

Advies

Bekostiging en financiering ambulancezorg per 1 januari 2014

juni 2013

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding advies	11
1.2 Totstandkoming advies	12
1.3 Afbakening	12
1.4 Leeswijzer	13
2. Wettelijk kader	15
2.1 Ambulancevervoer in de Zorgverzekeringswet	15
2.2 Wet ambulancevervoer	15
2.3 Regionale Ambulance Voorziening	15
2.4 Wet ambulancezorg	16
2.5 Tijdelijke wet ambulancezorg	16
2.6 Wet Toelating Zorginstellingen	17
2.7 Bevoegdheden NZa	17
3. Beschrijving van de markt	19
3.1 Zorgvraag	19
3.2 Zorgaanbod	20
3.3 Financiële omvang ambulancezorg	24
3.4 Verzekering en vergoedingen	24
3.5 Kwaliteit	25
3.5.1. Bereikbaarheidsnorm	25
3.5.2. Andere kwaliteitsnormen	25
4. Huidige bekostiging en financiering van de ambulancezorg	27
4.1 Historie	27
4.2 Bekostiging	27
4.3 Financiering	28
4.4 Knelpunten in de bekostiging en financiering	29
4.4.1. Bekostiging	29
4.4.2. Financiering	29
5. Advies nieuwe bekostigingssystematiek	31
5.1 Uitgangspunten bekostiging	31
5.1.1. Referentiekader S&B	31
5.1.2. Samenwerking met en substitutie tussen verschillende ketenpartners van ambulancezorg	32
5.2 Rol verzekeraars in bekostiging	33
5.2.1. Rol verzekeraar vanuit de TWAZ	33
5.2.2. Publieke dienst	34
5.2.3. Beschikbaarheidsbijdrage	35
5.2.4. Invloed van de verzekeraar in de nieuwe bekostiging	35
5.2.5. Afspraken over kwaliteit	36
5.3 Uitwerking nieuwe bekostiging	36
5.3.1. Opbouw budget	36
5.3.2. S&B-budget	38
5.3.2.1. Berekeningsmethode S&B-budget	39
5.3.2.2. Parameterbedragen S&B-budget	39
5.3.3 Budget wagenpark	40
5.3.4 Budget productie	40
5.3.5 Restbudget	41
5.3.6 Vrije marge	42

5.3.7	Vaststellen budget	42
5.4.	Bekostiging meldkamer	42
5.5.	Impact van het nieuwe bekostigingsmodel	44
5.6.	Transitietraject	44
6.	Advies nieuwe financieringssystematiek	47
6.1.	Uitgangspunten	47
6.2.	Opties financiering	47
	Bijlage 1. Beschrijving van databronnen	55
	Bijlage 2. Parameters huidige en nieuwe bekostiging	58
	Bijlage 3. Lijst van afkortingen	60

Vooraf

Met dit rapport brengt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een advies uit aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de invoering en implementatie van een nieuwe vorm van bekostiging en financiering in de ambulancezorg per 1 januari 2014.

De markt voor de ambulancezorg is de laatste jaren erg in ontwikkeling. Een belangrijke mijlpaal is de invoering van de Tijdelijke wet ambulancezorg (TWAZ) per 1 januari 2013. Dit heeft er toe geleid dat de sector graag wil toewerken naar een nieuwe vorm van bekostiging en financiering.

Dit advies is op basis van twee belangrijke bronnen tot stand gekomen. Enerzijds het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid (S&B) ambulancezorg van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Anderzijds de uitkomsten uit een bekostigingsonderzoek naar de kosten, opbrengsten, productie en structuurkenmerken van alle aanbieders van ambulancezorg over de jaren 2010 en 2011 (uitgevoerd door KPMG).

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden en deskundigen bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Wij stellen de inzet van alle betrokkenen dan ook zeer op prijs en willen hen hiervoor hartelijk danken. In het bijzonder wil de NZa de sector hartelijk danken voor de constructieve bijdrage gedurende het bekostigingsonderzoek.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

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

Managementsamenvatting

De NZa heeft op 31 augustus 2012 een adviesaanvraag ontvangen van de minister van VWS over de bekostiging en financiering van ambulancezorg. Deze adviesaanvraag komt voort uit een convenant dat de minister met Ambulancezorg Nederland (AZN) op 11 maart 2010 is overeengekomen. Hierin is opgenomen dat er een nieuwe bekostigingssystematiek zal worden opgezet. Aanleiding hiervoor is de huidige bekostigingssystematiek in de ambulancezorg, welke in de loop van de tijd steeds complexer is geworden.

Knelpunten huidige bekostiging

De NZa constateert dat binnen de huidige bekostigingssystematiek een aantal knelpunten bestaat:

- De normatieve vergoedingen in het budget zijn eind jaren '90 vastgesteld en sindsdien niet meer herijkt. In de loop der jaren is er als gevolg van nieuwe kwaliteitsimpulsen een aantal losse parameters aan de budgetten toegevoegd. Door deze stapeling van aanpassingen, is het huidige systeem erg complex geworden;
- In de huidige bekostiging is geen relatie tussen inzet van materieel en de benodigde inzet volgens het Referentiekader spreiding & beschikbaarheid (S&B);
- In de huidige systematiek speelt productie een te grote rol. Dit blijkt niet doelmatig met het oog op het waarborgen van de beschikbaarheidscomponent van de ambulancezorg, aangezien een stilstaande ambulance bijna dezelfde kosten met zich meebrengt als een rijdende ambulance.

Het voorliggende advies van de NZa richt zich op de (toekomstige) bekostiging en financiering van de ambulancezorg. Het doel van het komen tot een nieuwe bekostigings- en financieringssystematiek is dat deze primair de continuïteit en beschikbaarheid van de ambulancezorg waarborgt en bovendien optimaal prikkelt tot doelmatig werken. Daarbij is relevant dat geen vormen van concurrentie op of om de markt binnen de ambulancezorg zijn toegestaan. In de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (TWAz) is vastgelegd dat de minister voor een periode van vijf jaar aanbieders aanwijst die per veiligheidsregio een monopoliepositie krijgen voor het uitvoeren van de ambulancezorg in die regio.

Methode

Dit NZa-advies is tot stand gekomen op basis van een interne analyse naar de wijzigingen in de markt voor de ambulancezorg als gevolg van de invoering van de TWAz. Ook zijn analyses uitgevoerd aan de hand van verschillende databronnen (waaronder de data uit de huidige rekenstaten, het Referentiekader S&B en een bekostigingsonderzoek uitgevoerd door KPMG) om te komen tot een advies voor een nieuw bekostigingsmodel.

Advies nieuwe bekostigingssystematiek

Gegeven de marktordening en de uitgangspunten in de adviesaanvraag van de Minister blijft een budgetsystematiek in de ambulancezorg de meest passende vorm van bekostiging. De NZa ziet het Referentiekader S&B als vertrekpunt bij het vormgeven van een nieuw bekostigingsmodel. Het budget wordt grotendeels gebaseerd op de beschikbaarheid van capaciteiten en wordt berekend aan de hand van dit kader.

Als uitgangspunt hanteert de NZa dat bij het nieuwe bekostigingsmodel het voor verzekeraars mogelijk moet zijn om te sturen op doelmatige besteding van de middelen en het leveren van zorg die voldoet aan de kwaliteitsnormen. Onder de TWAz wordt door de Minister één Regionale Ambulancevoorziening (RAV) per regio aangewezen als rechtspersoon die voor een periode van vijf jaar verantwoordelijk is voor het leveren van ambulancezorg. Verzekeraars zijn verplicht om gedurende deze periode zorg in te kopen bij deze vergunninghouders. Op grond van de TWAz wordt de verzekeraar wel geacht afspraken te maken met de RAV, maar er is maar een beperkte rol voor de verzekeraar bij de verlening van de vergunningen aan ambulanceaanbieders. De NZa adviseert de minister om in de TWAz meer structurele inbreng van de verzekeraar te regelen. De rol van de verzekeraar kan worden vergroot door de verzekeraar een zwaarder wegende adviesrol (of zelfs instemmingsrol) bij de verlening van de vergunning te geven.

De NZa stelt in het nieuwe bekostigingsmodel een voorlopig budget per regio vast. De verzekeraar kan zodoende invloed uitoefenen in de bekostiging door met de aanbieder gezamenlijk de definitieve hoogte van het budget vast te stellen. Daarnaast dient de verzekeraar met de aanbieder afspraken te maken over de te leveren kwaliteit van zorg en de gewenste verbeteringen.

In het nieuwe bekostigingsmodel is een grote rol toebedeeld aan de bekostiging van spreiding en beschikbaarheid om zoveel mogelijk recht te doen aan het waarborgen van de beschikbaarheid van ambulancezorg. Het budget is opgesplitst in een aantal deelbudgetten, waarvan het S&B-budget het grootste deel vormt. Dit deelbudget is gemaximeerd. Daarnaast is er een deelbudget voor de vergoeding van het wagenpark en een vergoeding voor de variabele kosten die samenhangen met de ritten en de gereden kilometers. In het restbudget zijn de kosten ondergebracht die niet onder één van de genoemde deelbudgetten te plaatsen zijn. Bij dit restbudget wordt uitgegaan van werkelijke kosten. Een deelbudget vrije marge vormt de vrij te besteden middelen. Hiermee kunnen de RAV en de verzekeraar afspraken maken over kwaliteit en innovatie. De deelbudgetten wagenpark, productie, restbudget en vrije marge worden in overeenstemming met de verzekeraar vastgesteld; dit geeft verzekeraars een rol in de hoogte van deze deelbudgetten. Met uitzondering van het deelbudget wagenpark worden deze deelbudgetten vastgesteld op basis van nacalculatie.

Voor 2014 zijn extra middelen ter beschikking gesteld; macro stijgt het budget ambulancezorg met 7,7 miljoen. De impact per RAV wisselt echter sterk. Voor een aantal diensten heeft de nieuwe bekostigingssystematiek een daling van het budget tot gevolg. In aanloop naar het nieuwe bekostigingsmodel adviseert de NZa een transitieperiode van 3 jaar, dat de zorgaanbieders de mogelijkheid geeft de bedrijfsvoering aan de nieuwe situatie aan te passen.

Advies nieuwe financieringssystematiek

Naast een advies voor de nieuwe bekostiging brengt de NZa ook een advies uit over de financiering van ambulancezorg. Bij de financiering gaat het om de vraag op welke manier de zorgaanbieder zijn geld ontvangt.

De NZa vindt het onwenselijk dat binnen de huidige financieringssystematiek de hoogte van de sluittarieven (afhankelijk van de hoogte van het budget en eventuele verrekeningen) van een spoedrit en een melding sterk uiteen kan lopen tussen verschillende ambulancediensten onderling en door de tijd heen.

Bij de keuze voor een nieuwe financieringssysteem speelt een aantal overwegingen een rol, waaronder:

- De wijze waarop de ambulancezorg in de risicoverevening meeloopt; de verzekeraar is 100% risicodragend;
- De ambulancezorg valt onder het wettelijk eigen risico; dit bedraagt in 2013 €350,- euro.

De NZa kiest voor een financieringssysteem waarbij de bestaande zorgprestaties behouden blijven, maar de hierboven genoemde sluittarieven komen te vervallen.

De prestaties die nu een sluittarief hebben (spoedvervoer en melding) krijgen in het nieuwe financieringsmodel een vast tarief. Verrekening van opbrengstverschillen tussen de opbrengsten uit declaratie van zorgprestaties en het budget vindt rechtstreeks plaats met verzekeraars en zorgt daarmee voor de juiste prikkels in de bekostiging.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding advies

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 31 augustus 2012 van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (hierna: minister) het verzoek ontvangen om een advies uit te brengen over een nieuw bekostigings- en financieringssysteem in de ambulancezorg met als invoeringsdatum 1 januari 2014.

Deze adviesaanvraag komt voort uit een convenant dat de minister met Ambulancezorg Nederland (AZN) op 11 maart 2010 overeengekomen is, waarin is opgenomen dat gewerkt zal worden aan het opzetten van een nieuwe bekostigingssystematiek. Een reden hiervoor is dat de huidige bekostigingssystematiek in de ambulancezorg in de loop van de tijd steeds complexer is 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. Ook is er in de huidige bekostiging geen relatie tussen de bekostiging en de kwaliteit van de geleverde zorg. In het verlengde van de bekostiging is ook het bestaande financieringssysteem weinig transparant.

Het doel van het komen tot een nieuwe bekostigings- en financieringssysteem voor de ambulancezorg is dat deze primair de continuïteit en beschikbaarheid van de ambulancezorg waarborgt en dat deze optimaal prikkelt tot doelmatig werken. Daarbij is relevant dat geen vormen van concurrentie op of om de markt binnen de ambulancezorg zijn toegestaan. In de TWAZ is vastgelegd dat de minister voor een periode van vijf jaar aanbieders aanwijst die per veiligheidsregio een monopoliepositie krijgen voor het uitvoeren van de ambulancezorg in die regio. Hierdoor hebben verzekeraars de komende vijf jaar bij de inkoop van ambulancezorg geen keuze tussen aanbieders. Er is dus geen concurrentie tussen aanbieders mogelijk.

Voor de uitwerking van een nieuw bekostigingsmodel heeft de minister de volgende (beleidsmatige) uitgangspunten geformuleerd waaraan het nieuwe bekostigingssysteem moet voldoen:

- De bekostiging borgt primair de beschikbaarheid van ambulancezorg;
- Per RAV wordt vooraf een budget vastgesteld waarvoor de ambulancezorg, zoals vastgelegd in de TWAZ, moet worden verleend. Hierbij wordt bekeken of, en zo ja, op welke onderdelen van het budget nacalculatie noodzakelijk is.
- Het budget wordt berekend op grond van een bekostigingsonderzoek en het landelijk Referentiekader S&B;
- Zorgverzekeraars en RAV'en hebben de mogelijkheid invulling te geven aan hun rol binnen de randvoorwaarden van de TWAZ;
- Bij de ontwikkeling van het bekostigingsmodel wordt bezien in hoeverre en hoe de verzekeraar bij de inkoop van zorg per RAV mogelijkheden moet hebben om binnen het beschikbaarheidsdeel verbetering van kwaliteit en doelmatigheid te stimuleren;
- Naast het budget dat bedoeld is voor het waarborgen van de beschikbaarheid van ambulancezorg kan een variabel deel dat vrij onderhandelbaar is met de zorgverzekeraar worden opgenomen. In dit deel kunnen verzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken ten behoeve van innovatie of voor de gehele acute zorgketen;
- Aan de bekostiging wordt een financiering gekoppeld die hier logisch mee samenhangt;

- De nieuwe bekostigings- en financieringssystematiek treedt in werking op 1 januari 2014;
- De invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek vindt budgetneutraal plaats, met inachtneming van de efficiencytaakstelling uit het lopende convenant;
- Het systeem heeft de mogelijkheden in zich om in de toekomst verder doorontwikkeld te kunnen worden, bijvoorbeeld naar een ketenbrede bekostiging, waarbij samenwerking met of substitutie tussen verschillende 'ketenpartners' mogelijk is.

1.2 Totstandkoming advies

De NZa heeft de adviesaanvraag eind augustus 2012 ontvangen. De onderzoeksaanpak voor de totstandkoming van dit NZa-advies bestaat uit de volgende onderdelen:

1. *Interne analyse (september 2012- oktober 2012)*

In de eerste fase heeft de NZa een interne analyse uitgevoerd naar de wijzigingen in de markt voor de ambulancezorg als gevolg van de invoering van de TWAz.

2. *Uitvoering bekostigingsonderzoek (november 2012 – februari 2013)*

In de tweede fase heeft de NZa een bekostigingsonderzoek laten uitvoeren naar de kosten, opbrengsten, productie en structuurkenmerken van alle ambulancezorgaanbieders over de jaren 2010 en 2011. Dit onderzoek is uitgevoerd door KPMG.

3. *Uitwerken advies (januari – maart 2013)*

In deze fase heeft de NZa gesprekken gevoerd met verschillende partijen, waaronder de brancheverenigingen en individuele aanbieders en verzekeraars. Daarnaast heeft de NZa aan de hand van verschillende databronnen (waaronder de data uit het Referentiekader S&B en het bekostigingsonderzoek) analyses uitgevoerd om te komen tot een aantal voorstellen voor nieuwe bekostigingsmodellen.

4. *Consultatie advies (april - juni 2013)*

De bevindingen van de NZa zijn in twee consultatiebijeenkomsten met betrokken partijen geconsulteerd. Daarnaast hebben partijen de mogelijkheid gekregen schriftelijk een reactie te geven op het conceptadvies van de NZa. Tevens heeft de NZa separate gesprekken gevoerd met de stakeholders.

5. *Gereed maken adviesrapport (mei 2013)*

Aan de hand van de uitkomsten van de gesprekken met deskundigen en de reacties uit de consultatie heeft de NZa het voorliggende advies over de bekostiging van de ambulancezorg geformuleerd.

1.3 Afbakening

Het advies van de NZa richt zich op de toekomstige bekostiging en financiering van de ambulancezorg.

