



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 15 juli 2013, 130899-106615-MC houdende Bekostiging van de ambulancezorg

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

Na op 11 juni 2013 schriftelijk mededeling te hebben gedaan aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II 2012/13, 32 854, nr. 16) als bedoeld in artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

Gezien de brief van 26 juni 2013 waarbij de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal is geïnformeerd over het advies Bekostiging en financiering van ambulancezorg per 1 januari 2014 van de Nederlandse Zorgautoriteit;

Besluit:

Artikel 1 Definities

In deze aanwijzing wordt verstaan onder:

- a. *minister*: Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. *wet*: Wet marktordening gezondheidszorg;
- c. *zorgautoriteit*: Nederlandse Zorgautoriteit, genoemd in artikel 3 van de wet;
- d. *regionale ambulancevoorziening*: Regionale Ambulancevoorziening zoals aangewezen bij of krachtens artikel 6 van de Tijdelijke wet ambulancezorg;

Artikel 2 Werkingsfeer

Deze aanwijzing is van toepassing op ambulancezorg geleverd door regionale ambulancevoorzieningen.

Artikel 3 Uitvoering van de aanwijzing

De zorgautoriteit stelt ter uitvoering van deze aanwijzing waar nodig regels en beleidsregels vast.

Artikel 4 Vereffeningbedrag

De zorgautoriteit stelt een vereffeningbedrag als bedoeld in artikel 56b van de wet vast voor het door de zorgautoriteit vast te stellen negatieve verschil tussen het maximumbudget voor een bepaald jaar en de aan dat jaar toe te rekenen opbrengst uit de gedeclareerde landelijk uniforme tarieven.

Van deze aanwijzing wordt mededeling gedaan door plaatsing in de Staatscourant.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers*



TOELICHTING

Algemeen

Met deze aanwijzing stel ik de Nederlandse Zorgautoriteit (verder: zorgautoriteit) in staat om met het oog op de aanpassingen in de bekostiging van de ambulancezorg per 2014 het instrument vereffeningbedrag te hanteren. Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg is hiervoor een aanwijzing aan de zorgautoriteit verplicht. Ik heb beide Kamers der Staten-Generaal in mijn zogenoemde voorhangbrief van 11 juni 2013 over dit voornemen geïnformeerd (Kamerstukken II 2012/13, 32 854, nr. 16). Vervolgens heb ik op 26 juni 2013 beide Kamers der Staten-Generaal uw Advies Bekostiging en financiering ambulancezorg per 1 januari 2014 toegezonden, waarbij ik heb aangegeven dat de inhoud van dit advies past binnen de kaders zoals geschetst in de voorhangbrief van 11 juni. Op 28 juni heeft de Tweede Kamer der Staten-Generaal mij vragen gesteld over de voorhangbrief, die ik inmiddels heb beantwoord.

De ambulancezorg is een belangrijke schakel in de keten van acute zorg in Nederland, waarbij de kwaliteit van de geleverde zorg een groot goed is. Een specifiek aspect van goede ambulancezorg betreft de tijdigheid waarmee de zorg geleverd wordt. Dit kan immers het verschil maken tussen wel, of geen, onherstelbare schade aan de gezondheid van patiënten. Met de inwerkingtreding van de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) per 1 januari 2013 is de inrichting van de Nederlandse ambulancezorg aangepast. Ik heb per veiligheidsregio een Regionale Ambulancevoorziening (verder: RAV) aangewezen. Deze RAV's hebben een monopoliepositie voor het uitvoeren van de ambulancezorg in die regio. Doordat er geen sprake is van concurrentie dienen stimulansen voor innovatie, kwaliteit en doelmatigheid uit de wijze van bekostiging te komen. De bekostiging dient, conform uw advies, primair gericht te zijn op de beschikbaarheid van ambulancezorg en minder op de vergoeding van de daadwerkelijk gereden ritten en kilometers. Het overgrote deel van de kosten wordt immers bepaald door de beschikbaarheid van ambulances met bemensing (loonkosten) en niet door de variabele kosten van gereden ritten of kilometers.

Vanaf 2014 zal voor iedere RAV vooraf een maximumbudget worden vastgesteld dat voldoende is om de beschikbaarheid van ambulancezorg te kunnen garanderen. Grondslag voor de berekening van dit maximumbudget is het landelijk Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid zoals door het RIVM is opgesteld in opdracht van mijn ministerie en een recent in opdracht van uw organisatie uitgevoerd kostenonderzoek. Het budgetdeel wat hieruit voortkomt dient het grootste deel van het budget te beslaan. Daarnaast zal het budget deels bestaan uit genormeerde materiële kosten. Dit betreft over het algemeen de variabele kosten per rit (onderhoud voertuigen, brandstof e.d.). Daarnaast zijn er kosten die een grote variatie kennen tussen de verschillende RAV's waardoor algemene normering niet voor de hand ligt. Voorbeelden hiervan zijn huisvestingskosten, kosten van assistentie door de brandweer in individuele gevallen, veerbootkosten en dergelijke.

