

**Advies marktmodel ambulancezorg**  
**Prikkelen tot presteren**

Continuïteit, kwaliteit en doelmatigheid

juni 2009



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Advies</b>	<b>7</b>
<b>1. Adviesverzoek minister</b>	<b>15</b>
1.1 Inleiding	15
1.2 Advisering voor korte en langere termijn	15
1.3 Randvoorwaarden en wettelijk kader	17
1.4 Tijdpad	19
1.5 Opbouw van advies	19
<b>2. Ontwikkeling ambulancezorg in Nederland</b>	<b>21</b>
2.1 1973-1997: verbetering ambulancezorg o.b.v. de WAV	21
2.2 1997-2011: schaalvergroting en invoering budgetteringssysteem	22
2.3 Vanaf 2011: inwerkingtreding van de WAZ	24
2.3.1 Kernelementen van de WAZ in vergelijking met de WAV	24
2.3.2 Regulering in Europees/nationale mededingsrechtelijk kader	25
<b>3. Doelstellingen bekostiging ambulancezorg</b>	<b>27</b>
3.1 Beleidsdoelen bekostiging ambulancezorg	27
3.1.1 Algemene doelstellingen zoals deze volgen uit de Wmg	27
3.1.2 Afwegingscriteria bij keuze van bekostigingsmodel	28
3.2 Wettelijk kader en implicatie voor beleidsruimte	29
3.2.1 Spectrum bekostiging	29
3.2.2 Rol verzekeraar	31
3.2.3 Risico's van vergunning voor onbepaalde tijd	31
<b>4. Bekostigingsmodel 2011/2012</b>	<b>33</b>
4.1 Wat is een lumpsumvergoeding?	33
4.2 Bekostigingsmodellen	33
4.2.1 Vaste lumpsumvergoeding	33
4.2.2 Maximum lumpsumvergoeding	34
4.2.3 Lumpsumvergoeding met bandbreedte	37
4.2.4 Voorlopig oordeel	38
4.3 Nadere beoordeling continuïteitsrisico's	39
4.4 Nadere beoordeling kwaliteitsrisico's	40
4.5 Nadere beoordeling doelmatigheidspotentie	41
4.6 Advies bekostiging 2011 en 2012 lumpsum	42
<b>5. Prestatiebekostiging vanaf 2013</b>	<b>45</b>
5.1 Inleiding	45
5.2 Wenselijkheid van prestatiebekostiging	45
5.3 Sturingsmogelijkheden verzekeraar	46
5.4 Sturingsvariabelen en benchmarkindicatoren	48
5.5 Keuze bekostigingsmodel	50
5.6 Rol verzekeraar	51
5.7 Advies bekostigingsmodel 2013	52
<b>6. Financiering</b>	<b>55</b>
6.1 Toelichting huidige financiering en knelpunten	55
6.2 Beoordelingskader en financieringsmodellen	57
6.2.1 Te hanteren criteria	57
6.2.2 Modellen: gebaseerd op prestaties, collectief of combinatie	57
6.3 Eerste beoordeling van financieringsmodellen	58
6.3.1 Financiering per prestatie met rol voor verzekeraars	58

6.3.2	Financiering d.m.v. vergoedingen uit collectieve middelen	60
6.3.3	Combinatie van prestatiefinanciering en vergoeding	62
6.4	Rolverdeling Minister en zorgverzekeraars	64
6.5	Advies: financiering in 2011-2012 en vanaf 2013	66
<b>7.</b>	<b>Risico's bij verdeling vergunningen</b>	<b>69</b>
7.1	Uitgangspunten voor verdeling vergunningen	69
7.1.1	Weergave resultaten uitvoeringstoets 'Met spoed!'	69
7.1.2	Consequenties van keuzes bij bekostiging en financiering	70
7.2	Voorwaarde voor verdeling in concurrentie	71
7.2.1	Eenduidige, objectieve, consistente en toetsbare criteria	72
7.2.2	Helderheid over te leveren dienst & transparant selectieproces	72
7.3	Rol van kwaliteit bij selectie van aanbieders	73
7.3.1	Uitwerken kwaliteitseisen: minimumeis of onderhandeling?	73
7.3.2	Toeziën op naleving van kwaliteitseisen	75
7.4	Gelijk speelveld als voorwaarde	76
7.4.1	Kennis	76
7.4.2	Personele kosten (inclusief ouderenbeleid)	77
7.4.3	Overnameverplichting en afwikkeling huidige budgettering	78
7.4.4	Risico van 'strategische biedgedrag'	79
7.5	Overige aandachtspunten en risico's	80
7.5.1	Positie meldkamer en organisatie van triagefunctie	80
7.5.2	Winstoogmerk en mogelijk gebruik van onderaannemers	80
	<b>Bijlage I. berekening lumpsumvergoeding</b>	<b>83</b>

## Vooraf

De afgelopen jaren zijn belangrijke inspanningen verricht om zowel de kwaliteit als de doelmatigheid van de ambulancezorg in Nederland te bevorderen. Zo heeft een schaalvergroting plaatsgevonden, waardoor de organisatie en de logistiek van de ambulancezorg beter ingevuld kunnen worden. Ook hebben ambulancediensten een grote slag gemaakt van een primaire focus op de vervoersfunctie naar een bredere zorgfunctie van de ambulancezorg. Als basis voor verdere verbeteringen van de ambulancezorg is op 2 december 2008 door de Eerste Kamer de Wet op de ambulancezorg (WAZ) goedgekeurd. Het doel van de WAZ is om te komen tot een kwalitatief goede en nog betere ambulancezorg tegen een betaalbare prijs. De Minister van VWS heeft daarbij aangegeven dat hij met de invoering van de WAZ tevens een nieuw marktmodel voor de ambulancezorg wil introduceren dat voorziet in meer transparantie en grotere doelmatigheidsprikkels.

De Minister heeft de NZa verzocht advies uit te brengen over het te hanteren marktmodel en de bekostiging van de ambulancezorg. Daarbij heeft hij aangegeven dat gezocht moet worden naar manieren om de doelmatigheid te verbeteren op zodanige wijze dat de continuïteit en de kwaliteit van de ambulancezorg gewaarborgd blijft. Bijgaand treft u het advies van de NZa aan.

Voortbouwend op de uitvoeringstoets *'Met spoed!'* van vorig jaar, heeft de NZa de mogelijke modellen van concurrentie om de markt voor 2011-2012 uitgewerkt en beoordeeld en voor de periode vanaf 2013 gezien hoe het beste invulling kan worden gegeven aan het dan te hanteren model van gesimuleerde concurrentie door onderlinge vergelijking van aanbieders van ambulancezorg.

Graag willen wij tot slot onze dank uitspreken aan de marktpartijen, belangenorganisaties, deskundigen en alle anderen die suggesties hebben aangereikt voor het voorliggende advies. Bij de totstandkoming van het uiteindelijk advies zijn deze suggesties meegewogen, wat onverlet laat dat de NZa daarbij een eigen verantwoordelijkheid heeft en op basis van eigen afwegingen een onafhankelijk advies heeft geformuleerd.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. C.C. van Beek MCM  
voorzitter a.i.



## Advies

### *Inleiding*

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het verzoek gekregen te adviseren over een nieuw bekostigingsmodel ter ondersteuning van de invoering van de Wet op de ambulancezorg (WAZ). Deze wet is op 2 december 2008 goedgekeurd door de Eerste Kamer. De inwerkingtreding van de WAZ is voorzien per 1 januari 2011. Door de Minister is aangegeven dat het huidige model onvoldoende transparant is en niet stimuleert tot doelmatigheid. De Minister heeft de wens uitgesproken dat het nieuwe bekostigingsmodel daar wel in voorziet. Daarbij geeft de Minister aan dat het belang van het waarborgen van de continuïteit en de kwaliteit van de ambulancezorg moet prevaleren boven de doelmatigheidsprikkel. Krachtens de WAZ is hierbij een voorname rol voor de zorgverzekeraars weggelegd.

Volgens de WAZ wordt per (veiligheids-)regio één vergunninghouder geselecteerd, waaraan deze vergunning wordt afgegeven voor onbepaalde tijd. Voor deze selectie stelt de Minister een Programma van Eisen (PvE) op. De wet bevat een aantal belangrijke randvoorwaarden:

- per veiligheidsregio komt er een vergunninghouder;
- de Minister stelt het PvE vast en verleent de vergunning;
- de vergunning is voor onbepaalde tijd.

### *Concurrentie om de markt of gesimuleerde concurrentie*

Het door de Minister bepaalde uitgangspunt is dat er geen vrije concurrentie komt 'op de markt'. Dit uitgangspunt sluit aan bij de recente uitvoeringstoets 'Met spoed!' van de NZa over de regulering van de acute zorg<sup>1</sup>. Daarin is geconcludeerd dat de ambulancezorg zich niet leent voor concurrentie 'op de markt'. Er is behoefte aan een centrale regie via één meldkamer. Als er meer aanbieders in een regio aanwezig zijn, is er behoefte aan optimale onderlinge afstemming en het is zeer de vraag of die in een situatie van concurrerende belangen tot stand kan komen. Voor de spoedeisende ambulancezorg komen daarom in principe de volgende marktmodellen in aanmerking:

- concurrentie 'om de markt' in de vorm van aanbesteding van concessies;
- (gesimuleerde) concurrentie door vergelijking van de relatieve prestaties van aanbieders ten opzichte van elkaar via benchmarking.

In de eerste variant dienen marktpartijen in concurrentie een voorstel in, waarbij zij zich zo goed mogelijk richten op de door de vergunningverlener gehanteerde criteria zoals opgenomen in het door hem op te stellen PvE. In het PvE en ook in het met de winnende aanbieder op te stellen contract kunnen specifieke eisen worden opgenomen over onder meer kwaliteit, inclusief een norm voor tijdigheid, samenwerking met andere partijen en eventuele consequenties van het niet voldoen aan de gestelde normen. Bij presteren beneden de norm zou dit kunnen resulteren in een korting; tegenover extra presteren kan een extra beloning staan.

---

<sup>1</sup> NZa, *Met spoed! Advies over verbetering van de regulering van acute zorg*, februari 2008.

Om ervoor te zorgen dat de aanbieder prikkel blijft ervaren om goede zorg te leveren, moet de concessieverlening voor een bepaalde periode plaatsvinden<sup>2</sup>.

In een marktmodel van gesimuleerde concurrentie kunnen de prestaties van de verschillende aanbieders met elkaar worden vergeleken. Met benchmarking kunnen best practices worden ontwikkeld en de vergunningverlener heeft de mogelijkheid om daarvan af te leiden normen verplichtend op te leggen aan de verschillende aanbieders. De doelmatigheidsprikkel in een model van benchmarking kan sterk zijn als het presteren van aanbieders wordt vergeleken met een groot aantal collega-aanbieders en als het mogelijk is prestaties scherp te benoemen en op basis daarvan best practices aan te wijzen. In '*Met Spoed!*' is hierover reeds geconstateerd dat de prestaties van de aanbieders van ambulancevervoer in beginsel transparant zijn en eenduidig te definiëren en dat prestatiebekostiging daarom in principe mogelijk is. Dit is bijvoorbeeld een belangrijk kwaliteitsaspect van de ambulancezorg als de tijdigheid van de ritten. Het laat echter onverlet dat in bredere zin nog weinig sturingsinformatie beschikbaar is en dat dit ook belangrijke consequenties heeft voor het te adviseren bekostigingsmodel.

Ook het uitgangspunt van de uitgifte van vergunningen voor onbepaalde tijd heeft belangrijke consequenties. Er is in 2011 een eenmalige kans om de vergunning te verkrijgen. Deze eenmalige ronde zorgt ervoor dat het 'nu of nooit' is. Potentiële aanbieders kunnen in de verleiding komen strategisch te bieden en bewust hun eigen doelmatigheidspotentie overschatten om de vergunning zeker te stellen. Voor het voorliggende advies betekent dit dat de NZa adviseert dat de vergunningverlener expliciet uitspreekt dat deze in zo'n situatie niet bijspringt. Dit als signaal dat zo'n strategie niet loont.

#### *Adviesverzoek*

De Minister heeft de NZa gevraagd een advies op te stellen waarin onderscheid wordt gemaakt tussen de periode 2011-2012 en de periode vanaf 2013<sup>3</sup>. Voor de periode 2011 en 2012 vraagt de Minister om in het bijzonder advies uit te brengen over bekostiging op basis van een lumpsumvergoeding waarbij in ieder geval een model met een vast en door de vergunningverlener vast te stellen lumpsumvergoeding moet worden bekeken en een model dat gebaseerd is op een maximum lumpsum vergoeding.

Voor 2013 en verder is de NZa gevraagd te adviseren over invoering van prestatiebekostiging.

#### *Bekostiging voor periode 2011-2012*

Het Ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd een advies te geven over de mogelijkheden van een lumpsumvergoeding in 2011-2012. De NZa heeft de volgende bekostigingsmodellen voor de korte termijn overwogen:

- vaste lumpsumvergoeding;
- maximum lumpsumvergoeding;
- lumpsumvergoeding met een bandbreedte.

---

<sup>2</sup> Althans vermindert de doelmatigheidsprikkel sterk indien gekozen wordt voor een concessieverlening voor onbepaalde tijd, waarbij de vermindering kan worden beperkt indien bij een dergelijke keuze sprake is van een periodieke herijking waarbij bij onvoldoende presteren de mogelijkheid bestaat om de vergunning weer in te trekken.

<sup>3</sup> Zie de brief van de Minister van VWS aan de NZa van 27 maart 2009, *Opdrachtbrief ambulancebekostiging*.



De NZa adviseert om in 2011 en 2012 de aanbieder te selecteren op basis van een lumpsumvergoeding met een bandbreedte. De onderbouwing van deze keuze is als volgt:

- Een bekostigingsmodel op basis van een vaste en door de vergunningverlener vast te stellen lumpsumvergoeding verdient niet de voorkeur. Zo'n keuze heeft als nadeel dat in de ambulancezorg een grote informatie asymmetrie bestaat tussen aanbieders en vergunningverlener. De vergunningverlener heeft duidelijk minder inzicht in de voor een kwalitatief adequate ambulancezorg benodigde vergoeding dan aanbieders en om die reden is er een risico verbonden aan een keuze voor het door de vergunningverlener laten bepalen van het benodigde budget. Op die manier wordt er maar beperkt gebruik gemaakt van de kennis en informatie die aanwezig is in de markt. Als de vergunningverlener het budget onnodig hoog vaststelt, is dat niet doelmatig en als het budget onrealistisch laag is bepaald, ontstaan problemen in de uitvoering over de kwaliteit en continuïteit.
- Een bekostigingsmodel dat uitgaat van een maximum lumpsumvergoeding verdient eveneens naar onze mening niet de voorkeur. De doelmatigheidsprikkel is in dit model weliswaar het grootst, omdat de vergunningverlener geen ondergrens heeft bepaald voor de mogelijke lumpsumvergoeding, maar hier staat tegenover dat de risico's voor de continuïteit en kwaliteit van de ambulancezorg relatief groot zijn.
- Bij een bekostigingsmodel met een maximum lumpsumvergoeding is het risico reëel dat partijen strategisch bieden in die zin dat zij bewust hun doelmatigheidspotentie overschatten om de vergunning binnen te halen. Zoals hiervoor aangegeven wordt dit risico nog versterkt door het uitgangspunt dat de vergunningen voor onbepaalde tijd worden uitgegeven. Als aanbieders hun doelmatigheidspotentie hebben overschat, kunnen zij in de verleiding komen om concessies te doen aan de overeengekomen kwaliteit van de ambulancezorg. Uiteindelijk kan het ook resulteren in een faillissement.

Het risico van strategisch bieden en een te groot eenzijdig accent op prijs als selectie criterium bij het verdelen van de vergunningen kan worden beperkt met een keuze voor een bekostigingsmodel waarbij voor de lumpsumvergoeding een bandbreedte is bepaald.

Per saldo biedt het bekostigingsmodel van een lumpsumvergoeding met een bandbreedte volgens de NZa een goede balans tussen het stimuleren van doelmatigheid enerzijds en anderzijds het voorkomen van te grote risico's voor de kwaliteit en continuïteit van de ambulancezorg en verdient daarom de voorkeur.

De bandbreedte dient opgenomen te worden in het PvE en in de procedure voor de verlening van de vergunning. Hiermee komt de lumpsumvergoeding voor 2011 en 2012 niet tot stand op basis van beleidsregels van de NZa. Dit veronderstelt dat er in de wet een juridische grondslag is opgenomen, waardoor de Minister bevoegd is per veiligheidsregio een vergoeding vast te stellen. De NZa vraagt de Minister dit juridisch na te gaan om er zeker van te zijn dat deze grondslag aanwezig is.

De NZa adviseert ook om vanaf het moment van invoering van het nieuwe bekostigingsmodel de kwaliteit en doelmatigheid van de ambulancezorg continu te monitoren. Als overeengekomen doelen, bijvoorbeeld voor de te leveren kwaliteit van de ambulancezorg, niet worden nagekomen, moet dit geconstateerd kunnen worden. Ook dienen daar consequenties aan verbonden te kunnen worden om tijdig te kunnen bijsturen.

Dit veronderstelt dat de vergunningverlener hiervoor ook in het PvE de voorwaarden creëert en als eis stelt dat vergunninghouders verplicht over deze aspecten rapporteren volgens een door de vergunningverlener te ontwikkelen format. Vanaf 2013 kan deze monitoring dan uitgebouwd worden naar een systeem van benchmarking.

De consequentie van het niet nakomen van afspraken kan uiteindelijk zijn dat de vergunning wordt teruggenomen en opnieuw wordt uitgegeven.

Uit de keuze voor een lumpsumvergoeding met bandbreedte volgt een aantal implicaties:

- De prijsopgave van de aanbieders dient binnen de door de Minister vastgestelde bandbreedte te blijven. De voorgestelde berekeningswijze voor de vaststelling van deze bandbreedte is opgenomen in bijlage 1.
- Bij de keuze van een aanbieder stelt de Minister vast welke lumpsumvergoeding de aanbieder ontvangt voor de uitvoering van de ambulancetaak voor het jaar 2011. De lumpsumvergoeding 2012 is gebaseerd op de vastgestelde lumpsumvergoeding 2011 plus een gemiddelde index<sup>4</sup>. De lumpsumvergoeding komt hiermee niet tot stand op basis van beleidsregels van de NZa zoals dit nu bij de budgettering het geval is.
- Het financiële risico voor de uitvoering van de ambulancezorg wordt geheel gelegd bij de aanbieder. Er vindt geen nacalculatie plaats op deze lumpsumvergoeding.
- Als de aanbieder in de praktijk de overeengekomen prijs en kwaliteit niet na kan komen en zijn exploitatie niet sluitend kan krijgen, dan is uiteindelijk faillissement onvermijdelijk en/of terugname van de vergunning. Over dit continuïteitsrisico en hoe hier mee om te gaan, wordt bij de aandachtspunten verder ingegaan.

#### *Bekostiging voor periode vanaf 2013*

De NZa adviseert om vanaf 2013 te kiezen voor prestatiebekostiging en wel in een vorm waarbij de vergunningverlener op basis van benchmarking de benodigde vaste lumpsumvergoeding voor de te leveren ambulancezorg vaststelt. Hierbij vormt de lumpsumvergoeding 2012 het uitgangspunt. Dit betekent een keuze voor gesimuleerde concurrentie zoals beschreven in 'Met spoed!'. Deze keuze is vooral gebaseerd op de volgende constatering:

- Gelet op het uitgangspunt van vergunningen voor onbepaalde termijn is periodiek aanbesteden niet aan de orde. Na de vergunning van de ambulancevergunningen voor 2011-2012 is concurrentie om de markt niet meer mogelijk.
- Omdat concurrentie op de markt ook niet aan de orde is, resteert het marktmodel van gesimuleerde concurrentie.
- Omdat vanaf 2011 is gestart met intensieve en continue monitoring van kwaliteit en doelmatigheid van de ambulancezorg, is er naar verwachting in 2013 een voldoende basis aanwezig om als vergunningverlener op onderbouwde wijze het benodigde niveau van de lumpsumvergoeding zelf te kunnen bepalen. Het hiervoor geconstateerde probleem van asymmetrische informatie is dan naar verwachting voldoende beperkt.

---

<sup>4</sup> De gemiddelde index 2012 is gebaseerd op het gemiddelde van de definitieve loon- en prijsindex 2011.

- De monitoring vormt de basis voor benchmarking van zowel kwaliteit als doelmatigheid. De vergunningverlener kan periodiek, bijvoorbeeld jaarlijks, per regio zijn ambities bepalen en op deze manier de aanbieders wat betreft kwaliteit en doelmatigheid stimuleren in de richting van door monitoring afgeleide best practices.

Om per 2013 de vaste vergoeding te berekenen, stelt de NZa voor een nieuw berekeningsmodel op te stellen. Dit berekeningsmodel dient gebaseerd te zijn op een combinatie van de uitgangspunten van de rapporten 'Spreiding en Beschikbaarheid' van het RIVM, nader kostenonderzoek en continue monitoring van de uitvoering in de periode 2011-2012. Het model zou in de jaren na 2013, op basis van de informatie uit de benchmark, verder aangescherpt kunnen worden waarbij zoals aangegeven best practices als leidraad kunnen gaan functioneren voor de vraag welke middelen beschikbaar gesteld moeten worden voor de ambulancezorg. Deze best practices dienen dan zowel gericht te zijn op kwaliteit als op doelmatigheid. Doordat de lumpsumvergoeding in 2012, op basis van de door de dienst berekende kosten, als uitgangspunt dient, zal de benchmark in beginsel niet leiden tot een verhoging van de lumpsumvergoeding.

Een dergelijk bekostigingsmodel kan sterke doelmatigheidsprikkels bevatten, waarbij vanzelfsprekend bepalend is hoe ambitieus de vergunningverlener is bij het bepalen van de doelstellingen. De NZa is van mening dat financiële prikkels ook wenselijk zijn om aanbieders voldoende te stimuleren tot doelmatigheid. Om deze reden kan overwogen worden om een deel van de vergoeding afhankelijk te stellen van de mate waarin de aanbieder de gestelde doelen haalt. Dit kan een korting op de lumpsumvergoeding zijn als gestelde doelen niet volledig zijn gehaald, maar er kan eveneens overwogen worden om bij realisatie of overtreffing van de gestelde doelen een bonus toe te kennen. Bij zo'n prestatiemarge kan ook een rol worden toegekend aan de zorgverzekeraars.

#### *Rol van zorgverzekeraars*

De WAZ voorziet een belangrijke rol voor de zorgverzekeraars. De NZa constateert echter dat de zorgverzekeraars maar een beperkte rol vervullen. Weliswaar wordt de ambulancezorg geheel privaat gefinancierd, maar het ontbreekt de zorgverzekeraars aan adequate sturingsinformatie. In grote lijnen beschikken zij alleen over harde informatie over de tijdigheid van de rituitvoering. Daarom is ook geen sprake van daadwerkelijk onderhandelen tussen aanbieders en zorgverzekeraars over andere kwaliteitsaspecten.

In de hiervoor beschreven bekostigingsmodellen voor de periode 2011-2012 en de periode vanaf 2013 bepaalt de vergunningverlener, en dus niet de zorgverzekeraar, in sterke mate kwaliteit en doelmatigheid van de ambulancezorg. Van daadwerkelijk inkopen van ambulancezorg door zorgverzekeraars is geen sprake. De positie van de zorgverzekeraar wordt daarbij verder verzwakt doordat de aanbieders van ambulancezorg regionale monopolisten zijn in het bezit van een vergunning voor onbepaalde tijd.

De NZa ziet wel mogelijkheden om de rol van de zorgverzekeraars desalniettemin inhoud te geven:

- De nu voorziene adviesrol van zorgverzekeraars bij het opstellen van het PvE kan worden uitgebreid.
- De zorgverzekeraars zouden ook een rol kunnen vervullen bij het toezien op de realisatie van de door de vergunningverlener bepaalde doelstellingen.

- Zorgverzekeraars onderhandelen vanwege de monopoliepositie van de aanbieder in dit kader niet over de hoogte van de lumpsumvergoeding, maar mogelijk wel over de met deze vergoeding haalbare resultaten.
- Overwogen kan worden om de hiervoor beschreven prestatiemarge in de vorm van een korting of bonus mede afhankelijk te stellen van door zorgverzekeraars met aanbieders te voeren onderhandelingen.

De rol van de zorgverzekeraars hangt sterk samen met de door de Minister te maken keuzes over de financiering van de ambulancezorg.

#### *Financiering van de ambulancezorg*

De NZa adviseert de Minister van VWS om een principiële keuze te maken voor publieke financiering. Aan de voorwaarden voor een private financiering met een zinvolle rol voor de zorgverzekeraars wordt nu in elk geval niet voldaan en het is de vraag of op afzienbare termijn aan de hieraan te stellen voorwaarden kan worden voldaan. Een gemengd publiekprivaat financieringsmodel heeft ook belangrijke nadelen, waarbij vooral relatief hoge administratieve lasten en een voorlopig gebrekkig inzicht in de kostenopbouw, vooral het onderscheid tussen beschikbaarheidskosten en zuivere ritkosten, meespelen.

De keuze voor publieke financiering sluit aan bij de constatering dat de bekostiging publiek is geregeld en dat belangrijke zaken als het op te stellen PvE ook volledig publiek worden bepaald. Met deze keuze wordt bovendien voorkomen dat aan de zorgverzekeraars een verantwoordelijkheid wordt gegeven die zij maar zeer beperkt waar kunnen maken. Een publieke financiering is bovendien transparant en leidt tot relatief weinig administratieve lasten. Wel dient opgemerkt te worden dat hiervoor aanpassing van onderliggende wet- en regelgeving nodig lijkt.

De NZa neemt in haar advies wel mee dat er een beleidsmatige wens is om de zorgverzekeraars een rol te geven bij de financiering en dat hiervoor ook een wettelijke motivatie is. Als de Minister kiest voor het toekennen van een rol aan de zorgverzekeraars bij de financiering, dan zullen de volgende voorwaarden goed ingevuld moeten worden:

- De rol van de zorgverzekeraars bij de financiering moet ook 'inhoud' krijgen in die zin dat zij dan ook in staat gesteld moeten worden sturing te geven aan de uitvoering van de ambulancezorg en kunnen toetsen of gemaakte afspraken worden nagekomen;
- Hiervoor is het noodzakelijk dat meer sturingsinformatie wordt verzameld door monitoring, zowel van kwaliteit als van kosten en doelmatigheid. Bij het laatste gaat het dan vooral ook over de relatie tussen te leveren prestaties en de daaraan verbonden kosten;
- Zowel aanbieders als zorgverzekeraars dienen een financiële prikkel te ondervinden.

Zoals aangegeven is aan deze voorwaarden nu niet voldaan en vooral voor de gewenste sturingsinformatie moeten nog grote inspanningen worden geleverd.

Gezien het feit dat voor de langere termijn nog diverse mogelijkheden openstaan, adviseert de NZa voor de korte termijn (voor de periode 2011-2012) geen overhaaste beslissingen te nemen over de financiering.

Dit houdt concreet in dat de NZa afraadt om voor de korte termijn een overstap te maken van het huidige volledig private financieringsmodel naar een publiek model omdat ondanks de hiervoor aangegeven principiële keuze voor een publiek model alsnog bezien zou kunnen worden of voor de periode vanaf 2013 niet alsnog voldaan zou kunnen worden aan de geschetste randvoorwaarden voor het toekennen van een rol bij de financiering aan de zorgverzekeraars.

Hierbij speelt mee dat onnodige systeemwisselingen leiden tot ongewenste hoge administratieve verplichtingen en transactiekosten.

Daarom is continuering van het huidige financieringsmodel voor 2011-2012 het meest praktisch, waarbij de betaling via de zorgverzekeraars verloopt, met acceptatie van het nadelen van het huidige systeem. Als de besluitvorming over de inhoud van de bekostiging voor 2013 afgerond is en als meer duidelijkheid verkregen is over de vraag of aan de voorwaarden voor een rol voor de zorgverzekeraars kan worden voldaan, kan een definitieve keuze gemaakt worden over de financiering.

#### *Aandachtspunten*

De NZa vestigt kort de aandacht op een aantal punten dat extra aandacht verdient.

De NZa vindt dat de ambulancezorg kan worden aangemerkt als DAEB, in lijn met de eerdere uitvoeringstoets *'Met spoed!'*. Zo wordt een wettelijke basis voor de hiervoor geschetste varianten van gereguleerde marktwerking gecreëerd.

Een belangrijk punt is verder dat continuïteit van de ambulancezorg, zoals door de Minister ook is aangegeven, van het grootste belang is, maar dat het daarbij vooral gaat om de continuïteit van een adequaat systeem van ambulancezorg en niet om de continuïteit van afzonderlijke vergunninghouders. Het in concurrentie verdelen van vergunningen houdt ook in dat het risico wordt geaccepteerd dat aanbieders uiteindelijk niet in staat blijken te zijn de overeengekomen prijs-kwaliteitverhouding waar te maken. Dit kan aanleiding geven tot ondersteuning onder stringente voorwaarden, zoals ook is aangegeven in het recente NZa-advies hieromtrent<sup>5</sup>, maar als ook dan de vergunninghouder zijn eigen continuïteit niet kan waarborgen, dient de vergunning ingetrokken te worden en opnieuw te worden vergund. Totdat een nieuwe dienst is aangesteld, kan een overbruggingsperiode worden ingesteld en voor deze periode dienen noodscenario's beschikbaar te zijn om ook dan de continuïteit van de zorg te garanderen. Dit kan betekenen dat vergunninghouders in omliggende regio's bij de organisatie van de ambulancezorg voor deze overbruggingsperiode betrokken raken.

Een derde punt is dat de WTZi het toestaat om winst te maken in het ziekenvervoer, waar ook ambulancevervoer onder valt.<sup>6</sup> Ook in de WAZ zijn hier geen beperkingen over opgenomen.

---

<sup>5</sup> Het advies 'zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstel: early warning systeem en mogelijkheden voor staatsteun, juni 2009, gaat specifiek in op hoe om te gaan met aanbieder in financiële problemen.

<sup>6</sup> WTZi, artikel 3.1 van het Uitvoeringsbesluit WTZi.

### Actiepuntenlijst

De volgende actiepunten vloeien voort uit dit advies:

- nagaan of er een voldoende juridische grondslag voor de Minister aanwezig is om per veiligheidsregio een lumpsumvergoeding vast kan stellen;
- uitwerken van een systeem om de continuïteit van de ambulancezorg te waarborgen in het geval een afzonderlijke vergunninghouder niet kan voldoen aan zijn verplichtingen met als onderdeel daarvan noodscenario's waarin mogelijk aanbieders in omliggende regio's bijspringen;
- opzetten van een systeem van monitoring en vanaf 2013 benchmarking, gericht op zowel de kwaliteit van de uitvoering van de ambulancezorg als ook de doelmatigheid en de exploitatie<sup>7</sup>;
- verdere uitwerking van sturingsinformatie, vooral gericht op kwaliteit (anders dan tijdigheid) en doelmatigheid en ontwikkeling van een format waarmee ambulancediensten met elkaar kunnen worden vergeleken, als basis voor benchmarking vanaf 2013;
- kostenonderzoek voor de vaststelling van de kostenopbouw (kosten vanwege beschikbaarheid versus ritgerelateerde kosten) en de gemiddelde directe behandelkosten van de geleverde prestaties, i.c. de zuivere ritkosten;
- verder invullen van de rol van zorgverzekeraars bij het toezien op kwaliteit en doelmatigheid van de ambulancezorg, ook in relatie tot hun eventuele rol bij de financiering;
- voorbereiding van een definitieve keuze over de financiering. Mede omdat een privaat financieringsmodel om hiervoor beschreven redenen niet wenselijk is, wordt de principiële keuze gemaakt voor publieke financiering tenzij alsnog blijkt dat aan de voorwaarden voor een rol voor de verzekeraars bij de financiering op afzienbare termijn kan worden voldaan.

---

<sup>7</sup> Ter toelichting: indien een aanbieder bijvoorbeeld drie jaren achtereenvolgens verlies draait, dan is dit een teken dat blijkbaar beneden de kostprijs is aangeboden, wat niet verboden is maar wel een teken kan zijn van ongewenst strategisch gedrag bij het indienen van de bieding, en -belangrijker- het kan een reden zijn om concessies te doen in de kwaliteit van de uitvoering van de ambulancezorg. Dit kan aanleiding zijn voor de vergunningverlener om de vergunning in deze situatie terug te nemen.

# 1. Adviesverzoek minister

## 1.1 Inleiding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het verzoek gekregen te adviseren over een nieuw marktmodel ter ondersteuning van de invoering van de Wet op de ambulancezorg (WAZ). Deze wet is op 2 december 2008 goedgekeurd door de Eerste Kamer.

Doel van WAZ is om te komen tot kwalitatief goede ambulancezorg voor een betaalbare prijs. Door de Minister van VWS (hierna: Minister) is de wens uitgesproken gelijktijdig met de invoering van de WAZ een nieuw marktmodel voor de ambulancezorg te introduceren dat meer transparantie biedt en een grotere prikkel tot doelmatigheid bevat. Hierbij geeft de Minister aan dat de prijs niet het belangrijkste criterium is voor het uit te werken bekostigingsmodel: "bij de vergunningverlening staan de continuïteit en de kwaliteit van de zorg voorop, prijs speelt een ondergeschikte rol". Als de Minister goedkeuring verleent aan de invoering van een nieuw marktmodel zal de huidige budgettering per 1 januari 2011 komen te vervallen.

Paragraaf 1.2 bevat een beschrijving van de opdracht van het Ministerie van VWS aan de NZa. In paragraaf 1.3 worden de randvoorwaarden geschetst zoals deze naar voren komen in de WAZ en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Vervolgens komt in paragraaf 1.4 het tijdpad aan de orde, zoals VWS dat hanteert. Paragraaf 1.5 sluit af met een korte leeswijzer voor de rest van het advies.

## 1.2 Advisering voor korte en langere termijn

De Minister heeft aangegeven dat de WAZ per 1 januari 2011 in werking zal treden. In een brief van 27 maart 2009 heeft de Minister de NZa gevraagd voor 1 juni 2009 te adviseren over een marktmodel dat gelijktijdig met de WAZ kan worden geïntroduceerd.<sup>8</sup> Dit marktmodel moet betrekking hebben op de activiteiten van zowel de meldkamer als het daadwerkelijke vervoer.

Het Ministerie van VWS en de NZa hebben vastgesteld dat het niet haalbaar is voor 1 juni 2009 een voldoende uitgewerkt en implementatiegereed marktmodel per 2011 beschikbaar te hebben. Het is wel mogelijk een dergelijk marktmodel voor 2013 te ontwikkelen. Tegen die achtergrond heeft het Ministerie van VWS de NZa verzocht een transitie-model te hanteren waarbij de NZa zijn advies over het marktmodel opsplijst in twee fases:

- korte termijn, overgangperiode: advisering over het vaststellen van een lumpsumvergoeding voor 2011 en 2012;
- lange termijn, eindbeeld: advisering over de invoering van prestatiebekostiging vanaf 2013.