Naast het uitbrengen van een advies heeft de minister de NZa ook gevraagd een concreet voorstel te doen voor implementatie van deze bekostigings- en financieringssystematiek per 1 januari 2014.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft het wettelijk kader van het advies. Hoofdstuk 3 geeft een algemene beschrijving van de markt voor de ambulancezorg. Hoofdstuk 4 geeft een overzicht van de huidige bekostiging en financiering en de knelpunten die worden ervaren. In hoofdstuk 5 worden de uitgangspunten voor de nieuwe bekostiging toegelicht en werkt de NZa het nieuw in te voeren bekostigingsmodel uit. In het volgende hoofdstuk beschrijft de NZa de uitgangspunten voor de nieuwe financiering en werkt daarbij ook een voorkeursoptie voor een nieuw financieringssysteem uit. Daarna zijn er nog enkele bijlagen opgenomen.

2. Wettelijk kader

Dit hoofdstuk beschrijft in het kort de achtergrond en historie van relevante wet- en regelgeving voor de Nederlandse ambulancesector vanaf de jaren zeventig. De nadruk ligt hierbij op de huidige stand van zaken en de verschillen tussen de (inmiddels ingetrokken) Wet ambulancevervoer (WAV) en de per 1 januari 2013 in werking getreden Tijdelijke wet ambulancezorg (TWAz). Daarnaast worden de bevoegdheden van de NZa op het gebied van regulering en bekostiging onder de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) toegelicht.

2.1 Ambulancevervoer in de Zorgverzekeringswet

Ziekenvervoer omvat volgens artikel 10 Zorgverzekeringswet (Zvw) het vervoer in verband met het ontvangen van zorg en diensten (als bedoeld in de onderdelen a tot en met g van hetzelfde artikel), dan wel in verband met een aanspraak op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Dit vervoer wordt in artikel 2.13 Besluit Zorgverzekering verder gespecificeerd als ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1 lid 1 van de TWAz. In dit artikel van de TWAz wordt dit ziekenvervoer nader omschreven als 'met een ambulance' in de zin van 'een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter'.

Ambulancezorg wordt in de 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". Het verlenen van ambulancezorg is verboden zonder opdracht van een meldkamer (artikel 4 lid 4 TWAz).

2.2 Wet ambulancevervoer

Het ambulancevervoer was vanaf 1973 wettelijk geregeld in de Wet ambulancevervoer (WAV). In deze wet lag de nadruk op de vervoersfunctie van de ambulance. De doelstellingen van de wet waren het bereiken van een grotere doelmatigheid in de ambulancesector en het voorkomen dat meerdere ambulances tegelijkertijd arriveerden bij een ongeval. Dit werd vormgegeven door middel van een provinciaal vergunningstelsel. In de provinciale vergunning werd voor de betreffende vervoerder het aantal standplaatsen en 'aanshangsels' (ambulances) bepaald. Verder werd in de wet vastgelegd dat ambulancevervoer alleen mocht plaatsvinden na een opdracht van de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA). De Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR)-besturen werden verantwoordelijk voor de instelling, het beheer en de instandhouding van de meldkamer van de CPA.

2.3 Regionale Ambulance Voorziening

In 1997 constateerde de toenmalige minister van VWS in de beleidsnotitie "Met zorg verbonden" dat er door de versnippering van de ambulancediensten op dat moment sprake was van ondoelmatigheid in de sector. Nederland was op dat moment verdeeld in 37 CPA regio's.

Binnen deze regio's waren er 130 afzonderlijke ambulancediensten en 640 ambulances. Volgens de minister was het budget van de ambulancesector onbeheersbaar, waren er geen prikkels om de middelen doelmatig aan te wenden en werd de kwaliteitsontwikkeling geremd. Het bevorderen van de vorming van Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV) werd als belangrijkste oplossing aangedragen door de minister.

2.4 Wet ambulancezorg

In 2004 werd de Wet Ambulancezorg (WAZ) ingediend in de Tweede Kamer ter vervanging van de WAV. Aanleiding hiervoor was de accentverschuiving van de vervoersfunctie naar de zorgfunctie en de hogere kwaliteitseisen die hiermee gepaard gingen. Bovendien zou de wet bijdragen aan de jarenlange trend van schaalvergroting binnen de sector. De RAV-vorming zou formeel vastgelegd en uitgewerkt worden in de WAZ. Eind 2008 stemden de Eerste en Tweede Kamer in met de Wet Ambulancezorg.

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;
- vergunningverlening door de minister in plaats van de provincie;
- zorgverzekeraars gingen een grotere rol spelen in de financiering van de ambulancezorg.

Via een open vergunningenprocedure konden aanbieders zich inschrijven om ambulancevervoer uit te voeren in één of meerdere veiligheidsregio's. Voorwaarde hiervoor was dat zij zouden voldoen aan een Programma van Eisen (PvE). De te vergeven vergunning voor het verlenen van ambulancezorg was voor onbepaalde tijd.

De komst van de WAZ leidde tot zorgen bij de aanbieders en zorgverzekeraars. In maart 2010 is VWS het 'Convenant met betrekking tot de implementatie van de WAZ' overeengekomen met AZN. Hierin is vastgesteld dat AZN een inspanningsverplichting heeft om per veiligheidsregio tot één RAV te komen die vervolgens als rechtspersoon de vergunning kan aanvragen.. Dit convenant zal tot 1 januari 2014 van kracht zijn.

Het streven was om de WAZ per 1 januari 2010 in werking te laten treden. Echter, de WAZ is uiteindelijk nooit in werking getreden. Het verlenen van vergunningen aan aanbieders voor onbepaalde tijd werd gezien als onverenigbaar met het Europese recht. De komende vijf jaar wordt gewerkt aan een definitieve regeling voor de ambulancezorg. Tot die tijd is een overgangsvoorziening getroffen waarmee wordt beoogd binnen de normen van de Europese regelgeving te blijven: de Tijdelijke wet ambulancezorg.

2.5 Tijdelijke wet ambulancezorg

Met ingang van 1 januari 2013 is voor de ambulancezorg een nieuwe wet van kracht: de TWAZ. Deze wettelijke voorziening is getroffen voor een periode van 5 jaar (tot 1 januari 2018) en vervangt de WAV. Het beleid van de NZa voor ambulancediensten en meldkamers is aangepast aan deze nieuwe wetgeving en vastgesteld in de nieuwe beleidsregel 'Regionale ambulancevoorziening'.¹ In deze beleidsregel is het beleid op RAV-niveau vastgelegd.

¹ Beleidsregel met kenmerk BR/CU-7067 en ingangsdatum 1 januari 2013.

Onder de TWAz zijn de ambulancediensten en de meldkamers niet langer gescheiden, maar ondergebracht in één RAV. Terwijl voorheen per veiligheidsregio meerdere aanbieders met een provinciale vergunning ambulancezorg konden aanbieden, wordt onder de nieuwe wet één RAV per veiligheidsregio aangewezen als rechtspersoon die verantwoordelijk is voor het leveren van ambulancezorg. Op grond van artikel 4 lid 3 van de TWAz is het anderen dan de RAV verboden ambulancezorg te verrichten.

Met de komst van de TWAz is het niet meer nodig om een vergunning aan te vragen voor het verlenen van ambulancezorg, aangezien de RAV'en rechtstreeks worden aangewezen door de minister.

In de huidige situatie wijst de minister per regio de bestaande vervoerder aan die gedurende 5 jaar als RAV zorgdraagt voor het in stand houden van een meldkamer en het leveren of doen leveren van ambulancezorg. Voorwaarde is wel dat deze vervoerder moet voldoen aan een door de minister opgesteld PvE met regiospecifieke eisen als bedoeld in artikel 7 van de TWAz. Dit is ter beoordeling aan de minister.² Een groot verschil met de WAV is dat aanbieders niet meer voor onbepaalde tijd worden aangewezen, maar voor een periode van 5 jaar.

Gedurende deze periode maken verzekeraars afspraken met de door de minister aangewezen RAV.

In de TWAz is het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid (Referentiekader S&B) vastgelegd. Met dit model worden de wettelijk vastgestelde normen vertaald in de normatief benodigde capaciteiten per RAV en de modelmatige spreiding van de capaciteiten over Nederland.

De volgende normen vormen hierbij het uitgangspunt:

- Spreidingsnorm: minstens 97% van de bevolking in de regio van de RAV kan binnen 15 minuten worden bereikt door een ambulance³;
- Capaciteitsnorm: de RAV zorgt ervoor dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance beschikbaar is voor inzet.

De RAV'en zijn wettelijk verplicht aan de normen uit het Referentiekader S&B te voldoen.

2.6 Wet Toelating Zorginstellingen

In de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is vastgelegd dat spoedeisende hulp binnen 45 minuten bereikbaar moet zijn. Deze eis wordt mede vertaald in het referentiekader (uitgaande van de relevante ziekenhuislokaties). De WTZi kent een verbod op winstuitkering. Het is krachtens deze wet wel toegestaan om winst te maken in het ziekenvervoer. In de TWAz zijn hierover geen beperkingen opgenomen.

2.7 Bevoegdheden NZa

De bevoegdheden van de NZa op het gebied van regulering en bekostiging vinden hun grondslag in de Wmg. Op grond van artikel 50 Wmg kunnen tarieven en prestatiebeschrijvingen worden vastgesteld.

² De NZa heeft geen verantwoordelijkheid in de beoordeling van het PvE of de vergunningverlening.

³ De norm van beschikbaarheid in 15 minuten is ten behoeve van de vaststelling van het Referentiekader S&B verdeeld in 2 minuten traage, 1 minuut uitruktijd en 12 minuten rijtijd. Deze onderverdeling heeft geen functie of formele status

Artikel 3 lid 1 Bub Wmg beperkt deze bevoegdheid tot ambulancevervoer waarop de TWAz van toepassing is, wat betekent dat voor zittend ziekenvervoer geen tariefregulering geldt.

Op grond van artikel 16 van de Wmg is de NZa onder andere belast met "marktontwikkeling en tarief- en prestatieregulering, op het terrein van de gezondheidszorg".

Daarnaast houdt de NZa toezicht op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van de Zvw, onder meer met betrekking tot de zorgplicht, acceptatieplicht en verbod premiedifferentiatie. In het geval dat er sprake is van wijziging van een tariefsoort of tarifiering van een nieuwe prestatie, is een aanwijzing van de minister noodzakelijk.

De Wmg is geen planningswet of kwaliteitswet. De NZa kan gezien haar wettelijke bevoegdheden niet rechtstreeks sturen op (afspraken over) kwaliteit of samenwerking. Hoewel duidelijk is dat de beslissingen van de NZa zorgaanbieders in staat moeten stellen om zorg van voldoende kwaliteit te leveren, stelt de NZa hier zelf geen normen voor. Normen voor de kwaliteit van de zorg, zoals de bereikbaarheidsnormen, worden gesteld en bewaakt door de verschillende beroepsgroepen zelf en de Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de naleving ervan. Ditzelfde geldt voor eisen die zijn opgenomen in de Regeling TWAz.

3. Beschrijving van de markt

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de markt voor de ambulancezorg. Eerst wordt de zorgvraag geschetst, waarna het zorgaanbod wordt weergegeven en de omvang van de financiën. Tot slot komen de verzekering en vergoedingen voor de verzekerde en de kwaliteit van zorg aan bod.

3.1 Zorgvraag

Binnen de ambulancesector geldt de volgende omschrijving van ambulancezorg: *'Ambulancezorg is de zorg die beroepsmatig wordt verleend om een patiënt binnen het kader van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en waar nodig adequaat te vervoeren met inachtneming van datgene wat op grond van algemeen beschikbare medische en verpleegkundige kennis vereist is, dan wel de patiënt te verwijzen naar een andere zorgverlener'*. De ambulancezorg wordt ter plaatse bij de patiënt verleend en vindt uitsluitend in opdracht van de meldkamer ambulancezorg plaats. Het hoofddoel van ambulancezorg is het behalen van individuele gezondheidswinst op basis van de zorgbehoefte van de patiënt.⁴

Proces van ambulancezorg

In de meeste gevallen komt de melding voor medische hulp, al dan niet spoedeisend, via het (landelijke) telefoonnummer 112 terecht bij de meldkamer. De meldkamer is verantwoordelijk voor het proces van indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorgcoördinatie. De meldkamercentralist beoordeelt een melding op inhoudelijke zorgbehoefte.

Binnen de Nederlandse ambulancezorg wordt een onderscheid gemaakt tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg. Dit onderscheid heeft vooral te maken met de mate van urgentie waarmee een ambulance naar een patiënt wordt gestuurd. Een spoedeisende inzet leidt direct tot een ritopdracht; besteld vervoer kan worden geroosterd in het dienstschema van de RAV. De meldkamer is de spil in de ambulancezorg; zonder opdracht van de meldkamer vindt geen inzet van een ambulance plaats. De meldkamer beoordeelt de melding als een A1-, A2- of B-rit. De A1-urgentie geldt in acute, levensbedreigende situaties, waarbij de ambulance binnen maximaal 15 minuten bij de patiënt moet arriveren. Bij een A2-urgentie moet de ambulance zo spoedig mogelijk en maximaal 30 minuten na het aannemen van de melding bij de patiënt arriveren. Besteld vervoer krijgt een B-urgentie, waarbij sprake is 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.⁵ De mate van urgentie zegt niets over de complexiteit van de zorg. Deze varieert van hoog- tot laagcomplex bij zowel planbare als spoedeisende ambulancezorg. Mobiele Intensive Care Units (MICU)-ritten en Intensive Care (IC)-transport zijn voorbeelden van hoog complexe, planbare zorg.

⁴ Ambulances In-zicht 2011, AZN

⁵ Niet alle ritten met B-urgentie vallen onder de aanspraak vanuit de Zorgverzekeringswet. Zie hiervoor het Besluit Zorgverzekering, artikel 2.13.

Bij aankomst op de plaats van bestemming kan het echter zo zijn dat alleen hulp ter plaatse nodig is (EHGV-rit, Eerste Hulp Geen Vervoer), dat zorg in het geheel niet nodig is, of dat de patiënt niet wordt aangetroffen (loze rit).

In tabel 3.1 en 3.2 wordt een overzicht gegeven van het volume van ambulancezorg naar urgentie en inzet over de jaren 2009-2011.

Tabel 3.1. Volume spoedeisende en planbare ambulancezorg

Urgentie	2009	2010	2011
A1-inzetten	454.309	463.913	478.331
A2-inzetten	239.572	247.008	263.257
B-inzetten	348.085	350.347	342.838
Totaal	1.041.966	1.061.268	1.084.426

Bron: Ambulances in-zicht, 2011

Tabel 3.2. Volume declarabele⁶ en overige inzetten ambulancezorg

Inzet	2009	2010	2011
Declarabele inzetten	810.015	823.333	826.193
EHGV-inzetten	183.571	193.178	209.782
Loze inzetten	48.380	44.757	48.451
Alle inzetten	1.041.966	1.061.268	1.084.426

Bron: Ambulances in-zicht, 2011

Het aantal A1- en A2-inzetten neemt met de jaren toe. Er is een daling zichtbaar van het aantal B-ritten. In 2011 bleek het bij 24% van de ritten te gaan om een EHGV- of loze rit.

3.2 Zorgaanbod

Nederland is op grond van de Wet Veiligheidsregio's verdeeld in 25 veiligheidsregio's. Voor het aanbod van ambulancezorg wordt aangesloten bij deze veiligheidsregio's en is de zorg met ingang van 1 januari 2013 georganiseerd in 25 Regionale Ambulancevoorzieningen. De RAV is door de minister aangewezen voor het verlenen of doen verlenen van ambulancezorg; het werken met onderaannemers is mogelijk. Met de inwerkingtreding van de TWAZ maakt de meldkamer integraal onderdeel uit van de RAV. De rechtsvorm van de RAV verschilt per regio: er zijn stichtingen, verenigingen, coöperaties, Besloten Vennootschappen (BV) en vennootschap onder firma (vof).

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 is voor de gezondheidsuitkomsten voor de individuele patiënt. In de TWAZ is ambulancezorg gedefinieerd als het vervoer van een patiënt met een ambulance en acute hulpverlening ter plekke zonder vervoer.

⁶ Een rit is een declarabele rit als deze in opdracht van de meldkamer is uitgevoerd en waarbij daadwerkelijk vervoer van een patiënt plaatsvindt. Zie beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening (BR/CU-7067).

In tegenstelling tot de WAV is zorgdifferentiatie wettelijk vastgelegd, waardoor het meest geschikte type voertuig kan worden ingezet voor de betreffende zorgvraag. Een voorbeeld hiervan is een motorambulance. Deze motor heeft een beperkte ambulance-uitrusting, met als doel om een hulpverlener snel ter plaatse te hebben. De hulpverlener kan de behandeling al starten, in afwachting van het ambulanceteam.

Samenwerking

RAV'en werken nauw samen met de andere partners in de acute zorgketen, zoals traumacentra, huisartsenposten, Spoedeisende Hulpafdelingen (SEH's) en verloskundigen. De WTZi verplicht alle aanbieders van acute zorg om in het regionale overleg acute zorgketen (ROAZ) afspraken te maken over regionale samenwerking.