Zorgverzekeraars en RAV's dienen invulling te kunnen geven aan hun rol binnen de randvoorwaarden van de Twaz en de Zorgverzekeringswet (Zvw). De daadwerkelijke vaststelling van de RAV-budgetten zal derhalve plaatsvinden op basis van de uitkomsten van lokaal overleg tussen RAV's en zorgverzekeraars. Gezien het regionale monopolistische karakter van de ambulancezorg en het grote belang van beschikbaarheid, vinden de onderhandelingen namens de verzekeraars plaats via het representatiemodel. Door zowel afspraken te maken over de beschikbaarheid van de ambulancezorg als over de daadwerkelijke zorgverlening, kunnen verzekeraars op regionaal niveau verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid stimuleren bij het toekennen van de middelen aan de RAV. Het gaat hierbij niet alleen om innovatie en verbeteringen in de ambulancezorg maar in de gehele keten van de acute zorg.

De nieuwe bekostigingssystematiek wordt budgettair neutraal ingevoerd ten opzichte van het macro-ambulancebudget 2013, met inachtneming van het feit dat ik in verband met de herijking van het referentiekader spreiding en beschikbaarheid het voor de ambulancezorg beschikbare macrobudget vanaf 2014 met € 7,7 miljoen verhoog. Daarnaast kan de eventuele opbrengst van de in mijn aanwijzing van 16 november 2010 (kenmerk MC-U-3032852) genoemde budgetkorting als gevolg van lager dan geprognosticeerde groei van het aantal gerealiseerde ritten over de periode 2011-2013, terugvloeien naar de sector voor een bedrag van maximaal € 11 miljoen. Bedraagt de macro-opbrengst van de budgetkorting minder dan € 8 miljoen, dan kan de opbrengst van de budgetkorting, vermeerderd met een bedrag van € 3 miljoen terugvloeien. Bedraagt de macro-opbrengst van de budgetkorting € 8 miljoen of meer, maar minder dan € 11 miljoen, dan kan de opbrengst, vermeerderd tot een bedrag van € 11 miljoen terugvloeien. Bedraagt de macro-opbrengst van de budgetkorting meer dan € 11 miljoen dan kan deze opbrengst voor een bedrag van € 11 miljoen terugvloeien. Zowel de budgetkorting als de aanwending van de middelen kan worden verdeeld over de jaren 2014 en 2015, waarbij de verdeling van deze middelen in de budgetten vanzelfsprekend pas kan plaatsvinden na vaststelling van de opbrengst. In principe geschiedt de verdeling van deze (incidentele)



middelen in lijn met de verdeling van de structurele middelen op basis van het referentiekader spreiding en beschikbaarheid. In overleg met de veldpartijen kunt u van deze verdeling van de incidentele middelen afwijken om de transitie naar een nieuw bekostigingssysteem te faciliteren. Over bovenstaande aspecten heb ik op 26 april 2013 bestuurlijke afspraken gemaakt met Ambulancezorg Nederland.

Van belang is tot slot dat er sprake is van een zorgvuldig transitietraject om de financiële effecten voor de RAV's als gevolg van de overgang naar het nieuwe bekostigingssysteem op te vangen. Ik onderschrijf uw advies van 19 juni jongstleden voor een transitietraject van drie jaar, zodat partijen zich kunnen voorbereiden op de nieuwe situatie, zoals u voorstelt in uw advies van 19 juni jongstleden.

Artikelsgewijs

Artikel 4

De budgettering van de RAV's gaat gepaard met landelijk uniforme vaste tarieven die het mogelijk maken om de geleverde zorg toe te rekenen aan patiënten/verzekerden. Verschillen tussen de door de zorgautoriteit vast te stellen budgetten van RAV's enerzijds en de gedeclareerde tarieven voor daadwerkelijke prestaties anderzijds worden in geval van 'overfinanciering' (gedeclareerde opbrengsten hoger dan het vastgestelde budget) verrekend via het instrument van het vereffeningbedrag. Verzekeraars kunnen dan het overschot zelf bij de betreffende RAV terugvorderen. Onderfinanciering (gedeclareerde opbrengsten lager dan het vastgestelde budget) wordt gecorrigeerd via het reguliere declaratieverkeer tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, namelijk door het vaststellen van een tarief voor een geheel van prestaties.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers*