligheidsregio een monopoliepositie hebben voor het uitvoeren van de ambulancezorg in die regio. Verzekeraars zijn verplicht om de ambulancezorg in te kopen bij deze RAV's. Er is dus geen concurrentie tussen aanbieders mogelijk. Stimulansen voor innovatie, kwaliteit en doelmatigheid dienen uit de bekostiging te komen.

Huidige bekostiging en financiering

Voorafgaand aan de inwerkingtreding van de Twaz is in het convenant dat mijn ambtsvoorganger met Ambulancezorg Nederland (AZN) op 11 maart 2010 is overeengekomen, opgenomen dat gewerkt zal worden aan het

opzetten van een nieuwe bekostigingssystematiek. De huidige bekostigingssystematiek in de ambulancezorg, die dateert uit de jaren »90 van de vorige eeuw, is in de loop van de tijd steeds complexer geworden door een stapeling van aanpassingen aan het systeem. Daarnaast kent het huidige systeem weinig objectieve parameters die recht doen aan een doelmatige bekostiging van de beschikbaarheidscomponent van de ambulancezorg. De huidige bekostiging is sterk gericht op het vergoeden van gereden ritten en kilometers in plaats van het vergoeden van beschikbaarheid van ambulancezorg. Dit terwijl verreweg de meeste kosten van de ambulancezorg worden veroorzaakt door het beschikbaar zijn van ambulances met bemensing. De variabele kosten van daadwerkelijk gereden ritten of kilometers zijn veel minder omvangrijk. Daarbovenop is sinds 2004 aan de huidige systematiek een element toegevoegd waarmee periodiek wordt bezien of met deze wijze van productiebekostiging de spreiding en beschikbaarheid van ambulances voldoende is gewaarborgd. Zo nodig worden budgetten achteraf gecorrigeerd.

In het verlengde van de budgettering is ook het bestaande tarifieringssysteem (hoe komt het geld daadwerkelijk binnen bij de aanbieder) weinig transparant. Naast een aantal landelijk vastgestelde tarieven worden per aanbieder sluittarieven berekend die dienen om het vastgestelde budget «te vullen». Deze sluittarieven kunnen tussen aanbieders en per aanbieder door het jaar heen verschillen. In een dergelijk systeem heeft de daadwerkelijke declaratie op prestatieniveau (prijs per spoedrit) geen relatie met de kostprijs van de prestatie van de RAV.

Bovenstaande overziend ben ik van mening dat aanpassing van de bestaande beleidsregels gewenst is door de bekostiging meer fundamenteel te baseren op de benodigde spreiding en capaciteit van de ambulancezorg. En binnen dit kader partijen op lokaal niveau optimaal te stimuleren tot innovatie, kwaliteitsverbetering en doelmatig werken.

Inhoudelijk

Om aan de hierboven genoemde uitgangspunten te voldoen dienen de nieuwe beleidsregels de volgende aspecten te borgen:

- De bekostiging dient primair gericht te zijn op het waarborgen van de beschikbaarheid van ambulancezorg en minder gericht te zijn op vergoeding van de daadwerkelijk gereden ritten en kilometers. Het overgrote deel van de kosten wordt immers bepaald door de beschikbaarheid van ambulances met bemensing (loonkosten) en niet door de variabele kosten van gereden ritten of kilometers;
- In verband met het grote belang van het beschikbaarheidsaspect voor de ambulancezorg wordt per zorgaanbieder vooraf een maximumbudget vastgesteld dat voldoende is om de beschikbaarheid van ambulancezorg te kunnen garanderen. Dit maximumbudget wordt berekend op grond van het landelijk Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid zoals door het RIVM is opgesteld in opdracht van VWS en een recent in opdracht van de zorgautoriteit uitgevoerd kostenonderzoek. Dit budgetdeel beslaat het grootste deel van de totale uitgaven voor ambulancezorg door de RAV's. Daarnaast zal het budget deels bestaan uit nacalculerbare kosten. Dit betreft over het algemeen de variabele kosten per rit (onderhoud voertuigen, brandstof e.d.) en kosten die een grote variatie kennen tussen de verschillende RAV's waardoor algemene normering niet voor de hand ligt. Voorbeelden hiervan zijn huisvestingskosten, kosten van assistentie door de brandweer in individuele gevallen, veerbootkosten en dergelijke;
- Zorgverzekeraars en RAV's dienen invulling te kunnen geven aan hun rol binnen de randvoorwaarden van de Twaz en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daartoe zal de daadwerkelijke vaststelling van de RAV-