Daarnaast bestaat er een nauwe samenwerking met de politie en brandweer om de openbare orde en veiligheid te borgen. Indien zich een grootschalig ongeval of ramp voordoet, wordt de coördinatie van de verschillende disciplines overgenomen door de lokale overheid, via de GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio). Onder de GHOR-werkzaamheden valt ook de aanwezigheid van ambulances bij grootschalige evenementen. Hiervoor is een aantal ambulances stand-by aanwezig.

Voor aanvullende medische hulp in bijzondere situaties kunnen zowel de meldkamer als de ambulancedienst een beroep doen op het Mobiel Medisch Team (MMT). Het MMT is gekoppeld aan één van de elf traumacentra in Nederland en bestaat uit een speciaal opgeleide (trauma-)arts uit het ziekenhuis, een gespecialiseerde verpleegkundige en een chauffeur of piloot, afhankelijk van de vervoerswijze. In Nederland beschikken vier traumacentra over een traumahelikopter. Vier MMT's staan altijd paraat voor een inzet. De overige beschikbare MMT's worden bij een opschaling ingezet. Financiering van de MMT's vindt niet via de RAV plaats, maar via de desbetreffende traumacentra.

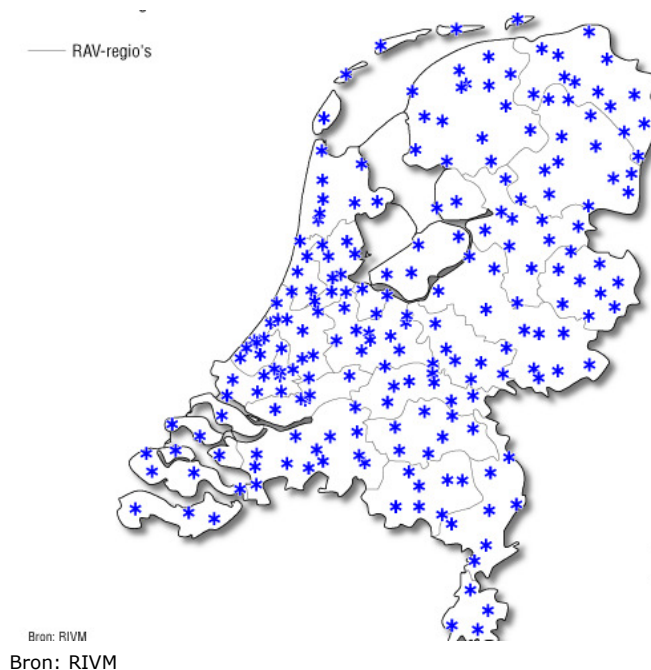
Binnen de meldkamers vindt veel samenwerking plaats met de meldkamer voor de brandweer en politie. Een aantal meldkamers is daadwerkelijk samengevoegd met de meldkamer voor brandweer en/of politie. Landelijk wordt hierop ook aangestuurd: het project 'Meldkamer van de toekomst' beoogt één landelijke meldkamer met maximaal 10 locaties voor alle drie de disciplines gezamenlijk.⁷

Structuurkenmerken

Een standplaats is de operationele locatie waarvandaan de ambulances vertrekken en waar voorzieningen zijn voor ambulancepersoneel en -materieel. In figuur 3.1 is de spreiding van standplaatsen van ambulancezorg weergegeven in het jaar 2010.

⁷ Kamerbrief kenmerk 2012-0000089863: meldkamer van de toekomst, februari 2012

Figuur 3.1. Spreiding standplaatsen in Nederland (2010)



De minister bepaalt de kaders voor spreiding en beschikbaarheid. Basis hiervoor is het Referentiekader S&B. De regionale spreiding wordt hierin op een modelmatige benadering berekend. Vervolgens mogen alleen RAV'en die een aanwijzing hebben van de minister ambulancezorg verlenen.

Zorgverleners

De ambulancebemanning bestaat uit een ambulancechauffeur en een gespecialiseerde verpleegkundige. In de meldkamer is de (verpleegkundig) centralist werkzaam. In onderstaande tabel is een overzicht weergegeven van het aantal zorgverleners werkzaam in de ambulancezorg, uitgesplitst naar functie, over de jaren 2010 en 2011.

Tabel 3.3. Aantal zorgverleners naar functie

Zorgverlener	Ambulancedienst		Meldkamer	
	2010	2011	2010	2011
Ambulanceverpleegkundige niveau 3	73	126	0	0
Ambulanceverpleegkundige niveau 4	1.938	2.156	93	95
Ambulancechauffeurs	1.789	1.925	79	81
Verpleegkundige centralisten	54	52	349	356
Niet verpleegkundige centralisten	4	4	58	62
Overhead	938	651	164	160
Totaal	4.795	4.913	743	754

Bron: KPMG, bekostigingsonderzoek ambulancezorg

Ambulancezorgverleners kunnen afhankelijk van de beschikbare capaciteit en de te leveren productie drie soorten diensten draaien⁸:

- parate diensten: het personeel is direct inzetbaar. Meestal gebeurt de inzet vanaf de standplaats;
- aanwezigheidsdiensten (slaapdiensten): het personeel is op de standplaats aanwezig en verricht op afroep arbeid.

⁸ Dit is niet van toepassing op de centralisten in de meldkamer.

- Deze diensten worden 's nachts verricht; het personeel slaapt op de post en maakt zich na melding paraat;
- beschikbaarheidsdiensten (piketdiensten): het personeel is thuis, de ambulance is in dat geval gestationeerd bij de chauffeur. Het ambulancepersoneel is niet op de post aanwezig, maar op afroep beschikbaar.

Vervoersmiddelen

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;
- 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;
- Piketauto: een auto die wordt ingezet ten behoeve van tijdsgebonden beschikbaarheid van personeel voor de ambulancezorg;
- Overig: ambulancevoertuigen en -fietsen.

In onderstaande tabel is een overzicht gegeven van de samenstelling van het wagenpark van alle ambulancezorgaanbieders naar type vervoersmiddel over de jaren 2010 en 2011. In de afgelopen jaren is een toename zichtbaar van het aantal piketauto's, solo-ambulances en motoren.

Tabel 3.4. Samenstelling wagenpark ambulancezorgaanbieders⁹

Vervoerstype	Aantal (2010)	Aantal (2011)
ALS-ambulance	637	647
BLS-ambulance	56	60
Motoren/ solo-ambulance	82	91
MICU	10	11
Piketauto	145	160
Overig	93	113
Totaal	930	1044

Bron: KPMG, bekostigingsonderzoek ambulancezorg

Rapid responders zijn ambulanceverpleegkundigen die zich bijvoorbeeld met een motorambulance of solo-ambulance 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, in afwachting van de ambulance.¹⁰ 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 niet per definitie een ambulanceverpleegkundige, maar kan ook een medewerker van de politie of brandweer zijn of een burger die getraind is in bv. AED.

⁹ Inclusief vervoersmiddelen die geleased worden door aanbieders.

¹⁰ Bron: First en rapid responder, beleidsdocument en landelijke richtlijn. AZN, 2005.

In tegenstelling tot de rapid responder is de first responder niet bevoegd om de patiënt zelfstandig te behandelen.

3.3 Financiële omvang ambulancezorg

De minister bepaalt jaarlijks het landelijke macrobudget. In 2010 was het totaalbudget voor de ambulancezorg ruim € 481 miljoen. In de jaren voor 2010 steeg het totaalbudget jaarlijks met ongeveer € 20 miljoen. In maart 2010 hebben AZN en de minister een convenant gesloten. In het convenant is een aantal efficiencykortingen opgenomen, zoals een bevrozing van de productieparameters in de budgetten voor de jaren 2011 t/m 2013, evenals een cumulatieve korting op loon- en materiële kosten die oploopt tot 1,5% procent in 2013.

In 2011 was het totaalbudget voor de ambulancezorg € 472 miljoen. De daling ten opzichte van het jaar 2010 wordt voor een groot deel veroorzaakt door de schoning van de budgetten voor de kosten van de FLO¹¹-overgangsregeling (à € 20 miljoen). Het grootste deel van het totaalbudget betreft de loonkosten (ruim 78%). Kapitaallasten en materiële kosten bestrijken ieder ongeveer 10% van het budget. De laatste 2% vallen onder de overige kosten. € 47 miljoen van het totaalbudget wordt gevormd door de beschikbaar gestelde gelden voor spreiding en beschikbaarheid.

Tabel 3.5 geeft een overzicht van de macrobudgetten in de jaren 2010 – 2012, uitgesplitst naar ambulancediensten en meldkamers.

Tabel 3.5. Macrobudget ambulancezorg (in miljoenen euro's)

	2010	2011	2012
Ambulancediensten	436	426	436
Meldkamers	45	46	48
Totaal	481	472	484

Bron: Rekenstaten NZa

3.4 Verzekering en vergoedingen

De ambulancezorg maakt onderdeel uit van het verplicht verzekerde basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) als deze medisch noodzakelijk is en aan een aantal voorwaarden voldoet.¹² Een verzekerde maakt gebruik van de zorg die geleverd wordt door de RAV in de regio. De zorgverzekeraars sluiten via het representatiemodel met alle RAV'en een contract.

De kosten die de RAV bij de zorgverzekeraar in rekening brengt, komen ten laste van het verplichte en/of vrijwillige eigen risico van de verzekerde. Voor het vervoer per ambulance is een verzekerde geen eigen bijdrage verschuldigd.

¹¹ Functioneel Leeftijdsonslag. Tot 2006 hadden ambulancemedewerkers recht op vervroegd uittreden. Deze regeling is per 1 januari 2006 afgeschaft. Voor de medewerkers die onder de oude FLO-regeling vielen, is een overgangsregeling opgesteld. Ambulancediensten kregen deze kosten tot 2011 vergoed in het budget. Per 2011 is vergoeding hiervan overgeheveld naar VWS.

¹² Zie Besluit Zorgverzekering, artikel 2.13.

Voor het declareren van een spoedrit (A1- of A2-rit) wordt gebruik gemaakt van een sluittarief. Het sluittarief kan maandelijks variëren. In paragraaf 4.4.2 is dit verder uitgewerkt.

3.5 Kwaliteit

Normen voor de kwaliteit van de zorg worden gesteld en bewaakt door de beroepsgroep zelf en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de naleving ervan. In de ambulancezorg vormt de bereikbaarheid een belangrijke graadmeter voor kwaliteit. Daarnaast zijn er ook andere normen die invloed hebben op de kwaliteit van zorg. Op deze normen wordt hieronder ingegaan.¹³

3.5.1. Bereikbaarheidsnorm

Binnen de ambulancezorg wordt gewerkt met de zogenaamde 15-minutennorm: het bereiken van de patiënt binnen 15 minuten vanaf het aannemen van de melding A1. Vanuit de politiek geldt het streven dat 97% van de Nederlanders binnen deze 15 minuten bereikt moet kunnen worden. Om hieraan te kunnen voldoen, worden de standplaatsen en ambulances zo goed mogelijk gepositioneerd. Met name in de stedelijke gebieden wordt veel gewerkt met 'rijdende paraatheid'. Onbeladen ambulances keren niet terug naar de standplaats, maar blijven op de weg om 'gaten' in de bereikbaarheid van bepaalde gebieden te dekken (dit zijn de zogenaamde voorwaardenscheppende ritten). Dit gebeurt onder coördinatie van de meldkamer, die een overzicht heeft van de plaatsen waar de ambulances zich op dat moment bevinden.

Deze bereikbaarheidsnorm voor de kwaliteit van zorg is tevens bepalend voor de toegankelijkheid van zorg.

3.5.2. Andere kwaliteitsnormen

Naast bovengenoemde bereikbaarheidsnorm gelden ook andere kwaliteitsnormen. Voorbeelden zijn de gemiddelde tijd voor het vrijmelden na een rit en de gemiddelde wachttijd bij B-vervoer. In deze context wordt bijvoorbeeld overleg gevoerd met de ziekenhuizen in de regio over de afstand die de ambulanceverpleegkundigen moeten afleggen in het ziekenhuis voordat de patiënt overgedragen kan worden. Daarnaast sturen zorgverzekeraars in de zorginkoop actief op ziekteverzuim: bij een hoger dan gemiddeld ziekteverzuim worden afspraken gemaakt om dit te verbeteren. Hierbij speelt de vergelijking tussen ambulancediensten onderling een grote rol.

Qua efficiëntie wordt door zorgverzekeraars meegedacht over de inrichting van het pand van de ambulancedienst: de weg naar de ambulance moet zo kort mogelijk zijn. In opleiding en training van het personeel wordt erop aangestuurd dit samen met andere regio's te organiseren.

¹³ De algemeen geldende (wettelijke) normen voor opleiding en uitvoering van de ambulancezorg vallen buiten de context van dit advies en worden daarom buiten beschouwing gelaten.

4. Huidige bekostiging en financiering van de ambulancezorg

4.1 Historie

De ambulancesector wordt sinds eind jaren '90 bekostigd via budgettering. Vóór die tijd bestond een systeem van begrotingsfinanciering, waarin de ambulancediensten werden bekostigd op basis van productie. Er was sprake van nacalculatie op basis van gerealiseerde ritten en gemaakte kosten: zowel de vooraf ingeschatte kosten als de eventuele overschrijding van de begroting werden vergoed. De bekostiging op basis van het aantal gereden ritten maakte dat de bekostiging van beschikbaarheid en stafpersoneel hierdoor voor sommige ambulancediensten een probleem vormde.

Halverwege de jaren '90 stelde de toenmalige minister vast dat door de versnippering van de ambulancediensten sprake was van ondoelmatigheid in de sector. Het bevorderen van schaalvergroting door RAV-vorming werd als belangrijkste oplossing gezien. Voor de bekostiging werd overgestapt op een systeem van budgettering. Het macrobudget voor de ambulancesector, onderdeel van het Budgettair Kader Zorg (BKZ), werd verdeeld over de aanbieders van ambulancezorg. Later werd dit aangepast tot een normatief budgetsysteem, gebaseerd op productieafspraken tussen de ambulancediensten, de zorgverzekeraars en de regiovertegenwoordiger. Dit systeem stimuleerde de RAV-vorming. In latere jaren is nog een aantal aanpassingen en verscherpingen doorgevoerd in het systeem, o.a. een verdere differentiatie naar regio's en het toevoegen van een extra budget voor Spreiding en Beschikbaarheid (S&B).

4.2 Bekostiging

De NZa stelt jaarlijks individuele budgetten vast voor de ambulancediensten en meldkamers. Beide budgetten kennen een zelfde opbouw van loonkosten, materiële kosten, kapitaallasten en overige kosten. Deze kostencomponenten zijn weer onder te verdelen in een aantal specifieke budgetparameters.

Het merendeel van de budgetparameters voor de loonkosten en materiële kosten is normatief vastgesteld. Op basis van een aantal inputparameters worden deze normatieve kosten in het budget opgenomen. Voor de ambulancediensten zijn de belangrijkste inputparameters het aantal ongewogen en gewogen ritten (werkelijke ritten respectievelijk ritten gecorrigeerd voor bevolkingsdichtheid en inwonersaantallen), het aantal standplaatsen, het aantal ambulances en het aantal verreden kilometers. Voor de meldkamers wordt het budget met name gebaseerd op het aantal meldingen, het type locatie (mono-, bi- of trilocatie)¹⁴ en het aantal centralistenwerkplekken.

De kapitaallasten worden voor het merendeel gebaseerd op de werkelijke kosten. De overige kosten volgen met name uit afspraken met verzekeraars.

¹⁴ Monolocatie: meldkamer alleen voor ambulancedienst; bilocatie: meldkamer voor ambulancedienst en brandweer of politie; trilocatie: meldkamer voor ambulance, politie en brandweer.

Hieronder valt bijvoorbeeld de 'vrije marge'.

Spreiding en beschikbaarheidsgelden

Uit het rapport 'Niet zonder zorg' uit 2001 bleek dat een groot aantal spoedritten de veldnorm van 15 minuten overschreed.¹⁵ 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 S&B vastgesteld.¹⁶ Dit rapport bevatte een modelmatige benadering van de landelijke spreiding en capaciteit van standplaatsen met als doel het verlagen van het aantal overschrijdingen van de 15 minuten norm. VWS heeft vervolgens € 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 met verzekeraars wordt jaarlijks binnen het regionale bedrag het bedrag per aanbieder afgesproken. Hier moet een gezamenlijk plan van aanpak voor worden opgesteld. In 2011 is in totaal € 47 miljoen aan middelen voor verbetering van de S&B opgenomen in de budgetten.

4.3 Financiering

Ter vulling van het budget kunnen ambulancediensten en meldkamers prestaties en tarieven in rekening brengen zoals weergegeven in tabel 4.1. De NZa stelt voor de prestaties I001 t/m I006 jaarlijks de tarieven vast. Deze tarieven zijn gelijk voor alle aanbieders van ambulancezorg.

Het tarief voor spoedvervoer en een melding zijn geen vaste tarieven, maar sluittarieven, en dienen om de opbrengsten bij het budget te laten aansluiten. Deze tarieven zijn afhankelijk van de hoogte van het budget en de eventuele verrekeningen die verwerkt moeten worden. 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.

¹⁵ Niet zonder zorg. Van der Veen et al, 2001.

¹⁶ Ministerie van VWS. Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid ambulancezorg. Kamerstuk CZ/EZ 2487006; 4 juni 2004.

Tabel 4.1. Overzicht tarieven en prestaties ambulancezorg

Zorgaanbieder	Prestatiecode	Prestatie	Tarief (in euro's)
Ambulance-dienst	I001	Kilometertarief per beladen kilometer	3,66
	I002	Besteld vervoer (B-rit)	246,93
	I003	Stand-by per uur	116,78
	I005	Grensoverschrijdende spoedinzet van ambulances (minimum)	745,66
	I005	Grensoverschrijdende spoedinzet van ambulances (maximum)	1201,82
	I006	MICU transport	2040,87
	I010	Spoedvervoer (A1 / A2-rit)	Sluittarief
Meldkamer	I100	Melding	Sluittarief

Bron: NZa, prijspeil 1 januari 2013

4.4 Knelpunten in de bekostiging en financiering

4.4.1. Bekostiging

In de huidige budgetteringssystematiek bestaat een aantal knelpunten:

- De normatieve vergoedingen in het budget zijn eind jaren '90 vastgesteld en sindsdien niet meer herijkt. Deze bedragen sluiten waarschijnlijk niet meer aan op de huidige praktijk. Een voorbeeld is de vergoeding voor ICT: dit is de afgelopen jaren sterk ontwikkeld en de financiële vergoeding hiervoor is niet meegegroeid;
- Er is door de jaren heen een aantal losse parameters aan de budgetten toegevoegd als gevolg van nieuwe kwaliteitsimpulsen, zoals een coördinator in de meldkamer of een piketauto, waarvoor extra geld beschikbaar is gekomen. Hierdoor is de opbouw van het budget complex geworden;
- Er is geen relatie tussen inzet van materieel en de benodigde inzet volgens het Referentiekader S&B;
- Productie speelt in de huidige bekostigingssystematiek nog een belangrijke rol, terwijl de kosten van een ambulancedienst maar beperkt worden beïnvloed door de daadwerkelijke productie in termen van ritten en kilometers. Het grootste deel van de kosten van een ambulancedienst wordt besteed aan het waarborgen van de beschikbaarheid.

4.4.2. Financiering

In de huidige financieringssystematiek kan de hoogte van de sluittarieven van een spoedrit en een melding sterk uiteen lopen tussen verschillende ambulancediensten onderling en door de tijd heen. Hierdoor krijgen zowel de verzekeraars als patiënten te maken met wisselende tarieven.

De NZa heeft aan de hand van de tariefbeschikkingen van de jaren 2010 en 2011 de hoogte en de spreiding van de in rekening gebrachte tarieven onderzocht. Hierbij heeft de NZa gekeken naar verschillen tussen ambulancediensten onderling en verschillen in de tijd.

Het blijkt dat er een factor drie verschil zit tussen de hoogte van het sluittarief van de ambulancedienst met het laagste 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 4.2 weergegeven.

Tabel 4.2. Spreiding in sluittarieven van spoedritten (in euro's)

Spreiding	2010	2011
1 ^e kwartiel	574	471
Mediaan	714	575
3 ^e kwartiel	896	705

Bron: NZa

Naast de spreiding van de sluittarieven tussen ambulancediensten is ook gekeken naar de spreiding van het sluittarief van één ambulancedienst in de tijd. Het sluittarief voor een ambulancedienst kan gedurende het jaar meerdere keren worden aangepast. Gemiddeld ligt het hoogste sluittarief in een jaar een factor twee hoger dan het laagste sluittarief.

Tot 2011 was het wettelijk verplicht eigen risico altijd dermate laag dat voor vrijwel alle patiënten na een enkele spoedeisende rit met een ambulance het eigen risico volledig van toepassing was. Indien in de toekomst het wettelijk verplicht eigen risico verder stijgt, is het mogelijk dat, bij het behoud van sluittarieven, voor de ene patiënt het eigen risico volledig wordt verbruikt en voor een andere patiënt niet, ondanks dat de zorg door dezelfde ambulancedienst geleverd is.

5. Advies nieuwe bekostigingssystematiek

In dit hoofdstuk staat het advies voor de bekostigingssystematiek centraal; in het volgende hoofdstuk geeft de NZa advies voor de financiering van de ambulancezorg. Bekostiging is de methode waarmee vast wordt gesteld hoeveel geld een aanbieder beschikbaar gesteld krijgt voor het leveren van de zorg. Financiering is de methode waarmee de aanbieder het geld daadwerkelijk ontvangt voor het leveren van de zorg.

5.1 Uitgangspunten bekostiging

In het vorige hoofdstuk zijn de knelpunten in de huidige bekostiging aan de orde geweest. Het alleen herijken van de huidige bekostigingsbedragen ligt daarmee niet voor de hand. Gegeven de marktordering en de uitgangspunten in de adviesaanvraag van de minister blijft een budgetsystematiek in de ambulancezorg wel de meest passende vorm van bekostiging. Bij een systeem van beschikbaarheid past het niet om een productiegebonden bekostiging, zoals prestatiebekostiging of een verrichtingensysteem, in te voeren. De ambulancezorg kenmerkt zich door een hoge mate van vaste kosten; een gevleugelde uitspraak in de ambulancezorg is dat de 'stilstaande ambulance bijna dezelfde kosten met zich meebrengt als een rijdende ambulance'. Het merendeel van de kosten bestaat uit personeelskosten.

Voor de nieuwe budgetsystematiek hanteert de NZa de volgende uitgangspunten:

1. De nieuwe bekostiging is primair gericht op het bekostigen van beschikbaarheid van ambulancezorg. De NZa baseert dit budget zoveel mogelijk op de normcapaciteit uit het Referentiekader S&B. Op basis van de systematiek moeten zorgaanbieders kunnen voldoen aan de minimale wettelijke kwaliteitseisen;
2. VWS heeft met de sector afspraken gemaakt over de macro budgettaire middelen voor de ambulancezorg vanaf 2014. Wat de NZa betreft moet dit macro budgettaire kader aansluiten bij de middelen die nodig zijn om aan het Referentiekader S&B te voldoen. De nieuwe bekostiging blijft macro binnen dit kader;
3. De bekostiging maakt het voor verzekeraars mogelijk om te sturen op doelmatige besteding van de middelen en het leveren van zorg die voldoet aan de kwaliteitsnormen. Het is ook noodzakelijk dat de bekostigingssystematiek voldoende flexibel is om verzekeraars een rol te geven in de substitutie in de keten van acute zorg, temeer indien actualisatie van het Referentiekader S&B niet voldoende frequent plaatsvindt om de ontwikkelingen in het zorglandschap (met name de sluiting van SEH's) te kunnen volgen.

5.1.1. Referentiekader S&B

De NZa ziet het Referentiekader S&B als vertrekpunt bij het vormgeven van het bekostigingsmodel. Met dit model worden de wettelijk vastgestelde normen vertaald in de benodigde capaciteiten per RAV en de spreiding van de capaciteiten over de kaart van Nederland.

Het Referentiekader S&B houdt naast de minimaal vereiste capaciteiten voor spoedzorg ook rekening met de benodigde capaciteiten voor besteld vervoer.

Hieruit volgt dat het kader voorziet in de totale benodigde capaciteit en de spreiding daarvan voor de totale ambulancezorg in Nederland.

De NZa heeft de wettelijke taak om met de bekostigingssystematiek de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg te waarborgen. Voor de ambulancezorg geldt de bijzondere omstandigheid dat er een wettelijke norm bestaat voor de toegankelijkheid van zorg. De NZa heeft geen rol in het vaststellen van de normen voor bereikbaarheid en beschikbaarheid van ambulancezorg. Dat is aan de minister. De (door het RIVM) berekende capaciteiten en de landelijke verdeling daarvan, op basis van de wettelijke normen voor capaciteit en spreiding, beschouwt de NZa daarom als een gegeven. Dit betekent dat een actueel en gedragen Referentiekader S&B een voorwaarde is voor het opstellen van een bekostigingsmodel waarbinnen de toegankelijkheid (beschikbaarheid) van ambulancezorg volgens de wettelijke normen kan worden gewaarborgd.

Het Referentiekader S&B is een normatief model dat niet noodzakelijkerwijs overeen hoeft te komen met de werkelijkheid. Het vormt echter wel de basis voor de bekostiging. Hiermee wordt gezorgd dat iedere RAV over voldoende capaciteit en middelen beschikt om aan de wettelijke normen te voldoen. Daarnaast geldt ook dat RAV'en die meer capaciteiten beschikbaar hebben dan noodzakelijk op basis van het Referentiekader S&B de kans lopen dat zij niet al hun kosten vergoed krijgen. Hier kan de prikkel vanuit gaan om RAV'en hun organisatie zo te laten inrichten dat zij steeds meer bewegen naar de situatie op basis van het theoretische model. Dit zal echter alleen het geval zijn als het Referentiekader S&B voldoende verfijnd is en toegespitst op de regionale omgevingsfactoren van de RAV. Ook dit onderstreept het belang van een actueel en realistisch Referentiekader S&B. De NZa gaat ervan uit dat het RIVM en de partijen bij het herijken van het Referentiekader S&B rekening houden met de benodigde verfijning en regionale factoren.

5.1.2. Samenwerking met en substitutie tussen verschillende ketenpartners van ambulancezorg¹⁷

Bij meerdere ziekenhuizen spelen momenteel concentratie- en spreidingsvraagstukken, waarbij de verwachting is dat het aantal SEH's per regio zal afnemen. Om de gestelde bereikbaarheidsnorm voor de acute zorg van 45 minuten¹⁸ te kunnen waarborgen, zal een toenemende vraag naar het aantal standplaatsen, ambulancecapaciteit en/of voorwaardenscheppende ritten ontstaan.

Om substitutie binnen de keten van acute zorg mogelijk te maken dient de bekostigingssystematiek flexibel te zijn en is een macrokader acute zorg te overwegen. Dit adviesrapport van de NZa beperkt zich tot de bekostiging van ambulancezorg, omdat ontwikkelingen in de keten van acute zorg nu nog niet voldoende uitgewerkt zijn om op te anticiperen.

¹⁷ Aanbieders van ambulancezorg zijn onderdeel van zowel de keten van acute zorg als de keten van de openbare orde en veiligheid. De NZa beperkt zich in deze paragraaf alleen tot de ketenpartners in de acute zorg, omdat de ketenpartners in de keten van de openbare orde en veiligheid niet onder het zorgstelsel vallen.

¹⁸ De bereikbaarheidsnorm van 45 minuten betreft de totaal tijd die nodig is om met een ambulance de patiënt op de plaats van het ongeval te bereiken en vervolgens naar een SEH-locatie te rijden.

5.2 Rol verzekeraars in bekostiging

Sinds de invoering van het zorgstelsel per 1 januari 2006 wordt onder de 'rol van de verzekeraar' verstaan dat hij, voor de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet, zorgplicht heeft. De verzekeraar moet zorgen dat de verzekerde tijdig, voldoende en kwalitatief goede zorg krijgt of dat de kosten vergoed worden van de benodigde zorg waarop de verzekerde recht heeft. Dit betekent in reguliere gezondheidszorgmarkten dat de verzekeraar selectief zorg kan inkopen tegen de gewenste prijs/kwaliteit verhouding. In de ambulancezorg is de rol van de verzekeraar beperkter dan in andere markten vanwege de wetgeving en daaruit voortvloeiende marktordening. Hierop gaat deze paragraaf dieper in, waarbij eerst gereflecteerd wordt op de rol van de verzekeraar vanuit de TWAZ (5.2.1). Daarna worden de mogelijkheden onderzocht om de bekostiging geheel of bijna volledig buiten de verzekeraar om te regelen (5.2.2 en 5.2.3). Als laatste gaan we in op de mogelijkheid om kwaliteitsafspraken te maken (5.2.4).

De financiering en de rol van de verzekeraar daarin komt uitgebreid aan bod in hoofdstuk zes.

5.2.1. Rol verzekeraar vanuit de TWAZ

Onder de TWAZ wordt één RAV per veiligheidsregio aangewezen als rechtspersoon die verantwoordelijk is voor het leveren van ambulancezorg. Dit maakt dat er geen concurrentie tussen zorgaanbieders is. De aanbieder is in feite een monopolist in de regio. De verzekeraar kan ambulancezorg binnen een RAV-regio dus niet selectief inkopen. De sturingsmogelijkheden van verzekeraars zijn daarmee beperkt. Voor de verzekeraar bestaat geen contracteerplicht, maar om aan de zorgplicht voor ambulancezorg te kunnen voldoen, zal hij afspraken moeten maken met de RAV en bijvoorbeeld kwaliteitseisen moeten stellen.

In de TWAZ en de Regeling TWAZ is wel een aantal rollen vastgelegd voor de verzekeraar:

- De RAV geeft in overleg met de verzekeraar in de regio uitvoering aan het referentiekader S&B (Regeling TWAZ art. 2.1);
- De RAV kan in overleg met de verzekeraars in de regio gemotiveerd afwijken van de spreiding van standplaatsen volgens het referentiekader S&B, mits de spreiding van de standplaatsen zodanig is dat in de betreffende regio minstens 97% van de bevolking binnen 15 minuten responstijd kan worden bereikt door een ambulance (Regeling TWAZ art. 2.3);
- De RAV kan in overleg met de verzekeraars in de regio gemotiveerd afwijken van de beschikbaarheid van ambulances van het referentiekader S&B, mits de bereikbaarheid is gewaarborgd (Regeling TWAZ art. 2.4).
- Verder vraagt de minister de in de regio werkzame verzekeraar om advies als een vergunning ingetrokken dreigt te worden en de minister een andere ambulanceaanbieder wil aanwijzen (TWAZ art. 8).

Dit alles geeft de verzekeraar de opdracht om afspraken te maken met de RAV, maar geeft hem geen inspraak welke ambulanceaanbieder de vergunning krijgt. Het instrument van selectieve inkoop vervalt daarmee: de verzekeraar kan immers niet naar een andere aanbieder stappen. Daarnaast stelt art. 4 in de Regeling TWAZ dat de RAV in een dusdanige financiële staat moet verkeren dat de continuïteit van de ambulancezorg en het voldoen aan de wettelijke eisen niet in gevaar komt.

De NZa adviseert de minister om in de TWaz een meer structurele inbreng van de verzekeraar te regelen. De rol van de verzekeraar in art. 8 van de TWaz kan vergroot worden door de verzekeraar niet alleen een adviesrecht te geven, maar ook te bepalen dat instemming van de verzekeraar vereist is voor het verlenen van de vergunning. Indien de minister dat te vergaand vindt, zou het goed zijn om de adviesrol wel zwaarwegend te maken en te concretiseren over welke onderwerpen (bijvoorbeeld kwaliteit, doelmatigheid) de verzekeraar advies geeft en op te nemen dat de minister die criteria en de resultaten daarvan moet betrekken bij de besluitvorming.

In art. 9 van de TWaz is opgenomen dat de minister jaarlijks de RAV'en onderling vergelijkt met betrekking tot de wijze waarop ze ambulancezorg verlenen en hoe zij aan de eisen voldoen die in de Regeling TWaz zijn gesteld. Dit onderzoek kan aanleiding zijn om de vergunning in te trekken (conform art. 8) als blijkt dat de RAV niet meer aan de eisen uit de Regeling voldoet. De NZa raadt aan dat de minister de verzekeraar bij dit jaarlijkse onderzoek betreft en ook hierbij de verzekeraar een zwaarwegende adviesrol geeft.

Ook kan in art. 8 TWaz worden opgenomen dat een verzekeraar de mogelijkheid (of beter: plicht) heeft om een RAV die niet meer aan de eisen voldoet, te melden bij VWS.

Met deze aanpassingen in de wet- en regelgeving krijgt de verzekeraar een formele rol die meer gewicht heeft dan alleen de (beperkte) financiële rol. Aangezien de RAV in die nieuwe situatie voor het behoud van de vergunning afhankelijk wordt van de instemming/advisering door de verzekeraar, voelt de RAV ook de noodzaak tot het maken van afspraken over de performance. Op deze wijze krijgt de verzekeraar ook een middel in handen om, op termijn via het verlenen van de vergunning, selectief te contracteren, c.q. invloed te hebben op de keuze voor een aanbieder.

De TWaz heeft een werking van vijf jaar. Het is aan te raden dat in de opvolgende wetgeving de formele rol van de verzekeraar vanaf het begin een stevige basis krijgt.

5.2.2. Publieke dienst

Het is de wens van de minister dat de nieuwe bekostigingsstructuur primair de beschikbaarheid van ambulancezorg borgt. In combinatie met het feit dat er per regio slechts één ambulancezorgaanbieder aangewezen is om de zorg te leveren, kan het een optie zijn om de verantwoordelijkheid voor de uitvoering ervan neer te leggen bij de overheid, zoals bijvoorbeeld ook geldt voor de brandweer. De ambulancezorg wordt dan een publieke dienst of voorziening. Aansturing en financiering vinden publiek plaats. Dit past bij de huidige taken die de overheid uitvoert voor de ambulancezorg. Aanbieders worden door de minister aangewezen, het budget wordt door de overheid afgegeven en vanuit de TWaz is bepaald dat de ambulancezorg aansluit bij het (ook door de overheid) vastgestelde Referentiekader S&B.

Deze optie vraagt een grote stelselwijziging. In een volledig publieke sector heeft de verzekeraar vanzelfsprekend geen stem meer. Dit sluit niet aan bij het besluit van de minister om de ambulancezorg als verzekerde zorg aan te blijven merken en niet als publieke voorziening. Deze optie staat daarmee te ver af van de uitgangspunten van een nieuwe bekostigingsstructuur en wordt daarom niet door de NZa geadviseerd.

5.2.3. Beschikbaarheidsbijdrage

Een andere optie is om de bekostiging en financiering van ambulancezorg geheel of gedeeltelijk te laten lopen via een beschikbaarheidsbijdrage.

Een beschikbaarheidsbijdrage geldt voor die vormen van zorg met een grote beschikbaarheidscomponent, welke qua kosten niet toe te rekenen zijn aan een individuele patiënt. De zorgaanbieder ontvangt een vaste bijdrage van de overheid (bijvoorbeeld de MMT) of een toeslag (zoals bijvoorbeeld geldt voor brandwondencentra). Vergoeding van de beschikbaarheidsbijdrage gebeurt via het Zorgverzekeringsfonds op basis van een beschikking van de NZa.

Deze methodiek sluit aan bij het uitgangspunt in de adviesaanvraag om met name de beschikbaarheid van ambulancezorg te borgen. Er kleeft echter ook een aantal nadelen aan. Allereerst heeft de verzekeraar geen invloed op de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage en heeft de verzekeraar hoogstens een administratieve rol in de verrekening van de bijdrage. Dit past niet bij de (inhoudelijke) rol van de verzekeraar die in de Twaz en Regeling TWAz is vastgelegd.

Voor deze optie moet bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) bepaald worden dat voor de zorgaanbieder een beschikbaarheidsbijdrage kan worden verleend. Dit is niet realistisch in het door VWS gestelde tijdspad voor het wijzigen van de bekostiging en financiering per 1 januari 2014.

Voor het bepalen van de beschikbaarheidsbijdrage moet de zorgfunctie exact afgebakend zijn, zodat de NZa de juiste hoogte van de vergoeding kan bepalen. Dit kan leiden tot discussies over de afbakening van de zorg. Daarnaast bestaat het risico dat er meer of minder compensatie plaatsvindt dan nodig is voor het garanderen van de 'beschikbaarheid' van de ambulancezorg. Het betalen van een te hoge compensatie is mogelijk in strijd met de Europese regels voor staatssteun.

Op basis van bovenstaande overwegingen adviseert de NZa om de bekostiging niet via een beschikbaarheidsbijdrage vorm te geven.

5.2.4. Invloed van de verzekeraar in de nieuwe bekostiging

Als de publieke dienst en de beschikbaarheidsbijdrage voor de bekostiging niet wenselijk zijn, resteert de vraag of de verzekeraar een rol kan krijgen bij het vaststellen van de hoogte van het budget in de nieuwe bekostiging. Verzekeraars zien voor zichzelf de taak om toe te zien op doelmatige besteding van de middelen die de overheid beschikbaar stelt voor ambulancezorg. Dit is een taak die de verzekeraars in de huidige bekostiging ook uitvoeren. De NZa is van mening dat de verzekeraars deze mogelijkheid moeten behouden in de nieuwe bekostiging. Dit heeft ook gevolgen voor de wijze waarop de ambulancezorg gefinancierd wordt, omdat de NZa vindt dat de verzekeraar de financiële gevolgen van de gemaakte afspraken moet ondervinden. Dit wordt in het volgende hoofdstuk verder uitgewerkt.

De NZa vindt dat de verzekeraar en aanbieder de mogelijkheid moeten hebben om gezamenlijk afspraken te maken over de definitieve hoogte van het budget. Zodoende hebben verzekeraars en RAV'en de vrijheid om afspraken te maken over de besteding van middelen en de te leveren zorg.

Gezien het regionale karakter van de ambulancezorg en het belang van beschikbaarheid, vinden de onderhandelingen tussen verzekeraar en

aanbieder plaats via het representatiemodel. Indien de verzekeraar en aanbieder er samen niet uitkomen zal de NZa een besluit nemen over de definitieve hoogte van het budget.

De NZa baseert zich bij het vaststellen van de hoogte van het budget van de RAV voor een groot deel op het Referentiekader S&B. Dit geeft de indruk dat het budget volledig noodzakelijk is voor het waarborgen van de spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg. De zorgverzekeraar heeft echter de mogelijkheid om in het lokaal overleg een lager S&B-budget af te spreken dan het maximum.

De verzekeraar heeft, net als in de huidige bekostiging eveneens de mogelijkheid om lokale afspraken te maken over huisvesting, vergoeding materiële kosten en de beschikbare middelen voor de loonkosten. Ook kan de verzekeraar lokale afspraken maken over individuele posten, zoals de veerboot en de Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij (KNMR), en het aantal ritten en kilometers. In paragraaf 5.3 beschrijft de NZa de technische opbouw van de nieuwe budgetsystematiek en de wijze waarop zij het maximumbudget berekent. Per onderdeel van het nieuwe budget is toegelicht welke mogelijkheden de verzekeraar heeft.

5.2.5. Afspraken over kwaliteit

De Wmg is geen kwaliteitswet. De NZa kan gezien haar wettelijke bevoegdheden niet rechtstreeks sturen op (afspraken over) kwaliteit. Als kwaliteitsverbetering niet tot stand komt, kan de NZa niet voor naleving zorgen. Dit is aan de betrokken marktpartijen. De beslissingen van de NZa moeten zorgaanbieders in staat stellen om voldoende kwaliteit te leveren. Zo moet het budget voor de RAV zodanig kostendekkend zijn dat de beschikbaarheid van ambulancezorg, en daarmee de normen voor spreiding en capaciteit, geborgd is. De NZa stelt echter zelf geen normen voor kwaliteit en dit maakt dan ook geen onderdeel uit van de bekostiging. Normen voor de kwaliteit van de zorg worden gesteld en bewaakt door de verschillende beroepsgroepen zelf en de Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de naleving ervan. De sector zelf is verantwoordelijk voor het inzichtelijk maken en verbeteren van (maximale) kwaliteit van zorg. Dit geldt ook voor het opzetten van een benchmarksysteem.

De verzekeraar kan met de aanbieder afspraken maken over de te leveren kwaliteit van zorg en gewenste verbeteringen. Ook kan de verzekeraar aan de kwaliteitsresultaten beloningen en sancties verbinden, bijvoorbeeld via de vrije marge (zie toelichting hierna). Dit kan de NZa niet regelen voor de verzekeraar.

5.3 Uitwerking nieuwe bekostiging

In deze paragraaf wordt het nieuwe bekostigingsmodel in detail uitgewerkt. Allereerst komt de opbouw van het nieuwe budget aan bod en vervolgens worden de verschillende onderdelen in aparte paragrafen verder toegelicht. In de laatste paragraaf wordt de vaststelling van het budget verder uitgewerkt.

5.3.1. Opbouw budget

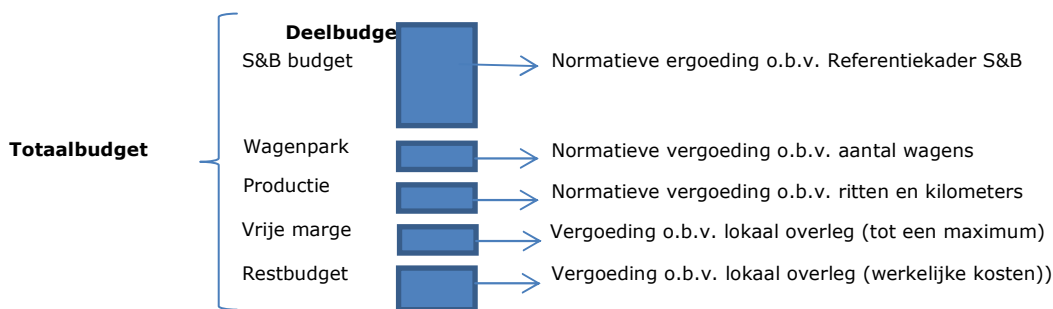
De NZa berekent op basis van het nieuwe bekostigingsmodel een totaalbudget per regio, waarbij het grootste deel gemaximeerd is. Aanbieders en verzekeraars spreken vervolgens in het lokaal overleg het daadwerkelijke (voorlopige¹⁹) budget van de RAV af. De

¹⁹ Voorlopig, omdat op een aantal onderdelen nacalculatie plaatsvindt.

onderhandelingen namens de verzekeraars vinden plaats via het representatiemodel. De NZa stelt geen ondergrens aan het budget; de representerende verzekeraars maken in lokaal overleg afspraken met de RAV, zodat de zorg en de kwaliteit van zorg geborgd is.

De middelen in het budget zijn niet geormerkt. RAV'en krijgen de vrijheid om invulling te geven aan de besteding van middelen. In figuur 5.1 is de opbouw van het budget schematisch weergegeven.

Figuur 5.1. Opbouw budget



Bron: NZa

In het nieuwe bekostigingsmodel is een grote rol toebedeeld aan de bekostiging van spreiding en beschikbaarheid. RAV'en dienen vanuit de TWAz te voldoen aan het Referentiekader S&B en daarom wordt in het budget aangesloten bij dit kader. Niet alle onderdelen van de bedrijfsvoering kunnen echter worden toegewezen aan dit kader. Daarom wordt het totale budget opgesplitst in een aantal deelbudgetten.

Het S&B-budget vormt het grootste deel van het budget en is volledig gebaseerd op het Referentiekader S&B. De loonkosten voor de beschikbaarheid van ambulancezorg wordt vanuit dit budget geborgd. Het wagenpark en de geleverde productie worden bekostigd vanuit twee aparte deelbudgetten. In het restbudget zijn de kosten ondergebracht die niet onder één van de andere deelbudgetten te plaatsen zijn. In de vrije marge is ruimte opgenomen voor vrij te besteden middelen.

De vergoedingen in de eerste drie deelbudgetten zijn genormeerd en het restbudget wordt gebaseerd op lokale afspraken. In tabel 5.1 is dit schematisch weergegeven.

Tabel 5.1. Opbouw bekostigingsmodel

Deelbudget		Specificatie	Vergoeding: genormeerd / op basis van lokale afspraken	Parameters	Nacalculatie
S&B-budget		Loonkosten voor beschikbaarheid van ambulancezorg, inclusief opleidingskosten	Genormeerd	Referentiekader S&B	Nee
Budget wagenpark		Aanschaf / afschrijving van ambulances, inclusief de inventaris en communicatiesystemen	Genormeerd	Aantal wagens	Nee
Budget productie	Ritten	Materiële kosten gerelateerd aan ritten	Genormeerd	Aantal ritten	Ja
	Kilometers	Brandstofkosten en onderhoudskosten ambulances	Genormeerd	Aantal kilometers	Ja
Restbudget		O.a. huisvesting, dienstverlening door derden, piketauto's, rente	Lokale afspraken	n.v.t.	Ja
Vrije marge		Vrij in te vullen besteding van middelen, in afspraak met de verzekeraar	Overeengekomen bedrag (max. 2,75% normbudget loon/materieel 2013)	n.v.t.	Ja

Bron: NZa

In de volgende paragrafen licht de NZa de deelbudgetten toe.²⁰ In het overzicht in bijlage 2 is aangegeven welke huidige budgetregels toegewezen zijn aan de deelbudgetten in de nieuwe systematiek.

5.3.2. S&B-budget

Het S&B-budget vormt het grootste deel van het totale budget (gemiddeld ruim 70%). Dit budget bekostigt het geheel aan loonkosten van de ambulancedienst (exclusief de loonkosten voor directie en administratie, de MICU chauffeur en de Medisch Manager Ambulancezorg (MMA)²¹) en vervangt hiermee de huidige loonkosten gebaseerd op standplaatsen en (on)gewogen ritten, en de loonkosten wachtgeld en ATW. Ook de opleidingskosten voor het personeel maken deel uit van dit budget.

Het S&B-budget wordt berekend op grond van:

- Het Referentiekader S&B (opgesteld door het RIVM);
- Parameterbedragen per dienst (beleidsregel bedragen NZa).

Het Referentiekader S&B bepaalt op een modelmatige wijze de benodigde S&B-capaciteit op RAV-niveau: het aantal wagens per standplaats, per tijdsblok van acht uur, uitgesplitst naar weekend- en weekdays. De NZa rekent aan de hand van deze parameters het bijbehorende budget uit. Hiervoor gebruikt zij de parameters voor spreiding en beschikbaarheid zoals deze sinds 2004 in de beleidsregels voor ambulancediensten is opgenomen. In de volgende deelparagrafen wordt deze berekening toegelicht.

²⁰ Deze modellen zijn gericht op de bekostiging van de ambulancediensten. De bekostiging van de meldkamer wordt in een aparte paragraaf behandeld.

²¹ Deze loonkosten zijn opgenomen in het Restbudget. De MMA wordt overgeheveld van het budget voor de meldkamer naar het budget van de ambulancedienst, zie hoofdstuk 5.6.

Het totaal hiervan vormt het S&B-budget. Dit budget is gemaximeerd en hierop is geen nacalculatie van toepassing. De verzekeraars hebben geen rol in het berekenen van dit deelbudget. Wel bestaat de mogelijkheid voor de verzekeraar om in het lokaal overleg een lager S&B-budget af te spreken dan het maximum.

5.3.2.1. Berekeningsmethode S&B-budget

Per standplaats wordt bepaald of deze op basis van paraatheids- of aanwezigheidsdienst moet worden bekostigd. Criteria hiervoor zijn de klasse voor omgevingsadressendichtheid (OAD) en de inwonersklasse.²² De diensten overdag (8-16u) worden altijd op basis van paraatheid gefinancierd. In de overige tijdsblokken geldt bij een inwoners- én OAD-klasse van 3 of hoger een bekostiging op basis van paraatheidsdienst. In alle andere gevallen wordt op basis van aanwezigheidsdienst bekostigd. In tabel 5.2 en 5.3 staan de klasse-indelingen weergegeven.

Tabel 5.2. Klasse-indeling inwoneraantal

Klasse	Van	Tot
1	0	15.000
2	15.000	42.500
3	45.500	95.000
4	95.000	160.000
5	160.000	-

Bron: NZa

Tabel 5.3. Klasse-indeling omgevingsadressendichtheid

Klasse	Van	Tot
1	0	350
2	350	750
3	750	1250
4	1250	2000
5	2000	-

Bron: NZa

De aantallen uit het Referentiekader S&B worden vervolgens per standplaats vermenigvuldigd met de bijbehorende parameterbedragen per tijdsblok. Het totaal hiervan vormt het S&B-budget.

5.3.2.2. Parameterbedragen S&B-budget

Voor de parameterbedragen in het S&B-budget is aangesloten bij de bedragen uit de beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening.²³ Deze vergoedingen zijn op prijsniveau 2014 vastgesteld.

Het S&B-budget bekostigt het grootste deel van de loonkosten van de RAV. Aangezien opleiding direct gerelateerd is aan het aantal wagens en diensten, zijn ook de kosten voor opleiding in dit budget ondergebracht. Daartoe worden de totale loonkosten voor opleiding zoals in de rekenstaten 2013 opgenomen, op basis van het totaal aantal diensten naar rato verdeeld over de RAV'en. In tabel 5.4 staan de parameterbedragen weergegeven.

²² Gebaseerd op inwoneraantallen en omgevingsadressendichtheden zoals afgegeven door het RIVM.

²³ BR/CU-7067.

Tabel 5.4. Parameterbedragen loonkosten S&B²⁴

	Aanwezigheid	Paraatheid	Aanwezigheid	Paraatheid	Paraatheid
	0-8 u	8-16u	16-24u	0-8u	16-24u
Werkdag	100.698	155.835	163.177	187.364	173.852
Zaterdag	22.792	39.126	37.215	39.126	39.126
Zondag	31.916	48.700	46.602	48.700	48.700

Bron: beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening (BR/CU-7067)

5.3.3 Budget wagenpark

Het deelbudget wagenpark is bestemd ter dekking van alle kosten voor de aanschaf en afschrijving van ambulances, inclusief de medische inventaris, communicatiesystemen en verzekeringen. De onderhoudskosten voor ambulances vallen niet onder dit deelbudget; deze zijn opgenomen in het deelbudget productie (paragraaf 5.3.4).

De vergoeding per wagen bedraagt €37.917. Dit bedrag is gebaseerd op de uitkomsten uit het kostenonderzoek. Alle kosten gerelateerd aan de ambulance zijn hierin meegenomen, zoals afschrijvingen, verzekeringen, belastingen en inventaris (onderhoudskosten zijn hierin niet meegenomen, deze komen terug in het deelbudget productie). Vervolgens is een bedrag per wagen berekend, gebaseerd op de aantallen ambulances uit de rekenstaten 2011.