Het Ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd om het advies voor de lange termijn op hoofdlijnen te beschrijven. Afhankelijk van de keuze van het Ministerie van VWS kan de NZa in een vervolgoopdracht een uitwerking van het model opstellen.

---

<sup>8</sup> Brief van de Minister van 27 maart 2009, *Opdrachtbrief ambulancebekostiging*.

De Minister specificeert zijn adviesaanvraag als volgt:

**Tabel 1.1. Adviesaanvraag Minister van VWS**

Termijn	Toelichting adviesvraag
2011, lumpsumvergoeding	<p>Het huidige bekostigingsmodel vervalt op 1 januari 2011, bij de inwerkingtreding van de WAZ. De vergunninghouder ontvangt in de jaren 2011 en 2012 een lumpsumbudget. De NZa wordt verzocht twee scenario's uit te werken voor het vast te stellen lumpsumbudget:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hanteren van een vastgesteld budget (tijdens het gunnen van de vergunning ligt de prijs daarmee 'vast').</li> <li>- Hanteren van een maximumbudget. Bij het verlenen van de vergunning is het budget één van de variabelen die de keuze van de vergunninghouder beïnvloedt. Bij de vergunningverlening staan de continuïteit van de zorg en de kwaliteit voorop; prijs speelt in die zin een ondergeschikte rol.</li> </ul>
2013, prestatiebekostiging	<p>De Minister verzoekt de NZa te adviseren over de mogelijkheden over het invoeren van prestatiebekostiging in de ambulancesector. De dan denkbare modellen worden beschreven en voorzien van een advies. De NZa zal hierbij in elk geval aandacht besteden aan de mogelijkheid van functionele bekostiging, zoals deze ook voor andere sectoren in de acute zorg wordt uitgewerkt.</p>

Bron: Brief van de Minister van 27 maart 2009

Voor de uitwerking van de marktmodellen heeft VWS een aantal beleidsmatige uitgangspunten geformuleerd die een plaats dienen te krijgen binnen de voorstellen:

- de nieuwe bekostigingssystematiek dient meer doelmatigheidsprikkels te bevatten dan de huidige systematiek;
- de bekostigingssystematiek moet dermate transparant zijn dat aanbieders vooraf kunnen inschatten welke vergoeding ontvangen gaat worden voor het leveren van de diensten;
- op basis van de systematiek moeten zorgaanbieders kunnen voldoen aan de minimale kwaliteitseisen;
- het model voor 2011 dient zoveel mogelijk in lijn te liggen met en voorsorteren op het voor de periode vanaf 2013 te verkiezen marktmodel.

Volgens de WAZ wordt met ambulancezorg zowel de activiteiten van de meldkamer als het daadwerkelijke vervoer bedoeld. De aanbieder die van de Minister een vergunning ontvangt krijgt zeggenschap over beide elementen van de ambulancezorg. Voordat verder gegaan wordt met de uitwerking van het adviesverzoek is het goed om kort te omschrijven welke rol de meldkamers en de ambulancediensten vervullen bij het leveren van de ambulancezorg en hoe de toegang tot de zorg is georganiseerd. De zorg begint bij een melding aan de MKA en eindigt in de meeste gevallen na de overdracht van de patiënt, bijvoorbeeld aan een ziekenhuis.

#### *Rol meldkamer ambulancezorg (MKA)*

De MKA, vroeger genaamd de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA), vervult een sleutelfunctie in het coördineren van de keten van de spoedeisende medische hulpverlening, dit met het oog op een optimale inzet van de beperkte ambulancecapaciteit. De MKA is de meldkamer voor ambulancezorg en verschaft toegang tot de spoedeisende gezondheidszorg. Daartoe heeft hij de verantwoordelijkheid voor het proces van indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorgcoördinatie, zorgverwijzing en registratie.



De meldkamer is in veel gevallen geïntegreerd met de meldkamer van de brandweer en de politie in een regio.

#### *Rol ambulance*

Ambulancezorg is de zorg die in opdracht van de MKA beroepsmatig of bedrijfsmatig wordt verleend om een zieke of slachtoffer voor zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en waar nodig adequaat te vervoeren, dit met inachtneming van datgene wat volgens algemeen beschikbare medische en verpleegkundige kennis noodzakelijk is. In de markt voor stabilisatie en vervoer kan nog een onderscheid worden gemaakt tussen spoedvervoer en besteld vervoer.

Belangrijkste aspect van ambulancezorg is het spoedvervoer waarbij het gaat om op basis van de zorgbehoefte van de patiënt individuele gezondheidswinst te behalen. Dit betekent dat de ambulancezorg erop is gericht om sterfte van patiënten te voorkomen, hun medische situatie gunstig te beïnvloeden en hen vervolgens te verwijzen of te vervoeren naar zorginstellingen waar een vervolgbehandeling kan plaatsvinden. Bovendien levert een ambulancedienst ook besteld vervoer. Het bestelde vervoer valt in principe niet onder de acute zorg. Het gaat hier immers om vervoer voor patiënten met een zorgvraag die geen spoed vereist. Aanbieders van spoedvervoer moeten 24 uur per dag beschikbaar zijn om deze zorg te leveren. Daardoor beschikken zij over voldoende reservecapaciteit om ook besteld vervoer aan te bieden en de reeds aanwezige schaalgrootte beter te benutten. De uitvoering van de ambulancezorg is in handen van verpleegkundigen en chauffeurs die daartoe speciaal zijn opgeleid.

#### *Toegang tot de zorg*

Ambulancezorg is uitsluitend toegankelijk via de MKA. Het is voor een patiënt dus niet mogelijk om rechtstreeks toegang te krijgen tot een ambulancedienst. De MKA is in operationele zin het centrale punt in het communicatienetwerk van melder/zorgvrager, huisarts, ambulance, ziekenhuis, Mobiel Medisch Team (Traumateam), Officier van Dienst Geneeskundig (OvdG), politie en brandweer, en als dat nodig is van andere MKA's. De MKA zorgt ervoor dat de juiste ambulancezorg op het juiste moment en op de juiste plaats wordt ingezet en dat alle betrokken zorgverleners en instellingen alle relevante informatie krijgen. Een MKA-centralist beoordeelt elke melding op inhoudelijke zorgbehoefte, waarna hij - indien mogelijk - in overleg met de melder of zorgvrager (patiënt) de aard van de zorg en de inzet van de juiste zorgverlener(s) bepaalt. De weg waarlangs of de manier waarop de melding of zorgvraag de MKA bereikt, is hierbij niet van belang.

### **1.3 Randvoorwaarden en wettelijk kader**

De WAZ en de WTZi bevatten randvoorwaarden waar de NZa bij haar advisering rekening mee dient te houden. Over de vergunningverlening voor de ambulancezorg is in de WAZ het volgende bepaald:

- De Minister zal voor iedere veiligheidsregio één rechtspersoon aanwijzen aan wie een vergunning wordt verleend tot het verrichten van ambulancezorg.  
Op basis van deze vergunning wordt een rechtspersoon verantwoordelijk voor het in stand houden van een meldkamer en het daadwerkelijk verlenen of doen verlenen van ambulancezorg.
- Door de Minister wordt per veiligheidsregio een Programma van Eisen (PvE) opgesteld.

- Het PvE wordt telkens na vier jaar geactualiseerd en heeft in ieder geval betrekking op:
  - de personele, materiële en organisatorische voorzieningen die noodzakelijk zijn voor het op verantwoorde wijze verrichten van ambulancezorg;
  - de standplaatsen van ambulances;
  - de afstemming op de ambulancezorg in naburige regio's;
  - de samenwerking met andere zorginstellingen in de betrokken regio;
  - de uitvoering van de taken volgens de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen;
  - de kosten van de ambulancezorg.
- Bij de vaststelling van het PvE vraagt de Minister advies aan de in de regio werkzame zorgverzekeraars en het bestuur verantwoordelijk voor de GHOR-taken.
- Op basis van het PvE mogen zorgaanbieders plannen indienen.
- Op basis van deze plannen selecteert de Minister een zorgaanbieder. Voordat een vervoerder definitief wordt aangewezen vraagt de Minister aan verzekeraars en het GHOR-bestuur om een zienswijze.
- De geselecteerde zorgaanbieder ontvangt van de Minister een vergunning voor onbepaalde tijd.
- De Minister vergelijkt tweejaarlijks de Regionale Ambulancevoorzieningen onderling over de wijze waarop zij aan het PvE voldoen.
- De Minister kan de vergunning intrekken als:
  - de vergunninghouder daarom verzoekt;
  - de vergunninghouder niet meer aan de krachtens artikel 4 WAZ vastgestelde eisen voldoet dan wel de voorschriften of beperkingen niet in acht neemt.
- Als in een regio geen rechtspersoon is waaraan de minister een vergunning kan verlenen richt hij zelf een zodanige rechtspersoon op.

In art 3.1 van het Uitvoeringsbesluit WTZi is verder bepaald dat voor instellingen die ziekenvervoer aanbieden een winsttoogmerk is toegestaan. Ambulancezorg is onderdeel van het begrip ziekenvervoer. In de WAV en de WAZ is geen beperking van de mogelijkheid voor winstuitkering opgenomen. In de huidige budgetteringssystematiek geldt echter wel de voorwaarde dat niet bestede budgetmiddelen gereserveerd dienen te worden voor de reserve aanvaardbare kosten. Feitelijke winstuitkering vindt dan ook niet plaats.

Het voorliggende advies van de NZa over de bekostiging van de ambulancezorg is opgesteld uitgaande van de hiervoor geschetste wettelijke kaders van de WAZ. De NZa gaat er hierbij vanuit dat het door de Minister selecteren van de aanbieders per regio, op basis van ingediende aanvragen met een bijbehorend overzicht van benodigde financiële middelen, onverlet laat dat de NZa gelet op de aan haar opgedragen wettelijke taken uiteindelijk de tarieven vaststelt.

In het advies worden de voor- en nadelen geschetst van de door de Minister voorgelegde bekostigingsmodellen voor de periode 2011-2012 en de periode vanaf 2013. Er is daarbij voor beide perioden ook een voorkeur bepaald. Wel is het zo dat op diverse momenten is gesignaleerd dat de voorkeur stuit op praktische bezwaren en in een enkel geval op een wettelijk kader dat knelt. Een aandachtspunt is onder meer dat er een spanningsveld bestaat tussen de Wmg en Zvw enerzijds en de WAZ anderzijds. In de Zvw is een zorgplicht voor de verzekeraars vastgelegd. In de Wmg is vastgelegd dat voor het vaststellen van tarieven aanbieders en zorgverzekeraars tot een overeenstemming dienen te komen, waarbij gesproken wordt over de bevordering van de prijs-

kwaliteitverhouding. Uit deze wetgeving komt een duidelijke verantwoordelijkheid van de verzekeraar naar voren.

De positie van de verzekeraar wordt echter verzwakt door in de WAZ te bepalen dat de Minister per regio een programma van eisen opstelt en één aanbieder selecteert die een vergunning van onbepaalde tijd ontvangt.

Voor diverse praktische knelpunten en complicaties zijn handreikingen geformuleerd hoe de vergunningverlener daarmee om kan gaan. Binnen de kaders van de wettelijk bepaalde randvoorwaarden heeft de NZa geprobeerd het best mogelijke advies te geven. Wel adviseren wij om over het wettelijke kader na de definitieve keuze voor de ambulancezorg door de wetgever nadrukkelijk te bezien hoe de onderlinge aansluiting van de verschillende wetten kan worden bevorderd.