budgetten door de zorgautoriteit plaatsvinden op basis van de uitkomsten van lokaal overleg tussen RAV's en zorgverzekeraars. Dit lokale overleg heeft betrekking op zowel de beschikbaarheid van de ambulancezorg als op de daadwerkelijke zorgverlening. Verzekeraars kunnen daardoor op regionaal niveau verbetering van de kwaliteit en de doelmatigheid stimuleren bij het toekennen van de middelen aan de RAV. Dit betreft niet alleen innovatie en verbeteringen binnen de ambulancezorg, maar ook over de gehele keten van de acute zorg. Gezien het regionale monopolistische karakter van de ambulancezorg en het grote belang van beschikbaarheid, vinden de onderhandelingen namens de verzekeraars plaats via het representatiemodel;

- Aan de bekostiging wordt een tarifiering gekoppeld die het mogelijk maakt daadwerkelijke prestaties van de RAV aan patiënten/verzekerden toe te rekenen aan de hand van landelijke uniforme tarieven. Verschillen tussen vastgestelde budgetten en de gedeclareerde tarieven voor daadwerkelijke prestaties van RAV's worden niet langer verrekend via sluittarieven. Indien de RAV's zijn «overgefinancierd» (gedeclareerde opbrengsten hoger dan het vastgestelde budget) is het wenselijk dat verzekeraars via het instrument van het vereffeningsbedrag, als bedoeld in artikel 56b WMG, het overschot kunnen terugvorderen. Onderfinanciering (gedeclareerde opbrengsten lager dan het vastgestelde budget) kan worden gecorrigeerd via het reguliere declaratieverkeer tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De zorgautoriteit kan hier een aparte prestatie voor vaststellen;
- De nieuwe beleidsregels treden in werking op 1 januari 2014, gelijktijdig met het aflopen van het bestaande convenant tussen AZN en VWS van maart 2010;
- De beleidsregels zullen budgetneutraal van kracht worden, met inachtneming van zowel de efficiencytaakstelling uit het lopende convenant als de door mij beschikbaar gestelde middelen in verband met de meest recente herijking van het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid;
- Het systeem heeft de mogelijkheden in zich om samenwerking met of substitutie tussen verschillende «ketenpartners in de acute zorg» te faciliteren.

Een bekostiging op basis van bovenstaande randvoorwaarden is ten opzichte van de huidige systematiek minder complex, transparanter voor aanbieders, verzekeraars en patiënten en geeft daarmee een kwaliteitsimpuls aan de ambulancezorg.

De zorgautoriteit heeft eerder dit jaar een (technisch) kostenonderzoek in de ambulancezorg uit laten voeren¹. Daarnaast is de zorgautoriteit op dit moment in overleg met veldpartijen over de mogelijke vormgeving van nieuwe beleidsregels voor de bekostiging en de financiering van de ambulancezorg waarmee wordt voldaan aan bovenstaande uitgangspunten. De zorgautoriteit zal mij hierover op korte termijn adviseren. Dit advies zal zo nodig ook ingaan op een transitietraject om eventuele invoer- of herverdelingseffecten voor de afzonderlijke RAV's op te vangen. De eventuele opbrengst van de in de aanwijzing aan de zorgautoriteit van 16 november 2010 (kenmerk MC-U-3032852) genoemde budgetkorting als gevolg van lager dan geprognosticeerde groei van het aantal gerealiseerde ritten over de periode 2011–2013, kan daarbij worden aangewend.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

¹ Dit kostenonderzoek is te vinden op de website van de zorgautoriteit: www.nza.nl