Het deelbudget wagenpark is gebaseerd op ALS en BLS-ambulances; er worden in dit deelbudget geen andere typen vervoersmiddelen meegenomen. De reden hiervoor is dat het kostenonderzoek onvoldoende uitsluitsel geeft over de kosten voor andere vervoersmiddelen dan ambulances. Daarom zijn de kosten van alle vervoersmiddelen samen genomen, inclusief de MICU's, maar exclusief de piketauto's. De vergoeding voor de piketauto's wordt in het restbudget opgenomen (paragraaf 5.3.6).

Initieel wordt aangesloten bij het aantal ambulances in de rekenstaat ultimo 2013. Het definitieve aantal wordt bepaald in het lokaal overleg. Hiermee heeft de verzekeraar een rol in de vaststelling van dit deelbudget.

De RAV en zorgverzekeraar zijn vrij om afspraken te maken over de samenstelling van het gewenste wagenpark. Reden hiervoor is dat aanbieders en verzekeraars vanuit de TWAz gemotiveerd kunnen afwijken van de capaciteit uit het Referentiekader S&B. Daarnaast zal het deelbudget wagenpark mee moeten kunnen groeien als een nieuw Referentiekader S&B een hoger aantal diensten voorschrijft.

5.3.4 Budget productie

Het deelbudget productie is ter dekking van de variabele kosten die gerelateerd zijn aan de uitgevoerde ritten en kilometers. In de huidige systematiek is 64% van het budget productiegerelateerd. In het nieuwe bekostigingsmodel wordt dit aandeel omlaag gebracht naar 8%.

In het deelbudget productie wordt per rit een vaste vergoeding van €16,91 opgenomen en per kilometer een vergoeding van € 0,51.

²⁴ Prijspeil 2008

De vergoeding per kilometer en per rit zijn gebaseerd op het kostenonderzoek. De vergoeding per kilometer is volledig gebaseerd op het kostenonderzoek. De ritprijs zoals berekend in het kostenonderzoek is verhoogd met een opslag van 71%. Dit is gedaan om ex-ante aansluiting te zoeken bij de financiële middelen die de minister voor de sector beschikbaar stelt en om een in het kostenonderzoek ontbrekende kostenpost te compenseren.²⁵

Het deelbudget productie wordt gebaseerd op aantallen ritten en kilometers zoals door verzekeraar(s) en aanbieder overeen is gekomen. Dit gebeurt op basis van nacalculatie. Dit geeft de verzekeraar een rol in de hoogte van dit deelbudget. Bij afgifte van het initiële budget baseert de NZa zich op de meest recente realisatie (2012).

5.3.5 Restbudget

Het restbudget bevat alle huidige budgetregels die niet ondergebracht zijn in één van bovengenoemde deelbudgetten. Deze worden ongewijzigd overgenomen van de huidige naar de nieuwe systematiek.

Het restbudget bevat de budgetregels waarvan de variatie in kosten tussen aanbieders dermate groot is dat normering niet voor de hand ligt. Dit geldt bijvoorbeeld voor loonkosten directie en administratie, materiële en afschrijvingskosten voor huisvesting en inventaris, energiekosten en rentekosten. Daarnaast worden de kosten die niet op alle aanbieders van toepassing zijn in het restbudget ondergebracht, zoals de kosten voor de MICU-chauffeur, afhijsingen en de kosten voor overtochten bij de Waddeneilanden. In bijlage 2 wordt een overzicht gegeven van alle huidige budgetregels die ondergebracht worden in het restbudget.

Ook worden de kosten voor de medisch manager ambulancezorg (MMA) uit het restbudget vergoed. In de huidige systematiek is deze post ondergebracht in het budget van de meldkamer. De kosten zijn genormeerd op basis van het aantal meldingen, plus een vast bedrag per meldkamer. Per 2014 wordt deze post overgeheveld naar het budget voor de ambulancedienst. Deze kosten worden ondergebracht in de loonkosten voor directie en administratie en maken daarmee onderdeel uit van het restbudget.

Een nieuw onderdeel in het restbudget betreft de kosten voor overtochten door de veerbootmaatschappij of KNRM bij de Waddeneilanden. Het komt regelmatig voor dat de veerboot of KNRM moet worden ingezet om een patiënt over te brengen van een Waddeneiland naar het vasteland. De kosten hiervoor waren tot nu toe niet opgenomen in het budget en werden uit coulance vergoed door de verzekeraars. De overtochten vallen echter wel onder de aanspraak Zvw en worden daarom per 2014 onderdeel van het budget van de betreffende RAV'en. De kosten hiervoor worden opgenomen in het restbudget op basis van afspraken tussen zorgaanbieder en verzekeraar.

Voor alle kosten in het restbudget wordt initieel aangesloten bij de hoogte van de budgetregels ultimo 2013. De uiteindelijke hoogte van de verschillende onderdelen van het restbudget wordt bepaald in het lokaal overleg tussen aanbieder en verzekeraar.

²⁵ In de ritprijs zoals berekend in het kostenonderzoek zijn de kosten verbonden aan linnengoed niet opgenomen. Deze behoren echter wel tot de ritkosten. Met de opslag wordt aan deze kosten tegemoet gekomen.

5.3.6 Vrije marge

Conform het huidige budget is een deel van het budget beschikbaar voor individuele afspraken tussen zorgaanbieder en verzekeraar.

Voor 2014 is dit bedrag maximaal 2,75% van het normbudget loonkosten en normbudget materiële kosten ultimo 2013. De NZa neemt bij afgifte van het initiële budget dit volledige bedrag op in het budget.

Het is vervolgens aan de verzekeraar en aanbieder om de definitieve hoogte van dit deelbudget af te spreken en om afspraken te maken over de inzet van deze middelen. De vrije marge kan gebruikt worden om afspraken te maken over kwaliteit en innovatie.

Voor 2015 wordt dit bedrag geïndexeerd. Bij afgifte van een nieuw Referentiekader S&B (waarschijnlijk in 2016) wordt de vrije marge opnieuw berekend. De exacte methodiek hiervoor moet nog worden uitgewerkt.

5.3.7 Vaststellen budget

Eind jaar t-1 geeft de NZa het initiële budget af. Vóór 1 april jaar t dienen aanbieders en verzekeraars gezamenlijk het voorlopige budget jaar t in wat in het lokaal overleg is overeengekomen. In het najaar van jaar t+1 stelt de NZa het definitieve budget vast op basis van nacalculatie.

Indien aanbieders en verzekeraars onderling geen overeenstemming bereiken over de hoogte van het budget, zal de NZa een uitspraak doen over de definitieve hoogte van het budget. Hiervoor is een aantal opties mogelijk.

Er kan worden aangesloten bij het voorstel van de verzekeraar. Dit is echter juridisch niet goed verdedigbaar, aangezien de NZa in een eerder stadium een hoger budget heeft afgegeven als zijnde 'noodzakelijk' om aan het Referentiekader S&B te kunnen voldoen. Dezelfde redenering geldt bij toekennen van het budget dat halverwege de opgegeven hoogte van aanbieder en van verzekeraar ligt. Bovendien heeft deze laatste optie voor de verzekeraar een prikkel in zich om op een zo laag mogelijk budget in te zetten. Bij het toekennen van het maximumbudget valt de reden om te onderhandelen voor de aanbieder volledig weg.

Gezien bovenstaande knelpunten zal de NZa het budget in deze gevallen vaststellen op het afgegeven maximumbudget, minus de landelijk gemiddeld overeengekomen marge. Het landelijk gemiddelde percentage van het maximumbudget is te beschouwen als een marktconform budget.

5.4. Bekostiging meldkamer

De meldkamers maken onderdeel uit van de RAV. De ambulancediensten en de meldkamers kennen beide een budgetsysteem. De budgetten van de meldkamer en de ambulancediensten zijn van oudsher gescheiden. Dat was logisch omdat de regionale meldkamer meerdere zelfstandige ambulancediensten bediende. Bij de invoering van de TWAZ is het budget overgegaan naar de RAV, die zowel budgethouder is voor de ambulancezorg als voor de meldkamer.

Gezien de toekomstige ontwikkelingen in de opschaling van de ambulancediensten stelt de NZa voor om de budgetten van de

meldkamer en de ambulancediensten in 2014 gescheiden te houden. Samenvoeging van meldkamers is mogelijk het meest eenvoudig te realiseren als ambulancediensten en meldkamers ieder een eigen budget houden.

Voor de korte termijn stelt de NZa voor om de bestaande budgetsystematiek te behouden met een aantal beperkte aanpassingen.

Ten eerste wordt voorgesteld om de vergoeding van de MMA van de meldkamer naar de ambulancediensten over te hevelen. De reden hiervoor is dat de MMA's in de praktijk volledig worden ingezet voor de ambulancediensten en niet voor de meldkamer. De vergoeding van de kosten worden 1-op-1 overgenomen uit het huidige budget van de meldkamer.

Daarnaast wordt voorgesteld het maximum aantal centralistenwerkplekken uit te breiden. In de beleidsregel van de NZa is geregeld dat het aantal meldingen bepalend is voor het aantal centralistenwerkplekken. Het aantal centralistenwerkplekken bepaalt de vergoeding voor de afschrijvingskosten AVLS/GIS, GMS en materiële kosten AVLS-GIS en onderhoudskosten GMS die in de budgetten wordt verwerkt. De beleidsregel gaat uit van een gestaffelde vergoeding met een maximum van 5 tafels bij 70.000 om meer meldingen op jaarbasis. Er zijn op dit moment 4 meldkamers die tussen de 70.000 en 100.000 meldingen op jaarbasis hebben. Het is te verwachten dat met de concentratie van het aantal meldkamers, de aantallen meldingen per RAV verder op zullen lopen en boven de 100.000 meldingen uit zullen komen. Voorgesteld wordt om de vergoeding voor meer dan 5 centralistenwerkplekken mogelijk te maken. Bij elke additionele 30.000 meldingen boven de 70.000, wordt bovenop de 5 centralistenwerkplekken een extra centralistenwerkplek in de bekostiging toegevoegd.

Tenslotte moet de taakstelling van het ministerie van VWS met betrekking tot de meldkamers en de afspraken daarover nog in de budgetten worden verwerkt. Deze aanpassing moet nog verder worden uitgewerkt en wordt via een aparte bekostigingsregel in de budgetten inzichtelijk gemaakt.

Een belangrijk verschil met de ambulancedienst is dat er in de nieuwe bekostiging van de meldkamer geen normatieve parameter beschikbaar is voor het vaststellen van de benodigde capaciteit.

Voor de lange termijn stelt de NZa voor om een normatief referentiekader voor de meldkamers te ontwikkelen. Dit referentiekader voorspelt, op basis van het aantal meldingen per dagdeel, de benodigde capaciteit aan centralisten per RAV regio. Daarbij wordt rekening gehouden met randvoorwaarden zoals de minimale bezetting van een meldkamer. Het ontwikkelproces van een dergelijk referentiekader vertoont veel gelijkenissen met het Referentiekader S&B en is naar verwachting minder complex vanwege het ontbreken van een geografische component.

Op deze wijze kan in de bekostiging op normatieve wijze worden aangesloten bij de kostenstructuur van een meldkamer, die voor 80% uit personele kosten bestaat, en sterk afhankelijk is van het aantal meldingen per tijdseenheid en de spreiding hierin in de tijd. Ook het benodigd aantal centralistenplekken kan direct uit een dergelijk kader volgen.

5.5. Impact van het nieuwe bekostigingsmodel

De herveeeffecten op RAV-niveau ten opzichte van de huidige bekostiging worden met name veroorzaakt door wijzigingen in de hoogte van het S&B-budget.²⁶ Voor de overige deelbudgetten wordt grotendeels aangesloten bij het huidige beleid.

Het Referentiekader S&B is recent geüpdatet. De vorige versie van het Referentiekader S&B stamt uit 2008. In de update van 2013 is de productie 2012 meegenomen en is een aantal keuzes gemaakt in de modelmatige berekening van het kader.

Zo is het Dynamisch Ambulancemanagement (DAM) losgelaten en niet meegenomen in de berekeningen van het kader. Voor een aantal regio's wijzigt het aantal diensten sterk ten opzichte van de vorige versie van het kader. Dit vertaalt zich direct in de hoogte van het S&B-budget.

Hierbij geldt dat een uitbreiding van het aantal diensten in het nieuwe kader niet automatisch een hoger budget aan loonkosten betekent. In de oude systematiek waren de loonkosten met name afhankelijk van het aantal ritten en het aantal standplaatsen; in de nieuwe systematiek worden deze kosten volledig gebaseerd op de parameters uit het kader. RAV'en die in het nieuwe Referentiekader een hoger aantal diensten hebben dan in 2008, maar die in de oude bekostiging relatief hoge loonkosten hadden, zullen daarom een negatief effect zien in het S&B deelbudget, ondanks de uitbreiding van het aantal diensten.

Voor 2014 zijn extra gelden ter beschikking gesteld; macro stijgt het budget ambulancezorg met 7,7 miljoen. De impact per RAV wisselt echter sterk.

Het grootste deel van de aanbieders krijgen in 2014 een hoger budget dan in 2013. Voor 8 aanbieders heeft de nieuwe systematiek een daling van het budget tot gevolg. Voor 6 van de 8 aanbieders is de budgetdaling kleiner dan 3%. Bij 2 aanbieders is de daling groter. De grootste daling ligt rond de 7%. De NZa is van mening dat een transitietraject moet worden uitgewerkt. Dit transitietraject wordt in de volgende paragraaf toegelicht.

5.6. Transitietraject

Gezien deze herverdeeeffecten die gaan optreden adviseert de NZa een transitietraject van drie jaar. Door middel van de overgangsregeling krijgen zorgaanbieders de mogelijkheid om hun bedrijfsvoering aan te passen aan de nieuwe systematiek.

Gelet op de beperkte periode die partijen hebben om zich op de nieuwe situatie voor te bereiden (de beschikkingen worden pas na de zomer afgegeven), stelt de NZa voor om de aanbieders die een lager budget krijgen, er per 2014 nog niet op achteruit te laten gaan. Het eerste jaar behouden deze diensten het budget zoals in 2013 (geïndexeerd naar 2014). Het tweede en derde jaar worden vervolgens één derde respectievelijk twee derde van de inkomsten bepaald door het nieuwe model.

²⁶ Ook in het deelbudget vrije marge wordt een wijziging gezien, maar dit is voor alle diensten een neutrale of positieve wijziging en wordt daarom hier buiten beschouwing gelaten.

VWS heeft als gevolg van de update van het Referentiekader S&B extra middelen beschikbaar gesteld. Deze middelen worden gebruikt om het budget per 2014 op te hogen voor de aanbieders die er in het eindmodel op vooruit gaan. Dit gebeurt echter gefaseerd, omdat de aanbieders die er op achteruit gaan door invoering van het nieuwe model, tot en met 2016 worden gecompenseerd. Per 2017 is het overgangsmodel beëindigd en wordt volledig bekostigd op basis van het nieuwe model.

6. Advies nieuwe financieringssystematiek

In het vorige hoofdstuk is het model voor de nieuwe bekostiging van de ambulancezorg beschreven. Dit model heeft de volgende kenmerken:

- Het budget wordt grotendeels gebaseerd op de beschikbaarheid van capaciteiten, berekend aan de hand van het Referentiekader S&B;
- Er is één aanbieder per regio; er is dus geen concurrentie tussen aanbieders mogelijk;
- De zorgverzekeraars maken met de aanbieder via het representatiemodel afspraken over de definitieve hoogte van het budget.

In dit hoofdstuk worden verschillende opties voor de financiering gepresenteerd. Bij de financiering gaat het om de vraag op welke manier de zorgaanbieder zijn geld ontvangt. De NZa heeft één voorkeursoptie verder uitgewerkt.

6.1. Uitgangspunten

Bij de keuze voor een nieuwe financieringssystematiek spelen de volgende overwegingen een rol:

- Het is gewenst dat de verzekeraar, gezien het advies voor de bekostiging, een rol heeft in de financiering;
- De verzekeraar heeft, vanuit de zorgplicht, geen andere mogelijkheid dan het sluiten van een contract met de betreffende aanbieder in de regio;
- De wijze waarop de ambulancezorg in de risicoverevening meeloopt; de verzekeraar is 100% risicodragend;
- De ambulancezorg valt onder het wettelijk eigen risico; dit bedraagt in 2013 €350 per verzekerde. Het vrijwillig eigen risico bedraagt in 2013 maximaal €500 per verzekerde;
- Solidariteitsvraagstukken: is het, gegeven het wettelijk eigen risico, acceptabel dat een patiënt in een dunbevolkt gebied meer betaalt voor ambulancezorg dan een patiënt in een stedelijk gebied? Dit binnen de context dat er geen keuzevrijheid bestaat voor een aanbieder, en dat de bekostiging uitgaat van benodigde capaciteit en niet van geleverde prestaties.