De praktische en wettelijke complicaties bij het voorliggende advies zijn hier benoemd omdat de NZa in haar advisering vanzelfsprekend oog heeft voor de praktische en wettelijke haalbaarheid zonder dat dit heeft geresulteerd in een volledige uitvoeringstoets.

## 1.4 Tijkpad

In de opdrachtbrief van 27 maart heeft VWS het tijkpad van de vergunningverlening voor de ambulancezorg bepaald<sup>9</sup>. De weg naar 2011 ziet er als volgt uit:

- Conceptversies van het PvE en de procedure voor het verlenen van de vergunningen worden van 15 april tot 31 mei door het Ministerie van VWS ter consultatie voorgelegd aan de potentiële aanbieders van ambulancezorg, Ambulancezorg Nederland (AZN), het bestuur van het openbaar lichaam dat krachtens artikel 4, eerste lid, van de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) voor de regio is ingesteld en aan de in de regio werkzame zorgverzekeraars in de zin van de Zorgverzekeringswet.
- In juni 2009 wordt het PvE definitief vastgesteld door het Ministerie van VWS.
- In september 2009 wordt het PvE, het Besluit Vergunningverlening en de regeling gegevensverstrekking gepubliceerd in de Staatscourant (PvE ook in het publicatieblad van de EU). Met deze documenten moet duidelijk zijn hoe de vergunningverlening plaatsvindt en welke eisen er in het PvE per veiligheidsregio worden gesteld.
- In oktober 2009 gaat de procedure voor de vergunningverlening van start.
- Eind 2009 dienen de vergunningaanvragen bij VWS binnen te zijn;
- uiterlijk medio 2010 moet het Ministerie van VWS de vergunningen hebben verleend.
- In 2011 dient ambulancezorg op basis van verleende vergunningen te worden aangeboden.

## 1.5 Opbouw van advies

Dit advies is als volgt opgebouwd:

- Hoofdstuk 2: beschrijving van de ontwikkeling van de ambulancezorg in Nederland in de periode 1973-2011 en verder.
- Hoofdstuk 3: toelichting op te hanteren afwegingscriteria voor de toe te passen bekostigingsmodellen en een afbakening van het advies.

<sup>9</sup> Brief van de Minister van 27 maart 2009, *Opdrachtbrief ambulancebekostiging*.

- Hoofdstuk 4: beschrijving en advisering van een bekostigingsmodel op basis van een lumpsumvergoeding voor de periode 2011 en 2012.
- Hoofdstuk 5: beschrijving en advisering van de mogelijkheden van prestatiebekostiging in de periode vanaf 2013, mogelijk in combinatie met benchmarking.
- Hoofdstuk 6: beschrijving en advisering over de financiering van de ambulancezorg in de periode 2011/2012 en de periode vanaf 2013. In dit hoofdstuk wordt tevens nader ingegaan op de rol van de verzekeraar.
- Hoofdstuk 7: beschrijving van de aandachtspunten die vooral spelen bij het verlenen van de vergunning.

## 2. Ontwikkeling ambulancezorg in Nederland

Voor een goed begrip van de ambulancesector en de bekostiging daarvan blikt de NZa kort terug op een aantal belangrijke ontwikkelingen, dat de ambulancezorg in Nederland de afgelopen decennia heeft doorgemaakt. Zo is het aantal ambulancediensten fors afgenomen en zijn de volgende veranderingen opgetreden:

- behalve de vervoersfunctie is ook de zorgfunctie belangrijker geworden;
- er is geïnvesteerd in kwaliteit en verdere professionalisering van de ambulancezorg;
- nacalculatie en begrotingsfinanciering maakten plaats voor een (normatief) budgetteringssysteem;
- door de vorming van Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's) is de doelmatigheid van de ambulancezorg verbeterd;
- de samenwerking tussen RAV's en andere ketenpartners is verder gestructureerd.

In dit hoofdstuk volgt een beknopt chronologisch overzicht van de ambulancezorg in Nederland in drie perioden: vanaf 1973 tot 1997, van 1997 tot 2011 en de periode vanaf 2011, de datum van de inwerkingtreding van de WAZ.

### 2.1 1973-1997: verbetering ambulancezorg o.b.v. de WAV

In Nederland is het ambulancevervoer sinds 1973 wettelijk geregeld in de Wet Ambulancevervoer (WAV). In deze wet ligt 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 diverse ambulances tegelijkertijd arriveerden bij een ongeval. Dit werd vormgegeven met een vergunningstelsel. Bovendien werd in de wet vastgelegd dat ambulancevervoer alleen mocht plaatsvinden na een opdracht van de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA). De GHOR-besturen werden verantwoordelijk voor de instelling, het beheer en de instandhouding van de meldkamer van de CPA. De burgemeester van de bewuste gemeente droeg de eindverantwoordelijkheid voor de aansturing van de meldkamer.

De provincie stelde op basis van het provinciaal spreidingsplan de gebieden vast waarin de gemeenten een CPA moesten oprichten. Met het verlenen van een aantal vergunningen bepaalde de provincie vervolgens het aanbod van ambulances per regio. Hierbij werd rekening gehouden met de spreiding en paraatheid van ambulances. De vergunning werd voor onbepaalde tijd afgegeven. Bij de vergunningverlening werd niet getoetst op kwaliteit. De kwaliteitstoetsing vond na het verkrijgen van de vergunning plaats door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen 1996.

Bekostiging van de ambulancezorg vond met ingang van de WAV tot 1997 plaats uit de premiemiddelen en bestond uit de bekostiging van de feitelijke ambulancezorg, inclusief de continue paraatheid, en de bekostiging van de CPA. Vanaf 1982 - ingang Wet tarieven gezondheidszorg, Wtg - bepaalde het College tarieven gezondheidszorg (CTG) de tarieven voor het verzorgen van ambulancevervoer en werd de CPA uit een opslag op dat tarief betaald. Bepalend voor de bekostiging was de productie, oftewel het aantal uitgevoerde ritten waarbij daadwerkelijk een patiënt vervoerd werd. Bekostiging van bijvoorbeeld de beschikbaarheid en het stafpersoneel was hierdoor problematisch.

Het model had een open einde karakter vanwege de nagenoeg volledige nacalculatie op basis van gerealiseerde ritten en kosten. Er was sprake van begrotingsfinanciering waarbij zowel de vooraf ingeschatte kosten werden vergoed als een eventuele overschrijding van deze begroting.

## **2.2 1997-2011: schaalvergroting en invoering budgetteringstelsel**

In 1997 constateerde de toenmalige Minister in de beleidsnotitie "Met zorg verbonden" dat er door de versnippering van de ambulancediensten op dat moment sprake was van ondoelmatigheid in de sector ambulancezorg. Nederland was verdeeld in 37 CPA's. In deze regio's waren 130 afzonderlijke ambulancediensten en 640 ambulances actief. 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 RAV-regio's werd als belangrijkste oplossing aangedragen door de Minister. De voordelen hiervan zijn dat de logistiek op regionaal niveau efficiënter kan verlopen, toegankelijkheid en kwaliteit verbeterd kunnen worden en dat er schaalvoordelen gerealiseerd kunnen worden. Het was de bedoeling dat hierdoor ook verbindingen tussen de ambulancezorg en de eerste- en tweedelijnszorg werden aangebracht. Dit was van belang omdat in de ambulancesector het accent steeds meer kwam te liggen op de zorgfunctie in plaats van op de vervoersfunctie. Er was vanaf dat moment sprake van een zorgcontinuüm. Hierbij werd door het ambulancepersoneel ter plaatse en/of onderweg de eerste zorg aan de patiënt verleend en bij aankomst in het ziekenhuis kon de zorgverlening meteen worden overgenomen. Door het ontstaan van de zorgfunctie naast de vervoersfunctie werden de kwaliteitseisen die aan de ambulancezorg werden gesteld, flink verhoogd.

De in 1997 door de Minister voorgestelde RAV-regio's werden gevormd door een regionaal samenwerkingsverband tussen de ambulancediensten en de CPA. In het RAV-bestuur konden in het voorstel ook vertegenwoordigers van de ziekenhuizen en de huisartsen plaatsnemen. De RAV werd verantwoordelijk voor de kwaliteit, de bedrijfsvoering en het budget van de ambulancezorg in een bepaalde regio. De grenzen van een RAV werden gebaseerd op de grenzen van de GHOR-regio's. Het ging hierbij concreet om 24 regio's. De grenzen van de GHOR-regio's waren gebaseerd op de politieregio's, ook wel de veiligheidsregio's genoemd. Hierdoor werd getracht om een optimale samenwerking tussen de verschillende diensten te bewerkstelligen. Een concreet voorbeeld hiervan is het oprichten van één gezamenlijke meldkamer voor de politie, de brandweer en voor de ambulances.

In 1996 werd gestart met de overgang van een begrotingsfinanciering naar een budgetteringssysteem. Hierbij werd het macrobudget voor de ambulancesector, vallend onder het Budgettair Kader Zorg, bepaald door het CTG. Dit werd vervolgens verdeeld over de aanbieders van ambulancezorg. Het macrobudget mocht niet overschreden worden en de door het CTG vastgestelde tarieven dienden als financiering van het budget. Vervolgens werd het budgetteringssysteem aangepast door de invoering van een nieuw normatief budgetsysteem. Dit was gebaseerd op productieafspraken tussen de ambulancediensten en de regionale marktleider van de zorgverzekeraars in samenwerking met de regiovertegenwoordiger. Het systeem stimuleerde de voorgestelde schaalvergroting naar RAV-niveau en leverde daardoor een bijdrage aan de doelstelling om een hogere mate van doelmatigheid in de ambulancesector te bewerkstelligen. Het budget bestond voor een deel uit een regioafhankelijke vergoeding per rit en voor een deel uit een vaste vergoeding. De zorgaanbieder bepaalde zelf hoe het budget intern werd verdeeld. Als een aanbieder van zorg meer produceerde dan afgesproken, een hogere prijs betaalde dan de normprijs voor de ingezette middelen, of als er teveel middelen waren ingezet, kon er een tekort ontstaan. Deze kosten kwamen voor rekening van de zorgaanbieder. Als een zorgaanbieder efficiënt werkte, kon er een overschot op het budget ontstaan. Dit overschot mocht de aanbieder houden, wat past bij een systeem van input minimalisatie. Door budgettering ontstond er dus een zekere prikkel om doelmatig te werken. Het budget had echter ook een sturende werking op de werkelijke kosten van een zorgaanbieder. Doordat er geen overwinst werd ingecalculleerd - er is immers sprake van een non profit instelling en een verbod op het uitkeren van winst - en de zorgvraag in beginsel ongelimiteerd was, bestond er een tendens om het budget op te maken. In 1998 was voor de meldkamer en de ambulancedienst sprake van een budgetsysteem waarbij een groot deel van het budget werd bepaald op basis van normatieve parameters.

In 2000 is het budgetmodel aangepast op basis van het KPMG rapport 'Beschikbaarheid en ritten bekostigd' uit 1999. De belangrijkste aanpassing was een scherpere differentiatie naar regio's. Tevens vond er een ophoging plaats van het macrobudget van € 4,5 miljoen. Het belangrijkste doel bij deze verandering was het waarborgen van een goede toegankelijkheid en beschikbaarheid van ambulancezorg in heel Nederland. In 2003 en 2008 is dit onderzoek naar de benodigde ambulancecapaciteit nogmaals uitgevoerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Op basis van de opgestelde rapporten is er in 2004 € 18 miljoen toegevoegd aan het Budgettair Kader Zorg, in 2005 € 12 miljoen en in 2009 € 17 miljoen.

In 2001 hebben het RIVM, de IGZ en het CTG in opdracht van de Minister onderzoek uitgevoerd naar de doelmatigheid en de kwaliteit van de ambulancezorg<sup>10</sup>. De directe aanleiding voor het onderzoek was de signalering van een aantal knelpunten in de ambulancesector over kwaliteit, spreiding, paraatheid en de financiële situatie, door de IGZ en de sector. Daarbij is onderzocht of het mogelijk was om binnen het huidige budget voor ambulancezorg verantwoorde ambulancezorg in RAV-verband te bekostigen en welke maatregelen nodig waren om RAV-en in staat te stellen verantwoorde ambulancezorg te leveren. Het belangrijkste doel van het onderzoek was nagaan of een hoge mate van kwaliteit en budgetdiscipline samen konden gaan met een hoge mate van doelmatigheid.

---

<sup>10</sup> CTG, RIVM, IGZ (2001) *Niet zonder zorg; een onderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van de ambulancezorg*, Veen A van der, Zwakhals SLN, Hazelzet-Crans B, Manen JW van.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat schaalgrootte een belangrijke factor is binnen de ambulancezorg. Naarmate een ambulancedienst groter is, neemt de doelmatigheid toe. Tevens kwam uit dit onderzoek naar voren dat het verschil in doelmatigheid tussen zowel de ambulancediensten als de CPA's niet verklaard kon worden door verschillen in, vaak exogene, knelpuntfactoren. Op basis van het onderzoek zijn er drie beleidsmatige adviezen geformuleerd: ten eerste moest er zwaarder ingezet worden op de organisatie van de RAV-regio's. Door minder onduidelijkheid en onzekerheid kan de kwaliteit van de zorg toenemen. Ten tweede moest de rol en de werkwijze van de CPA's in de acute zorgketen worden vastgelegd. Ten derde moest de schaalvergroting van de ambulancediensten en CPA's verder worden gestimuleerd en ondersteund. De uitgevoerde onderzoeken plus bijbehorende adviezen vormen een basis om na te denken over een nieuwe ambulancewet.

## 2.3 Vanaf 2011: inwerkingtreding van de WAZ

De WAZ is in 2004 ingediend bij de Tweede Kamer ter vervanging van de WAV. De WAZ is op 2 december 2008 aanvaard door de Eerste Kamer. De inwerkingtreding van deze wet is gepland op 1 januari 2011. In deze wet is een accentverschuiving van de vervoersfunctie naar de zorgfunctie, en de hogere kwaliteitseisen die hiermee gepaard gaan, vastgelegd.

### 2.3.1 Kernelementen van de WAZ in vergelijking met de WAV

De belangrijkste veranderingen ten opzichte van de WAV zijn als volgt:

- de planningsrol van de provincies verdwijnt;
- de ambulancezorg wordt in de veiligheidsregio georganiseerd;
- de Minister hanteert een vergunningensysteem;
- de zorgverzekeraars krijgen net als de GHOR-besturen een sterke adviserende rol, onder meer bij het vaststellen van het programma van eisen, maar krijgen geen formele rol bij het verlenen van de vergunningen.

De vorm van gereguleerde marktwerking die opgenomen is in de nieuwe wet, leidt niet tot concurrentie op de markt maar tot concurrentie om de markt. De inrichting van dit systeem is gebaseerd op het verlenen van een vergunning door de Minister. In de wet wordt in elke veiligheidsregio één vergunning voor onbepaalde tijd afgegeven om de ambulancezorg te mogen verzorgen. Deze organisatie op basis van veiligheidsregio's biedt vooral de volgende voordelen:

- Op regionaal niveau (veiligheidsregio) kan de logistieke planning van de inzet van ambulances efficiënter verlopen dan in een situatie waarin meerdere aanbieders in een veiligheidsregio werkzaam zijn.
- Een spreiding- en paraatheidplan op het niveau van een veiligheidsregio kan leiden tot een betere verdeling van standplaatsen en uitrukposten. Hierdoor verbetert de toegankelijkheid van de zorg (kortere aanrijdtijden) en kan misschien in de grootstedelijke gebieden met minder ambulances worden volstaan. Deze ruimte zou dan aangewend kunnen worden om in sommige plattelandsgebieden het aantal ambulances in voorkomende gevallen te verhogen.
- Een samenwerking op het niveau van een veiligheidsregio kan verbetering brengen op het punt van kwaliteitszorg, niet alleen uit schaaloptiek, maar ook zorginhoudelijk. Omdat de ambulancediensten in principe in de hele regio inzetbaar zijn, moet de kwaliteit ook op regionaal niveau integraal bewaakt kunnen worden. Een integrale kwaliteitsbewaking zal betrekking moeten hebben op zowel de directe ambulancezorg zelf als op de taken van de



- meldkamer. Deze integrale kwaliteitsbewaking kan onder meer zichtbaar worden door één medisch adviseur voor de hele ambulancezorg in de regio aan te stellen. Door de medische eindverantwoordelijkheid centraal in de veiligheidsregio in te bedden, wordt duidelijkheid geschapen over de medische eindverantwoordelijkheid, zoals die volgens de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) wordt verlangd.
- Een organisatie op het niveau van een veiligheidsregio biedt de mogelijkheid om ontwikkelingen die extra kosten met zich meebrengen het hoofd te bieden. Te denken valt aan een doelmatiger inkoop van ambulances en materialen of de opvang van tijdelijke personeelstekorten (verlof, ziekte) via gezamenlijke invalpools.
  - Een veiligheidsregio kan de samenwerking tussen de ambulancezorg en de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg bevorderen.

Met ambulancezorg wordt de uitvoering van de zorgtaken én de uitvoering van de meldkameractiviteiten bedoeld. Dit gebeurt op basis van een door de potentiële aanbieder opgesteld Regionaal Ambulanceplan. Dit plan wordt door de Minister getoetst aan het PvE. Als de potentiële aanbieder voldoet aan de eisen uit het PvE komt zij in aanmerking om de vergunning te verkrijgen. Per veiligheidsregio zal door de Minister bepaald worden welke potentiële aanbieder het beste Regionaal Ambulanceplan indient en aan deze aanbieder zal de Minister de vergunning verstrekken. In de WAZ is verder opgenomen dat de vergunning voor onbepaalde tijd wordt uitgegeven en dat er elke twee jaar een benchmark wordt uitgevoerd. Op basis van de uitkomsten van de benchmark kan de bewuste dienst beoordeeld worden. In het uiterste geval kan de Minister de vergunning intrekken. Met de gegevens van de benchmark kan ook worden beoordeeld of het PvE waaraan de ambulancezorgaanbieders moeten voldoen, aangescherpt moeten worden. Zo draagt de wet bij aan de jarenlange trend van schaalvergroting binnen de sector en de doelstelling om kwalitatief verantwoorde en doelmatige ambulancezorg te realiseren. De vorming van RAV-en in aansluiting op de veiligheidsregio's vindt in de praktijk al vanaf 1997 plaats en wordt sindsdien ook door de overheid gestimuleerd. Met de komst van de WAZ ligt hier ook een wettelijke basis aan ten grondslag.

### 2.3.2 Regulering in Europees/nationale mededingingsrechtelijk kader

Voor de beschrijving van de mogelijkheden voor de regulering voor de toekomst, is het belangrijk de WAZ af te zetten tegen het Europees/nationaal mededingingsrechtelijk kader. Het Europese en nationale mededingingsrecht staat een beperking van de mededinging voor het publieke belang onder voorwaarden toe<sup>11</sup>. De overheid mag de mededinging echter niet verder beperken dan uit oogpunt van het publieke belang noodzakelijk is. Dit geldt als het beginsel van proportionaliteit. De overheid moet de zorg dan als diensten van algemeen (niet-economisch) belang (DAB) of als diensten van algemeen economisch belang (DAEB) aanwijzen. DAB zijn de groep diensten die worden uitgevoerd door entiteiten belast met een publieke taak.

<sup>11</sup> Zie artikel 86 lid 2 van het Verdrag van de Europese Unie en de artikelen 11, 25 en 41(3) Mededingingswet (Mw).

Voorbeelden van DAB zijn justitie, politie en rechtspraak. DAEB zijn de groep diensten waar een publiek belang mee gemoeid is, die door de overheid aan ondernemingen zijn opgedragen, en die op de markt worden aangeboden. Hierbij valt te denken aan post, energie, telecommunicatie, bepaalde vormen van hoger onderwijs, audiovisuele diensten, sociale woningbouw en bepaalde zorgdiensten. Aan deze dienstverlening kunnen bepaalde eisen worden gesteld om het publieke belang te waarborgen.

Er dient een juridisch kader opgesteld te worden om te bepalen of onderdelen van de acute zorgketen als DAB of DAEB aangemerkt moeten worden. Zo'n kader beperkt het risico dat de NZa bij de uitvoering van haar toezichthoudende taak wordt geconfronteerd met nationale regels die conflicteren met Europees rechtelijke verplichtingen en die zij volgens de rechtspraak van het Europese Hof van Justitie buiten toepassing moet laten<sup>12</sup>. Dit verkleint de kans dat marktpartijen, die van de beperking van de marktwerking nadeel ondervinden, de bestaande regelgeving juridisch kunnen aanvechten. Ook voorkomt het de situatie dat de Europese Commissie Nederland aanspreekt op naleving van de Europese regels voor het vrije verkeer van diensten, voor staatssteun of voor mededinging.

In het NZa-advies "Met spoed" over de acute zorg heeft de NZa de Minister geadviseerd om de voorzieningen die hij bij acute zorg treft om het algemeen belang te borgen, aan te merken als DAEB als deze sturing de mededinging zal beperken. Bij de beperking van de mededinging dient de overheid het beginsel van proportionaliteit in acht te nemen.

De NZa vindt dat de ambulancezorg op basis van de kenmerken van de WAZ aangemerkt dient te worden als DAEB. Op basis van de WAZ geeft de overheid met het oog op bescherming van de publieke belangen sturing aan de ambulancemarkt. Deze sturing beperkt de marktwerking bij het aanbieden en het inkopen van acute zorg. Door de Minister is vastgesteld dat een volledig vrije markt een risico vormt voor de kwaliteit van de zorg en het gewenste niveau van spreiding en bereikbaarheid van ambulancezorg. Mede om deze redenen heeft de Minister gekozen voor het verlenen van één vergunning voor onbepaalde tijd per veiligheidsregio. De voor een adequate uitvoering van het ambulancevervoer noodzakelijke coördinatie komt op deze wijze naar verwachting het beste tot ontwikkeling. Er ontstaat een optimale productiegrootte met zo min mogelijk coördinatieproblemen. De verlening van de vergunningen beperkt de toegang tot de ambulancemarkt waarbij de exclusiviteit van een vergunning per regio leidt tot een monopoliepositie die de concurrentie op deze zorgmarkt en andere zorgmarkten kan verstoren.<sup>13</sup> Ook een keuze voor gezamenlijke inkoop van acute zorg door verzekeraars leidt in principe tot beperking van de concurrentie tussen verzekeraars. Verder kan de betaling van een beschikbaarheidsvergoeding om een voorziening in een bepaalde regio te borgen, zorgaanbieders in een ongelijke concurrentiepositie brengen.

---

<sup>12</sup> HvJ EG 9 september 2003, zaak C-198/01 Consorzio Industrie Fiammiferi (CIF), Jur. 2003, p. I-8055, r.o. 46-50, 58.

<sup>13</sup> Een voorbeeld hiervan kan gevonden worden in de gecombineerde concessie voor het spoedvervoer en het besteld vervoer. Voor de spoedeisende zorg wordt voor een regio een exclusieve concessie verstrekt, die ook betrekking heeft op besteld vervoer.

## 3. Doelstellingen bekostiging ambulancezorg

Om het door de Minister gevraagde advies over het toe te passen bekostigingsmodel te kunnen opstellen, gaan we in paragraaf 3.1 eerst in op de daarbij te hanteren beoordelingscriteria. Deze criteria worden afgeleid van wettelijk of anderszins vastgelegde beleidsmatige doelen of vloeien voort uit de economische theorie van bekostigingsvraagstukken. Vervolgens zal in paragraaf 3.2 een verdere afbakening van de mogelijke bekostigingsmodellen gegeven worden. Verder geeft deze paragraaf ook de samenhang weer tussen de bekostiging van de ambulancezorg, de financiering en de verdeling van de vergunningen.