In de voorgestelde nieuwe bekostigingsstructuur stelt de NZa de voorlopige budgethoogte voor de verschillende onderdelen van het budget tezamen vast en de zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen vervolgens op basis van de gemaakte afspraken de definitieve hoogte van het budget overeenkomen. Deze keuze is in principe niet van invloed op de keuze voor het financieringsmodel. Feitelijk kan het financieringsmodel los gezien worden van het bekostigingsmodel. Gezien de rol van de verzekeraar bij de vaststelling van de budgethoogte, ligt een financieringssystematiek waarbij de verzekeraar een rol vervult, hier echter wel mee in lijn.

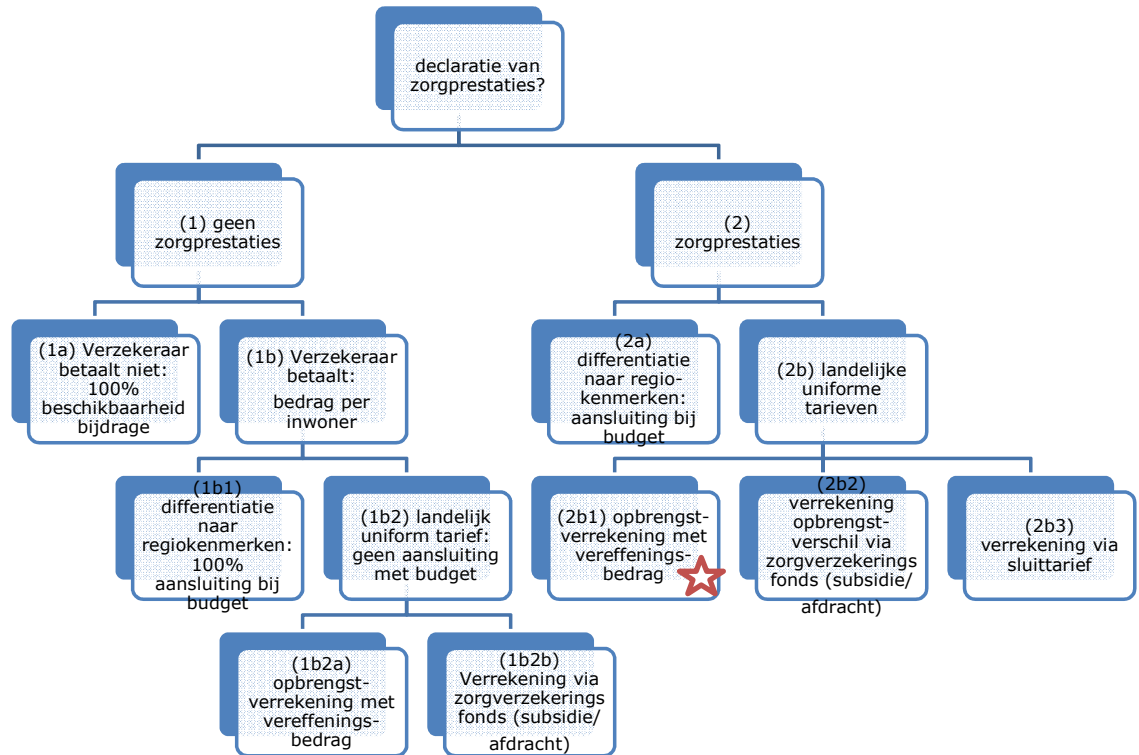
6.2. Opties financiering

Voor de opties voor het financieringsmodel gaat de NZa uit van een beslisboom (figuur 6.1).

De beslisboom start met de vraag of de zorgaanbieder zijn geld ontvangt met de declaratie van zorgprestaties of niet.

Gezien de vormgeving van het bekostigingsmodel, dat grotendeels uitgaat van de bekostiging van beschikbaarheid van zorg, is het mogelijk om in de financiering aan te sluiten bij deze gedachte, en de financiering niet te baseren op zorgprestaties. Anderzijds is de ambulancezorg verzekerde zorg binnen de Zvw, die bovendien onder het wettelijk verplicht eigen risico van de patiënt valt, en loopt de zorgverzekeraar ook risico over de uitgaven voor de ambulancezorg. Dit maakt dat de keuze voor het declareren van zorgprestaties ook verdedigbaar is. Bovendien is de verzekeraar vanuit zijn zorgplicht verplicht zorg in te kopen.

Figuur 6.1. Beslisboom financiering S&B-budget



Bron: NZa

Hieronder wordt de beslisboom kort toegelicht. De onderstreepte begrippen worden verderop in het kader nader toegelicht.

6.2.1. Optie 1: geen zorgprestaties

Bij deze optie wordt niet per gereden rit gedeclareerd en ontvangt de patiënt geen rekening. In deze optie zijn verschillende sub opties mogelijk:

(1a) 100% beschikbaarheidsbijdrage: in dit scenario ontvangt de zorgaanbieder het gehele budget via een uitkering uit het zorgverzekeringsfonds.

(1b) De zorgaanbieder ontvangt van elke verzekeraar een bedrag per inwoner.²⁷

²⁷ Vanuit het oogpunt van de verzekeraar is het beter om te spreken van een bedrag per verzekerde.

Dit is weliswaar een WMG-prestatie, maar voor de gedachtegang beschouwen we dit niet als een 'zorgprestatie' maar als een 'beschikbaarheidsprestatie'. Dit kan op twee manieren:

(1b1) Het budget wordt gedeeld op het aantal (per verzekeraar berekende) adherente inwoners.

Dit resulteert in een (per RAV-regio, per verzekeraar) verschillend bedrag per inwoner, maar heeft als voordeel dat de inkomsten uit deze betalingen gelijk zijn aan het budget. Er is in dit geval geen aanvullende verrekening nodig. De verzekeraar betaalt per regio gedifferentieerde bedragen, maar wordt hiervoor ook via de verevening gecompenseerd.

(1b2) Er wordt een landelijk uniform bedrag berekend per inwoner. Dit heeft als nadeel dat er geen aansluiting met het budget wordt bereikt, en dat er daardoor een aanvullende verrekening nodig is. Dit kan op twee manieren:

- (1b2a) Verrekening via de zorgverzekeraars, door middel van een vereffeningsbedrag respectievelijk declaratie.
- (1b2b) Verrekening via het zorgverzekeringsfonds, door middel van een beschikbaarheidsbijdrage (een financiële bijdrage uit het fonds), of een verplichte afdracht aan het fonds.

Een belangrijk nadeel van een bedrag per inwoner is dat elke inwoner betaalt voor ambulancezorg en niet alleen de zorggebruiker. Bovendien valt ambulancezorg onder het wettelijk eigen risico. Dit bedrag per inwoner komt onder de huidige wetgeving bij iedereen dus ten laste van het eigen risico. Bij de keuze voor een vast bedrag per inwoner zou ambulancezorg eventueel niet meer onder het wettelijk verplicht eigen risico moeten vallen. Hiervoor is een wetswijziging nodig.

Toelichting begrippen

Sinds 2012 biedt de WMG een aantal nieuwe instrumenten die ingezet kunnen worden bij de financiering en/of de verrekening van opbrengsten uit declaraties met de instellingsbudgetten:

Beschikbaarheidsbijdrage (artikel 56a WMG):

Dit instrument maakt het mogelijk om zorgaanbieders een financiële bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds te verstrekken. Voorwaarden voor de inzet van dit instrument zijn onder andere:

- De instelling moet belast zijn met een Dienst van Algemeen Economisch Belang (DA(E)B);
- De zorg moet afgebakend worden, zodat een aanbieder weet wat er van hem verwacht wordt en waarover hij zich moet kunnen verantwoorden;
- De afbakening is tevens noodzakelijk om de benodigde kostenonderbouwing te maken op basis waarvan de beschikbaarheidsbijdrage kan worden vastgesteld en om te toetsen of een instelling (nog steeds) in aanmerking komt voor de desbetreffende beschikbaarheidsbijdrage;
- De Europese regels omtrent staatssteun stellen dat de overheid voor de verrichting van een DA(E)B niet méér steun verleent dan de noodzakelijke nettokosten bedragen met eventueel een redelijk(e) rendement/winstmarge. Er mag geen sprake zijn van overcompensatie.

De beschikbaarheidsbijdrage vindt zijn grondslag in een AMVB en kan vanuit juridisch oogpunt als subsidie worden aangemerkt.

De tegenhanger van de beschikbaarheidsbijdrage is de verplichte afdracht aan het zorgverzekeringsfonds.

De NZa kan aanbieders verplichten de opbrengsten uit declaraties die de instelling te veel heeft ontvangen ten opzichte van zijn budget af te dragen aan het fonds. Hiervoor is de inzet van het instrument van de **grens** (WMG artikel 50 lid 2) nodig. De grens bepaalt de (maximale) som van de opbrengst uit tarieven; in dit

geval het budget voor de aanbieder van ambulancezorg. Het deel van de opbrengst uit tarieven dat boven de grens uitkomt moet de instelling afdragen aan het zorgverzekeringsfonds.

Vereffeningsbedrag (artikel 56b WMG)

Het vereffeningsbedrag is een bedrag dat een zorgverzekeraar bij een zorgaanbieder in rekening kan brengen voor de vereffening van hetgeen dat voor een prestatie of geheel van prestaties in rekening is gebracht. Het gaat hierbij om de terugbetaling door de zorgaanbieder van teveel ontvangen bedragen. In het geval een zorgaanbieder nog niet het gehele budget in rekening heeft gebracht wordt gesproken van een declaratie. Met het vereffeningsbedrag en de declaraties worden opbrengstverschillen rechtstreeks tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar verrekend met vaste bedragen.

Een gebruikelijke manier om te verrekenen bij collectieve afspraken binnen het representatiemodel is de verrekening naar rato van marktaandelen per verzekeraar in de totale opbrengst van de zorgaanbieder.²⁸

6.2.2. Optie 2: declaratie van zorgprestaties

Bij deze optie worden zorgprestaties door de zorgaanbieder gedeclareerd bij de patiënt of de zorgverzekeraar. De opbrengst van gedeclareerde zorgprestaties komt ter dekking van het budget. De zorgprestaties dienen slechts als instrument voor de aanbieder om het geld te ontvangen; het budget (en dus niet het tarief per zorgprestatie) bepaalt hoeveel geld de zorgaanbieder mag ontvangen. De keuze welke zorgprestaties er gedefinieerd moeten worden is daarom van ondergeschikt belang. Een criterium dat gebruikt kan worden voor de keuze voor zorgprestaties is de herkenbaarheid voor de patiënt. Vooralsnog lijkt er geen reden om af te stappen van de bestaande zorgprestaties (zie tabel 4.1).

De NZa stelt voor om de bestaande indeling in zorgprestaties voort te zetten.

In deze optie zijn verschillende subopties mogelijk voor het tarief:

(2a) Gedifferentieerde tarieven per aanbieder. In deze variant wordt aansluiting gezocht bij het budget van de zorgaanbieder, zodat geen verrekening tussen opbrengsten en budget hoeft plaats te vinden. Elke aanbieder heeft dan verschillende tarieven. In deze variant is echter het tarief pas achteraf goed te bepalen, omdat het werkelijk aantal zorgprestaties vooraf niet bekend is. Dit is een belangrijk nadeel van deze optie, omdat dit bij de aanbieder kan leiden tot liquiditeitstekorten. Dit kan opgelost worden met voorschotten door de zorgverzekeraar, maar die zullen dan ook weer verrekend moeten worden. Bovendien heeft de patiënt vooraf geen duidelijkheid over de hoogte van het tarief, dat ten laste van het wettelijk verplicht eigen risico wordt gebracht. Dit leidt tot intransparantie.

(2b) Landelijke uniforme tarieven. In deze optie is er geen aansluiting tussen het budget van de individuele zorgaanbieder en zal er altijd een opbrengstverschil te verrekenen zijn. Het landelijk tarief per zorgprestatie wordt berekend door het totale macrobudget toe te rekenen aan de prestaties.

²⁸ Voor de tegenhanger (een bedrag dat door een zorgaanbieder bij een zorgverzekeraar in rekening kan worden gebracht), kan een tarief voor zorg o.g.v. WMG artikel 50 en verder worden vastgesteld.

De verrekening van opbrengstverschillen kan op drie manieren:

- (2b1) via het vereffeningsbedrag, vergelijkbaar met optie 1b2a;
- (2b2) via het zorgverzekeringsfonds, vergelijkbaar met optie 1b2b;
- (2b3) via een opslag of aftrek op het landelijk uniforme tarief: een sluittarief, feitelijk een voortzetting van de bestaande financieringsystematiek.

Zowel in optie 1 als in optie 2 geldt dat de schade die de verzekeraar verantwoordt ten laste van de Zvw verschillend zal zijn in de varianten waarbij (een deel van) de verrekening via het zorgverzekeringsfonds plaatsvindt, en de varianten waarbij de tussenkomst van het fonds achterwege blijft. Op termijn kan dat gevolgen hebben voor de berekening van de ex-ante vereveningsbijdrage, omdat die gebaseerd wordt op schade toegerekend aan verzekerdeniveau.

6.2.3. Voorkeursoptie NZa

De NZa heeft een voorkeur voor de optie waarbij zorgprestaties met landelijke uniforme tarieven worden gedeclareerd, en waarbij verrekening van opbrengstverschillen rechtstreeks met zorgverzekeraars plaatsvindt, door middel van het vereffeningsbedrag (optie 2b1 in de beslisboom, gemarkeerd met een ster).

De reden om deze optie als voorkeursoptie aan te merken is dat het gehele budget (tot aan het door de NZa berekende maximum) onderhandelbaar is. Dat maakt het wenselijk dat de verrekening van opbrengstverschillen rechtstreeks met de betrokken verzekeraars plaatsvindt. Immers, als verrekening niet rechtstreeks met de zorgverzekeraars, maar via het zorgverzekeringsfonds plaatsvindt, heeft de verzekeraar geen prikkel om een zo laag mogelijk budget af te spreken; hij plukt daar dan zelf de vruchten niet van. Omgekeerd bestaat er juist wel een prikkel om het budget zo hoog mogelijk af te spreken. De zorgverzekeraar hoeft daarvoor zelf niet bij te betalen.

In deze variant kunnen de bestaande zorgprestaties behouden blijven. Hierbij ligt een vast tarief voor de hand, omdat er geen concurrentie tussen aanbieders mogelijk is. Daarmee wordt ook de mogelijkheid voor de zorgverzekeraar om kosten af te wentelen op het collectief (van verzekeraars binnen het representatiemodel) ontnomen. In paragraaf 6.2.4 gaan we in op de tariefhoogte.

Deze optie voldoet aan de wens van de minister om af te stappen van de sluittariefssystematiek en het zorgt voor een gelijk speelveld onder verzekeraars. Ander voordeel is dat alleen de zorggebruiker betaalt. Daarmee kan de ambulancezorg onder het wettelijk verplicht eigen risico blijven vallen. Dat kan bijdragen aan het kostenbewustzijn van de patiënt. Daarnaast draagt deze variant bij aan een goede registratie van de zorgprestaties (o.a. de ritten), die ook van belang zijn voor het onderhoud van het Referentiekader S&B van het RIVM.

De voorkeursoptie, waarbij landelijke uniforme tarieven voor zorgprestaties worden gedeclareerd en opbrengstverschillen rechtstreeks met zorgverzekeraars worden verrekend, vereist een aanwijzing van de minister van VWS op basis van artikel 7 van de Wmg voor de toepassing van het vereffeningsbedrag. Het vereffeningsbedrag kan alleen toegepast worden op teveel in rekening gebrachte bedragen. De onderfinanciering kan geregeld worden via artikel 50 van de Wmg, waarin de mogelijkheid staat beschreven om een presentatie/tarief op verzoek af te geven voor een geheel van prestaties.