### 3.1 Beleidsdoelen bekostiging ambulancezorg

#### 3.1.1 Algemene doelstellingen zoals deze volgen uit de Wmg

Het doel van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is om binnen de publieke kaders van een kwalitatief goede ambulancezorg de slag te maken van aanbodsturing naar een benadering waarin aanbieders en verzekeraars minder gericht zijn op de overheid, maar vooral worden gestimuleerd om hun klanten zo goed mogelijk te bedienen. Het moeten opereren op een markt biedt deze stimulans en daarom is met de Wmg gekozen voor gereguleerde marktwerking als centrale uitgangspunt voor de organisatie van de gezondheidszorg<sup>14</sup>. Het belang van de consument staat hierbij voorop. In de Wmg staat dat zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars een informatieverplichting hebben. Zorgaanbieders moeten patiënten goed informeren over de prijs, de kwaliteit en andere eigenschappen van aangeboden zorg. Zo kan de consument bewust kiezen voor een bepaalde behandeling, een bepaald ziekenhuis of een verzekering. Verder regelt de Wmg ook het toezicht op alle zorgmarkten (zorgverzekering, zorginkoop én zorgverlening), op de ontwikkeling van deze markten en op formuleren en procedures in de zorg. Alle prestaties en tarieven die eerst onder de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) vielen, vallen nu onder de Wmg.

Met de Wmg is er meer ruimte voor marktwerking. Hierbij blijft de overheid de *toegankelijkheid*, *kwaliteit*, en *betaalbaarheid* van de zorg garanderen. Deze begrippen worden binnen dit advies als volgt uitgelegd:

#### *Toegankelijkheid*

Een maximalisatie van de toegankelijkheid van de zorg (waarborgen van aanbod). Omdat het ambulancevervoer primair gericht is op acute zorg dient deze zorg 24 uur per dag, 365 dagen per jaar toegankelijkheid te zijn. Om dit voor elkaar te krijgen is het dus belangrijk dat de continuïteit van de ambulancezorg gewaarborgd wordt. In het vervolg van dit advies wordt de term continuïteit gebruikt.

#### *Kwaliteit*

Een optimalisatie van de kwaliteit van de zorg, zo hoog mogelijke kwaliteit van product en diensten.

#### *Betalbaarheid*

<sup>14</sup> Minister van VWS, Wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg, Memorie van Toelichting, 18 juli 2005.

De kosten van de ambulancezorg dienen in verhouding te staan met de geleverde kwaliteit. De kosten van de zorg zijn afhankelijk van de efficiency van de aanbieders. In het verlengde van betaalbaarheid ligt de term doelmatigheid. Doelmatigheid gaat in op het zo efficiënt mogelijk besteden van middelen om de betaalbaarheid te garanderen en de kosten te minimaliseren. In het vervolg van dit advies wordt de term doelmatigheid gebruikt.

Zoals in hoofdstuk 1 beschreven heeft de Minister aangegeven dat het huidige bekostigingsmodel voor de ambulancezorg te weinig doelmatigheidsprykkels bevat en onvoldoende transparant is. Het introduceren van meer doelmatigheidsprykkels kan echter ook leiden tot risico's voor de continuïteit en kwaliteit van de ambulancezorg. Kernvraag hierbij is:

*Hoe ver kan de overheid gaan met het introduceren van doelmatigheidsprykkels zonder dat er (te grote) risico's voor de kwaliteit en continuïteit van de ambulancezorg ontstaan?*

Doelmatigheidsprykkels kunnen de kwaliteit van de ambulancezorg bevorderen. Dit is het geval als doelmatigheidsprykkels ertoe leiden dat met een bepaald budgettair beslag meer kwaliteit kan worden geboden of dat een bepaald niveau van kwaliteit met minder middelen gerealiseerd kan worden. Als meer inzicht wordt gegenereerd in deze verbanden, zal de beheersbaarheid van de ambulancezorg toenemen. Verder kan het ook zo zijn dat doelmatigheid enerzijds en kwaliteit en continuïteit van de ambulancezorg anderzijds met elkaar concurrerende beleidsdoelen zijn, zodat er sprake is van een 'afruïl'. Het is daarom goed om bij de beoordeling van de bekostigingsmodellen nader in te gaan op de volgende potentiële effecten van een vergrote doelmatigheidsprykkel:

- als aanbieders zeer sterk geprikkeld worden om de in economisch opzicht gunstigste aanbidding in te dienen, kan het zijn dat zij in de uitvoering tegen, al dan niet onvoorziene, omstandigheden aanlopen die ernstige exploitatieproblemen veroorzaken. Als aanbieders failliet gaan of door exploitatieproblemen het nagestreefde niveau van spreiding en beschikbaarheid niet meer kunnen garanderen, kan een serieus continuïteitsprobleem optreden;
- sterke doelmatigheidsprykkels kunnen om dezelfde reden mogelijk ook leiden tot kwaliteitsverlies. Gedwongen door exploitatieproblemen, kunnen aanbieders besluiten concessies te doen aan kwaliteit.

### **3.1.2 Afwegingscriteria bij keuze van bekostigingsmodel**

Hierna formuleren wij de belangrijkste beleidsmatige doelen op basis waarvan de verschillende bekostigingsmodellen getoetst kunnen worden. Deze doelen zijn deels afgeleid uit de Wmg en de toelichting van de Minister van VWS in de opdrachtbrief aan de NZa. Dit betreft de criteria van continuïteit, als basis voor de gewenste toegankelijkheid van de zorg, kwaliteit en doelmatigheid, waarbij doelmatigheid sterk gerelateerd is aan betaalbaarheid van de zorg. Bovendien vindt de NZa dat ook de mogelijke effecten op het innovatieve gehalte van de ambulancezorg en de mate waarin aanbieders denken vanuit een langetermijnperspectief belangrijke afwegingscriteria zijn. Tot slot is ook het effect op de rijksbegroting een relevant afwegingscriterium.

Samengevat leidt dit tot het volgende afwegingskader:

**Tabel 3.1 Overzicht van te hanteren beoordelingscriteria**

	criterium	Toelichting
1	Waarborgen van de continuïteit van de ambulancezorg	Het bieden van zekerheid over de continuïteit van de ambulancezorg is essentieel. De continuïteitswaarborg geldt het gehele jaar, voor alle regio's en is bovendien gekoppeld aan een nader te bepalen niveau van de kwaliteit van de dienstverlening. Omdat de zorg voor het overgrote deel gekenmerkt wordt door een acuut karakter is continuïteit van de zorg nog belangrijker dan bij electieve zorg.
2	Stimuleren van de kwaliteit van de ambulancezorg	Naast het borgen van de continuïteit is het stimuleren van kwaliteit voor de Minister de belangrijkste beleidsdoelstelling. Kwaliteit is het geheel van eigenschappen en kenmerken van een product of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgestelde of vanzelfsprekende behoeften. <sup>15</sup>
3	Stimuleren van de doelmatigheid	Op welke wijze draagt het bekostigingsmodel bij aan de doelmatigheid van de zorg? Wordt gestimuleerd dat met een bepaald niveau aan middelen een kwalitatief betere zorg geboden kan worden of kan een bepaald niveau van zorg met minder middelen gerealiseerd worden?
4	Bevorderen van innovatie	Idealiter stimuleert een bekostigingsmodel innovatie en vernieuwing van de ambulancezorg. Voorkomen moet worden dat er negatieve effecten van een bekostigingsmodel op de innovatie optreden.
5	Stimuleren van duurzaamheid, langetermijnperspectief	Idealiter stimuleert een bekostigingsmodel duurzaamheid en prikkelt het een aanbieder om te investeren voor de lange termijn. Zulke investeringen bevorderen de kwaliteit en doelmatigheid van het toekomstige aanbod van de ambulancezorg.
6	Effect op de rijksbegroting	Idealiter draagt een bepaald bekostigingsmodel bij aan een goede en betere beheersing van de benodigde publieke middelen, met bij voorkeur een gunstig effect op het macrobudget.

Bron: NZa

De verschillende bekostigingsmodellen worden beoordeeld op basis van deze zes criteria. Hoogste prioriteit hebben hierbij, zoals in de opdrachtbrief van de Minister aangegeven, het waarborgen van de continuïteit en de kwaliteit van de ambulancezorg.

## 3.2 Wettelijk kader en implicatie voor beleidsruimte

### 3.2.1 Spectrum bekostiging

Vanwege de kosten van de regulering kan de overheid kiezen tussen het zelf uitvoeren van ambulancezorg of de taak beleggen bij een derde. In de WAZ is aangegeven dat de taak in eerste instantie belegd dient te worden bij derden. Pas als de Minister in een regio geen rechtspersoon kan vinden waaraan verantwoord een vergunning verleend kan worden, zal de Minister zelf een rechtspersoon oprichten voor het uitvoeren van de ambulancetaak. Op basis van deze keuze zullen er overeenkomsten gesloten moeten worden tussen de vergunningverlener en de ontvangers van de vergunningen. De vergunningverlener dient erop toe te zien dat in het te hanteren PvE bij de verdeling van de vergunningen en in de daarna op te stellen overeenkomsten met de aanbieders voldoende heldere prikkels zijn vastgelegd om te waarborgen dat de uitvoerende ambulancediensten daadwerkelijk 'doen wat zij zouden moeten doen' en dit dan bij voorkeur op de meest doelmatige wijze.

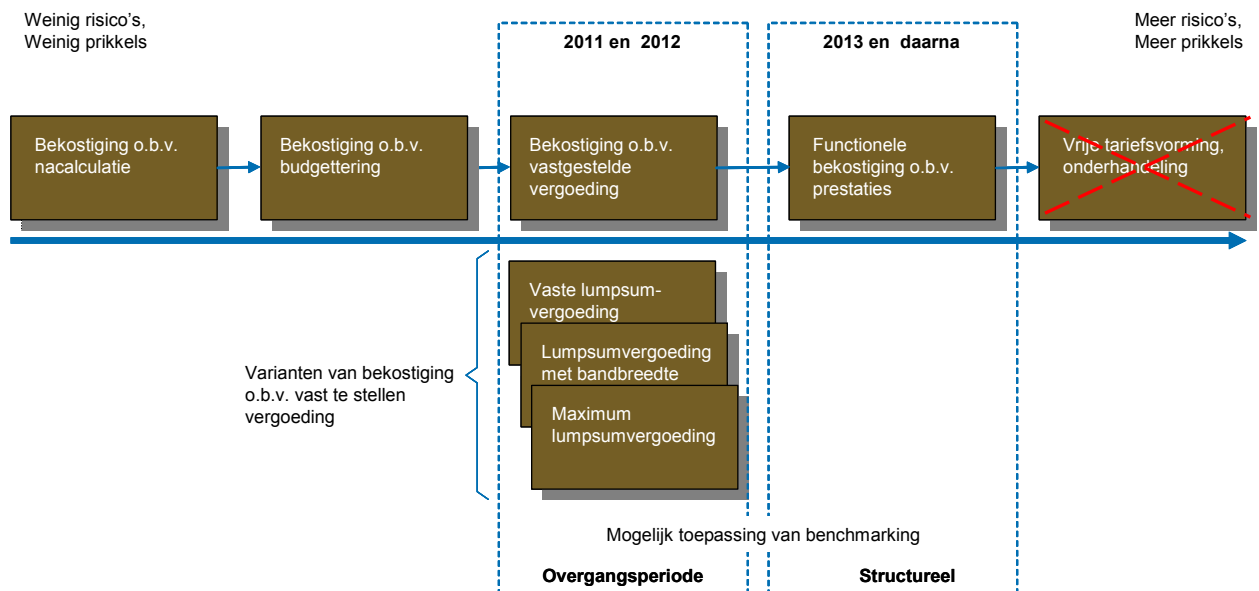
<sup>15</sup> Het omvat bijvoorbeeld nakomen van de 15 minutenregel, bezetting (omvang en opleidingsniveau) van de bemensing van ambulances, type en ouderdom van de ambulances, mate waarin behandelprotocollen worden nageleefd en dergelijke.