De overige opties acht de NZa minder wenselijk om de volgende redenen:

- *Geen zorgprestaties, 100% beschikbaarheidsbijdrage*: deze optie past niet bij het gegeven dat de zorgverzekeraar vanuit zijn zorgplicht verplicht is zorg in te kopen. Ook past dit niet bij het model waarbij zorgverzekeraars onderhandelen over de budgethoogte, tot aan het maximumbudget: dit model heeft dan de perverse prikkel om kosten af te wentelen op het collectief. Een ander belangrijk nadeel is dat er voldaan moet worden aan de vereisten van de subsidiewetgeving (kostenonderbouwing en afbakening); ook dient de aanbieder te voldoen aan voorwaarden in het kader van de verantwoording die bij de subsidieverstreking worden gesteld;
- *Geen zorgprestaties, landelijk bedrag per inwoner in combinatie met verrekening*: deze optie maakt dat elke inwoner in Nederland betaalt voor ambulancezorg, ongeacht of hij er wel of geen gebruik van maakt. Dat heeft direct invloed op het wettelijke verplichte en/of vrijwillig eigen risico. Deze optie is bovendien bewerkelijker in vergelijking met het landelijk uniform tarief per zorgprestatie in combinatie met verrekening;
- *Geen zorgprestaties, gedifferentieerd bedrag per inwoner, waarbij 100% aansluiting met het budget plaatsvindt*: ook hier geldt dat elke inwoner betaalt ongeacht het gebruik van ambulancezorg, en dat dit ten laste van het eigen risico komt. Daarnaast zal de berekening van het bedrag per inwoner per verzekeraar per aanbieder een bewerkelijke zijn, zeker bij aanvang van het model, omdat er nog onvoldoende historische gegevens zijn sinds de inwerkingtreding van de TWAz. In deze optie blijven ook de verschillen tussen tarieven per regio behouden.
- *Zorgprestaties met aanbiderspecifieke tarieven waarmee een 100% aansluiting bij de budgetten wordt gemaakt*: deze tarieven kunnen alleen achteraf worden vastgesteld omdat de productie (het aantal in rekening te brengen zorgprestaties) vooraf niet bekend is. Dit brengt nadelen met zich mee voor de liquiditeitspositie van de zorgaanbieder en maakt dat het tarief voor de patiënt (dat ten laste van het eigen risico komt) niet vooraf bekend is;
- *Zorgprestaties met landelijke uniforme tarieven, waarbij verrekening van opbrengstverschillen via het zorgverzekeringsfonds plaatsvindt*: in deze optie is er, net als bij de 100% beschikbaarheidsbijdrage, een prikkel om kosten af te wentelen op het zorgverzekeringsfonds. En ook hier gelden de eerder genoemde nadelen van de beschikbaarheidsbijdrage. Binnen deze optie zijn de bovendien de uitvoeringslasten hoog.
- *Zorgprestaties, landelijke uniforme tarieven en verrekening opbrengstverschil via sluittarief*: dit is feitelijk de voortzetting van het huidige model met alle nadelen van de systematiek van sluittarieven (grote tarieffluctuaties in de tijd en verschillen tussen tarieven van verschillende aanbieders).

6.2.4. Tariefhoogte

In de vorige paragraaf is de NZa ingegaan op het financieringsmodel. Dit model kan worden toegepast voor zowel de ambulancedienst als de meldkamer (tezamen de RAV). In deze paragraaf beschrijft de NZa de berekening van de tarieven.

De bestaande prestaties zijn vermeld in tabel 4.1. De NZa adviseert om de bestaande prestatiebeschrijvingen te handhaven. Voor de prestaties die in de bestaande situatie een sluittarief hebben (spoedvervoer A1/A2-rit en de melding), moet binnen het gekozen voorkeursmodel voor de financiering een landelijk uniform, vast tarief bepaald worden.

De tarieven van de prestaties met een vast tarief worden geïndexeerd naar niveau 2014.

De NZa wil de tarieven voor spoedvervoer en de melding zo vaststellen, dat:

- a) Er een zo goed mogelijke aansluiting tussen de opbrengsten en het budget plaatsvindt: niet alleen op macroniveau, maar vooral ook zoveel als mogelijk op aanbiederniveau;
- b) Liquiditeitsproblemen zoveel mogelijk voorkomen worden.

Uitgangspunt (a) maakt dat we op zoek gaan naar die tariefwaarde die, over het geheel genomen, gemiddeld²⁹ een zo klein mogelijk opbrengstverschil veroorzaakt.

Gezien de diversiteit aan regionale kenmerken (inwonersdichtheid) en de daarmee gepaard gaande verschillen in productie in relatie tot beschikbaarheid tussen aanbieders, is het niet mogelijk om met een landelijk uniform tarief een goede budgetdekking te bereiken die bovendien voor elke aanbieder gelijk is. Aanbieders in dunbevolkte gebieden, met een relatief lage ritproductie, zullen vaker een opbrengsttekort hebben, en aanbieders in dichtbevolkte gebieden een opbrengstoverschot.

Dit uitgangspunt betekent tevens dat de NZa de beschikbaarheidscomponent uit het budget wil meenemen in de tariefonderbouwing. Dit is wenselijk om de volgende redenen:

- De NZa beschouwt beschikbaarheid als onderdeel van de te leveren prestatie;
- De beschikbaarheidscomponent bedraagt een groot deel van het budget. Als deze kosten niet worden meegenomen in de onderbouwing van de tariefhoogte, wordt de budgetdekking uit zorgprestaties zodanig laag dat er grote opbrengstverschillen te verwachten zijn. Bovendien zal dit tot liquiditeitsproblemen bij de aanbieders leiden (zie ook hieronder).

Het uitgangspunt (b) maakt het dus verdedigbaar dat het gehele budget wordt meegenomen in de bepaling van de optimale tariefhoogte. Daar waar er toch liquiditeitsproblemen bij de aanbieder ontstaan, is het aan de betrokken zorgaanbieder en zorgverzekeraar(s) om afspraken te maken over bevoorschotting. De NZa heeft daar geen bevoegdheden voor.

De NZa heeft de volgende tarieven berekend³⁰:

- Spoedvervoer (A1/A2-rit): € 620,40;
- Melding: € 46,35.

In de meeste gevallen is hiermee het eigen risico van de patiënt in één keer benut.

Het landelijk uniforme vaste tarief voor de spoedrit is als volgt berekend. Gegeven de vaste tarieven 2013 en de meeste recente, beschikbare prestatie-volumes spoedvervoer, besteld vervoer en beladen kilometers³¹ heeft de NZa een tarief voor de spoedrit berekend dat landelijk het totale budget ambulancediensten 2013 dekt.

De volumeontwikkeling is 2011-2013 is hierin dus niet meegenomen, waardoor het tarief een overschatting vormt. Dit verschil wordt in de uiteindelijke vereffening gecorrigeerd.

²⁹ Gemiddeld opbrengstverschil, gewogen naar budgetomvang van de aanbieder.

³⁰ Prijsniveau 2013.

³¹ Bekostigingsonderzoek KPMG, niveau 2011

Het landelijk uniforme vaste tarief voor de melding is als volgt berekend. Gegeven het meeste recente, beschikbare prestatie-volume meldingen³² heeft de NZa een tarief voor de melding berekend dat landelijk het totale budget meldkamers 2013 dekt.

Dit leidt logischerwijs tot een gewogen gemiddelde budgetdekking van 100% voor de ambulancedienst, en 100% voor de meldkamer. De budgetdekking varieert van -26% tot +36% voor de ambulancediensten, en van -40% tot +25% voor de meldkamers.

³² Productieafspraken 2013

Bijlage 1. Beschrijving van databronnen

1. KPMG-database

KPMG heeft in opdracht van de NZa in de periode november 2012 – februari 2013 een onderzoek uitgevoerd naar de kosten, productie, opbrengsten en structuurkenmerken van alle ambulancezorgaanbieders. Na het onderzoek heeft KPMG alle gegevens in een database aan de NZa opgeleverd. Een feitelijke weergave van de inhoud van de KPMG-database is gepresenteerd in het rapport "Bekostigingsonderzoek in de ambulancezorg d.d. 20 februari 2013".

De KPMG-database bevat over de jaren 2010 en 2011 per ambulancedienst maximaal 932 variabelen met betrekking op opbrengsten, kosten, productie, wagenpark, afschrijvingen en structuurkenmerken. In dit advies worden de volgende kostensoorten uit het KPMG onderzoek gebruikt:

KPMG kostengroep	KPMG kostensoort	Budgetvergoeding
Overige kosten	Brandstofkosten	Kilometer
Onderhoudskosten	Vervoersmiddelen	Kilometer
Overige kosten	Kosten verbruiksmaterialen	Rit
Onderhoudskosten	Medische apparatuur	Aanhangsel
Verzekeringskosten	Vervoersmiddelen	Aanhangsel
Onderhoudskosten	Com en nav systemen	Aanhangsel
Afschrijvingen	ALS-ambulances	Aanhangsel
Afschrijvingen	BLS-ambulances	Aanhangsel
Afschrijvingen	MICU's	Aanhangsel
Afschrijvingen	Motoren	Aanhangsel
Afschrijvingen	Boten	Aanhangsel
Afschrijvingen	Rapid-responders	Aanhangsel
Afschrijvingen	Afschrijving com en nav	Aanhangsel
Afschrijvingen	Afschrijving medische inventaris	Aanhangsel

Het KPMG onderzoek heeft over het jaar 2010 gegevens van 34 ambulancediensten en over het jaar 2011 gegevens van 33 ambulancediensten verzameld.

In 2010 hebben twee fusies plaatsgevonden, beide in Friesland. De ambulancedienst van het Antonius ziekenhuis is overgenomen door het UMCG (in Friesland actief onder de naam St. RAV/AZG Friesland cluster), met als nieuwe naam Ambulancezorg Fryslân. De gegevens van het Antonius waren niet meegenomen in de geconsolideerde vragenlijst van Ambulancezorg Fryslân. Daarom zijn deze toegevoegd uit de jaarrekening van het Antonius ziekenhuis. Ook is in Friesland Oenema overgenomen door Kijlstra. Deze gegevens zijn in het jaar 2011 in de database aanwezig als Kijlstra Ambulancegroep Fryslân.

Omdat de data op consolidatieniveau ambulancedienst is verzameld en de analyses op consolidatieniveau RAV regio plaatsvinden, heeft de NZa

gecorrigeerd voor ambulancediensten die in meerdere RAV regio's actief zijn.

Ambulancedienst Amsterdam is de enige actieve aanbieder in de RAV regio Waterland. Om deze reden wordt de RAV regio Waterland samen genomen met de RAV regio Amsterdam, in plaats van de kosten toe te rekenen aan de RAV regio Waterland.

In de RAV regio Kennemerland waren in 2010-2011 meerdere ambulancediensten actief, waaronder ook VZA Ambulancedienst Amsterdam. Hier is gekozen om een deel van de kosten van Ambulancedienst Amsterdam toe te rekenen aan de RAV regio Kennemerland. Dit is gedaan op basis van de budget verhoudingen in de jaren 2011 en 2012.

In het jaar 2012 is het aantal rekenstaten gelijk gebleven, in 2013 zijn er rekenstaten samengevoegd op RAV-niveau; er zijn nu dus 25 rekenstaten.

Bij de koppeling van de kosten van ambulancediensten aan RAV regio's sluiten we aan bij de koppeling die voor 2013 in de rekenstaten is gelegd, met inachtneming van bovenstaande aanpassingen.

2. NZa rekenstaten

De rekenstaten zijn grotendeels gebaseerd op de volgende parameters:

- Aantal aanhangels (vergunde ambulances);
- Aantal standplaatsen;
- Aantal ongewogen ritten;
- Aantal gewogen ritten;
- Aantal kilometers.

3. Referentiekader S&B

Het Referentiekader S&B van het RIVM berekent per regio wat de benodigde capaciteit per dagdeel en dagsoort is om aan de 15 minuten-norm te voldoen. Het Referentiekader S&B maakt daarbij gebruik van de "eiland benadering". Dit betreft het apart voorspellen van de capaciteit voor een aantal eilanden in Zeeland en de Waddenzee. Deze eilanden zijn allemaal gekoppeld aan een RAV-regio.

Sinds 2004 wordt dit model gebruikt voor de verdeling van (extra) S&B-middelen. In 2004 is € 18 miljoen beschikbaar gesteld, in 2005 € 12 miljoen extra en per 2009 nog een keer € 17 miljoen extra. Inmiddels is ongeveer 10% van het huidige totale budget gelabeld als S&B-gelden. Ook is er voor twee regio's "incidenteel beleid" opgenomen in het budget wat ook teruggevoerd kan worden op het Referentiekader S&B. Er zijn drie Referentiekaders S&B: het kader 2004, het kader 2008 en een voorlopig kader 2012.

De S&B-gelden zijn in de jaren 2004, 2005 en 2008 verdeeld volgens verschillende verdeelmodellen. In 2004 en 2005 is op regio-niveau gedifferentieerd naar vergoedingen per dienst, dagdelen 0-8 en 16-24 op basis van paraat als de regio een gewogen adressendichtheid heeft boven het landelijk gemiddelde, anders op basis van aanwezigheid (zie o.a. beleidsregel CI-839).

Voor de normatieve vergoedingen van de loonkosten per dagdeel, met onderscheid naar type dienst (aanwezig of paraat), zijn in het jaar 2004 voor de verdeling van de S&B-gelden bedragen gehanteerd die zijn berekend door Adviesbureau Willem Botter, in opdracht van AZN. Deze bedragen zijn gebaseerd op de cao's publiek en particulier uit 2002. Voor de verdeling van S&B-gelden in de jaren 2005 en 2009 zijn deze vergoedingen geïndexeerd.

Met ingang van 2009 zijn de bedragen gedifferentieerd op standplaatsniveau. Bij standplaatsen met hoge stedelijkheidsklasse en omgevingsadressendichtheid (OAD) ("3-3") wordt de dienst op basis van paraatheid bekostigd en in de andere gevallen op aanwezigheid. Dit betreft alleen de dagdelen 0-8 en 16-24.

Bijlage 2. Parameters huidige en nieuwe bekostiging

Parameter huidige bekostiging	Parameter nieuwe bekostiging
Loonkosten PER Aantal fte ROC	S&B-budget
Opleidingskosten SOSA PER Totaal aantal ongewogen ritten	S&B-budget
Mat kosten PER Aantal fte ROC	S&B-budget
Loonkosten ATW PER Aantal fte ATW	S&B-budget
Loonkosten wachtgeld PER Totaal aantal ongewogen ritten	S&B-budget
Loonkosten PER Totaal aantal gewogen ritten	S&B-budget
Loonkosten PER Totaal aantal ongewogen ritten	S&B-budget
Loonkosten PER Aantal standplaatsen	S&B-budget
Verbetering spreiding en beschikbaarheid	S&B-budget
Loonkosten individueel beleid	S&B-budget
Afschrijvingskosten ambulances 2009	Wagenpark
Afschrijvingskosten ambulances 2010	Wagenpark
Afschrijvingskosten ambulances 2011	Wagenpark
Afschrijvingskosten ambulances 2012 PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Afschrijvingskosten ambulances 2013 PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Afschrijvingskosten ambulances	Wagenpark
Afschrijvingskosten AVLS/GIS 2009 PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Afschrijvingskosten AVLS/GIS 2010 PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Afschrijvingskosten AVLS/GIS 2011 PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Afschrijvingskosten AVLS/GIS 2012 PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Afschrijvingskosten AVLS/GIS 2013 PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Afschrijvingskosten C2000 2009 PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Afschrijvingskosten C2000 2010 PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Afschrijvingskosten C2000 2011 PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Afschrijvingskosten C2000 2012 PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Afschrijvingskosten C2000 2013 PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Afschrijvingskosten inventaris 2009 PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Afschrijvingskosten inventaris 2010 PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Afschr.kn. inventaris 2011 PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Afschr.kn. inventaris 2012 PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark

Afschr.kn. inventaris 2013 PER Aantal ambulances obv vergunning PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Afschrijvingskosten AVLS/GIS	Wagenpark
Afschrijvingskosten C2000	Wagenpark
Afschrijvingskosten medische inventaris	Wagenpark
Materiele kosten AVLS-GIS PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Materiele kosten C2000 PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Mat kosten verzekering ambulance PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Mat kosten onderhoud medische inventaris	Wagenpark
Kosten SOVAM PER Aantal ambulances obv vergunning	Wagenpark
Brandstofkosten PER Totaal aantal kilometers	Productie
Mat kosten PER Totaal aantal kilometers s	Productie
Mat kosten PER Totaal aantal ongewogen ritten	Productie
Vrije marge	Vrije marge
Afschrijving dubieuze debiteuren	Restbudget
Afschrijving huisvesting	Restbudget
Afschrijving inventaris	Restbudget
Mat kosten energie	Restbudget
Mat kosten heffingen, belasting en verzekeringen	Restbudget
Herallocaties	Restbudget
Overgangsregeling FLO	Restbudget
Mat kosten piketauto normatief PER Aantal nieuwe piketauto s	Restbudget
Directie- en administratiekosten PER Totaal aantal ongewogen ritten	Restbudget
Loonkosten onderhoud	Restbudget
Mat kosten onderhoud gebouwen	Restbudget
Overige afschrijvingskosten (o.a. huur)	Restbudget
Kosten afhijzen brandweer	Restbudget
Incidentele kosten	Restbudget
Nacalculatie productie afspraken	Restbudget
Loonkosten niet-SOSA opleidingen	Restbudget
Overige loonkosten	Restbudget
Kosten chauffeur MICU-vervoer PER Vergunning WBMV MICU-vervoer	Restbudget
Overige materiële kosten PER Controleprotocol	Restbudget
Mat kosten schoonmaak	Restbudget
Mat kosten verbindingsapparatuur	Restbudget
Rente eigen en vreemd vermogen	Restbudget
Voorlopige budgetmutaties	Restbudget

Bijlage 3. Lijst van afkortingen

AZN	Ambulancezorg Nederland
BKZ	Budgettair Kader Zorg
DAEB	Dienst van Algemeen Economisch Belang
EHGV	Eerste Hulp Geen Vervoer
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen
MICU	Mobiele Intensive Care Unit
MMT	Mobiel Medisch Team
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OAD	omgevingsadressendichtheid
PvE	Programma van Eisen
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
S&B	Spreiding en Beschikbaarheid
SEH	Spoedeisende Hulp
TWAZ	Tijdelijke Wet Ambulancezorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wav	Wet ambulancevoer
WAZ	Wet Ambulancezorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
Zvw	Zorgverzekeringswet