Het ontwerpen van zo'n overeenkomst is een complexe taak gegeven de uiteenlopende belangen van de betrokken partijen.

Het spectrum van denkbare bekostigingsmodellen wordt schematisch weergegeven in figuur 3.1. Hierbij zijn beide uitersten voor de nu te maken keuzes niet aan de orde. Een model waarin nacalculatie is opgenomen, bevat te weinig doelmatigheidsprikkels. Aan de andere zijde van het spectrum is ook een model op basis van volledig vrije tariefsvorming niet aan de orde. Dit vloeit voort uit de keuze om per regio één aanbieder te selecteren als beste waarborg voor de continuïteit van de ambulancezorg en het optimaal kunnen organiseren van deze zorg en de keuze om aan deze aanbieders een vergunning voor onbepaalde tijd te geven. Op basis van deze vergunning ontstaat er per veiligheidsregio een monopolist waarmee het risico voor de betaalbaarheid van de ambulancezorg op basis van vrije tarieven te hoog wordt.

Relevante keuzemogelijkheden zijn dan bekostiging op basis van een lumpsum vergoeding en prestatiebekostiging.

**Figuur 3.1. Mogelijke bekostigingsmodellen**



Bron: NZa

In grote lijnen bieden de bekostigingsmodellen rechts in bovenstaande figuur meer doelmatigheidsprikkels. Daar staat tegenover dat aan deze modellen ook meer risico's kleven voor continuïteit en kwaliteit van de ambulancezorg. Vanuit deze constatering is in paragraaf 3.1 de kernvraag ook geformuleerd in termen van een te maken afruil: hoever kunnen we gaan met het introduceren van doelmatigheidsprikkels zonder dat er te grote risico's ontstaan voor continuïteit en kwaliteit van de ambulancezorg?

In bovenstaande figuur wordt prestatiebekostiging onderscheiden van een model met vrije tariefsvorming, op basis van onderhandeling. Het laatste model kan worden gezien als de doorontwikkeling van prestatiebekostiging, maar voor prestatiebekostiging is vrije tariefsvorming en concurrentie niet noodzakelijk.

Gelet op de door de Minister bepaalde uitgangspunten van één aanbieder per veiligheidsregio met een vergunning voor onbepaalde tijd, is vrije tariefsvorming niet aan de orde.

Wel is het mogelijk en dus te bezien of binnen de kaders van deze uitgangspunten een directer verband gelegd kan worden tussen door aanbieders te leveren prestaties en daarvoor te ontvangen financiële middelen.

### 3.2.2 Rol verzekeraar

Door de Minister is aangegeven dat de rol van de verzekeraars op basis van de WAZ zou moeten toenemen ten opzichte van de huidige wet. De Minister formuleert in de Memorie van Toelichting bij de WAZ onder meer als doel dat de verzekeraars een wettelijke zorgplicht hebben om voldoende kwalitatief verantwoorde ambulancezorg in te kopen. Verzekeraars zouden op basis van hun kennis van de lokale en regionale situatie de doelmatigheid van de zorg kunnen bevorderen. Tevens zouden zorgverzekeraars op basis van hun rol in de gehele keten van acute zorg goede afspraken moeten kunnen maken over de vorming van de zorg en de triagesystemen. Hierbij zouden de verzekeraars kunnen zorg dragen voor een optimale substitutie tussen de verschillende schakels in de keten van acute zorg, bijvoorbeeld de afweging of een ambulancepost efficiënter is dan een SEH. Bovendien zouden zij kunnen voorzien in de aansluiting tussen de verschillende schakels in de keten van de acute zorg.

De rol van de verzekeraars zou hierbij kunnen liggen in:

- het beoordelen van het PvE en de regionale ambulanceplannen;
- het maken van bekostigingsafspraken;
- het maken van afspraken over ambulancevervoer, zoals doelmatige inzet van ambulances voor spoedvervoer en besteld vervoer;
- het maken van afspraken over de inzet van extra middelen voor de verbetering van de beschikbaarheid in bepaalde regio's.

In dit advies zal de NZa onderzoeken in hoeverre het voor een verzekeraar mogelijk is zo'n rol te vervullen en hierbij ook ingaan op mogelijke wettelijke knelpunten.

### 3.2.3 Risico's van vergunning voor onbepaalde tijd

Eén van de uitgangspunten voor het door de NZa op te stellen advies over de bekostiging van de ambulancezorg is, dat de vergunningen worden vergeven voor onbepaalde tijd. De idee hierachter is dat daarmee een waarborg gecreëerd wordt voor de continuïteit van de ambulancezorg. Deze keuze heeft echter als consequentie dat de positie van de aanbieders relatief sterk wordt, zeker in combinatie met de eveneens gemaakte keuze voor het selecteren van één uitvoerder per regio. Deze relatief sterke positie van de aanbieders maakt het lastig om met de aanbieders te onderhandelen, waarbij dit in principe onafhankelijk is van de vraag wie dan deze onderhandelingen voeren: overheid of zorgverzekeraars.

De keuze voor vergunningen voor onbepaalde tijd stimuleert ook dat potentiële aanbieders misschien zeer ver willen gaan om de vergunning zeker te stellen. Dit kan resulteren in strategisch biedgedrag waarbij door aanbieders mogelijk bewust beneden hun kostprijs wordt aangeboden, waarbij zij er dan vanuit zouden kunnen gaan dat uiteindelijk de vergunningverlener zal bijspringen. De vergunningverlener dient deze mogelijkheid expliciet uit te sluiten in het PvE en daarmee te accepteren dat individuele aanbieders failliet kunnen gaan.

De continuïteit van het systeem van ambulancezorg is essentieel, niet de continuïteit van individuele aanbieders. Dit laat onverlet dat wel nagedacht moet worden door de vergunningverlener hoe de continuïteit van de ambulancezorg kan worden gewaarborgd als daadwerkelijk een individuele aanbieder failliet gaat.



## 4. Bekostigingsmodel 2011/2012

In paragraaf 3.2 is het spectrum geschetst voor de bekostiging van ambulancezorg. Daar is geconcludeerd dat bekostiging op basis van nacalculatie en op basis van vrij prijzen niet aan de orde zijn. In de opdrachtbrief is aangegeven dat de bekostiging voor 2011 en 2012 op basis van een lumpsumvergoeding moet plaatsvinden. Paragraaf 4.1 beschrijft wat dit inhoudt. Paragraaf 4.2 beschrijft en beoordeelt de bekostigingsmodellen met in de paragrafen 4.3 tot en met 4.5 een verdieping over continuïteit, kwaliteit en doelmatigheid. In paragraaf 4.6 volgt het advies over de bekostiging 2011/2012.

### 4.1 Wat is een lumpsumvergoeding?

Een lumpsumvergoeding houdt in dat een aanbieder voor de uitvoering van de zorgtaak een vooraf overeengekomen vergoeding ontvangt. Dit betekent dat de aanbieder middelen krijgt om de ambulancezorg in de veiligheidsregio naar eigen inzicht in te richten en daarmee te garanderen. Hiervoor wordt gekozen omdat aanbieders zelf het beste kunnen bepalen op welke wijze de zorg ingevuld dient te worden en op welke wijze de hoogste kwaliteit tegen de laagste prijs gerealiseerd kan worden. Op basis van de lumpsumvergoeding ontstaat voor een aanbieder meer ruimte om gebruik te maken van eigen kennis en creativiteit. De huidige sturende kostenverdeling - personeelskosten, materiële kosten, kapitaalslasten en overige kosten - komt met de lumpsum vergoeding te vervallen. Een ander kenmerk van lumpsum vergoeding is dat er geen sprake is van nacalculatie. De aanbieder zal er zelf zorg voor moeten dragen dat de uitgaven aansluiten op de overeengekomen lumpsumvergoeding. Omdat een winstoogmerk is toegestaan, mag een aanbieder eventuele besparingen ten opzichte van de lumpsum vergoeding uitkeren als winst.

Met een overgang naar lumpsum bekostiging verschuift het financiële risico in belangrijke mate van de overheid naar de aanbieders<sup>16</sup>.

### 4.2 Bekostigingsmodellen

In onderstaande subparagrafen zullen de verschillende mogelijkheden van lumpsumvergoeding beschreven worden met de in paragraaf 3.1.2 beschreven beoordelingscriteria. Wij gaan in op de volgende varianten:

- vaste lumpsumvergoeding;
- maximum lumpsumvergoeding;
- lumpsumvergoeding met een bandbreedte.

#### 4.2.1 Vaste lumpsumvergoeding

Bij een bekostiging op basis van een vaste lumpsumvergoeding stelt de vergunningverlener vooraf de hoogte van de lumpsumvergoeding vast. Een aanbieder wordt geacht op basis van deze lumpsumvergoeding zorg te leveren volgens vooraf overeengekomen kwaliteitseisen. De potentiële aanbieders kunnen zich niet onderscheiden op prijs, maar wel op de mate waarin zij voldoen aan de kwaliteitseisen. Omdat de vergunningverlener vooraf zelf de hoogte van de vergoeding bepaalt, is deze ook volledig verantwoordelijk voor de toereikendheid daarvan.

---

<sup>16</sup> Hierbij moet gedacht worden aan volumerisico, prijsrisico, bestedingsrisico, etc.

**Tabel 4.1. Beoordeling vaste lumpsumvergoeding**

	<b> criterium</b>	<b> Toelichting</b>
1	Waarborgen van de continuïteit van de ambulancezorg	Aanbieder kan failliet gaan als tekort op exploitatie groot en/of structureel is, waarbij de kans daarop uiteraard afhankelijk is van de hoogte van het vast te stellen budget. Als het vaste budget 'voldoende hoog' wordt vastgesteld, is het risico (zeer) beperkt.
2	Stimuleren van de kwaliteit van de ambulancezorg	Bij een keuze voor een vast lumpsum budget wordt niet geconcurrereerd op de prijs, maar wel op kwaliteit. Vooraf dienen goede afspraken over de kwaliteit gemaakt te worden. De ruimte om kwaliteitsafspraken te maken wordt hierbij beperkt door de ruimte zoals deze geboden wordt in de vaste lumpsumvergoeding. Vanwege de beperking in de middelen kan het zijn dat niet alle initiatieven uitgevoerd kunnen worden.
3	Stimuleren van de doelmatigheid	De doelmatigheidsprikkel is primair afhankelijk van de hoogte van de door de vergunningverlener vast te stellen lumpsum vergoeding. als de vergunningverlener op dit punt zeer voorzichtig is, zijn er geen of maar beperkte doelmatigheidsprijkkels. Daarnaast is er een secundaire prikkel voor de aanbieder na vaststelling van de lumpsum vergoeding door de vergunningverlener. Als hij de ambulancezorg nog doelmatiger kan organiseren, mag hij vanwege het toegestane winstoogmerk dit verschil behouden. Eventuele kostenoverschrijdingen ten opzichte van de vaste lumpsumvergoeding zullen niet gecompenseerd worden.
4	Bevorderen van innovatie	Een sterke doelmatigheidsprikkel kan ten koste gaan van innovatie. Innovatieve projecten worden mogelijk niet opgestart als innovatie niet direct meetbare voordelen oplevert en/of een kostenverhogend effect heeft (maar mogelijk wel kwaliteitsvoordelen) en de grenzen van de vaste vergoeding in zicht komen. Daar staat tegenover dat snel te realiseren, kostenverlagende innovaties waarschijnlijk eerder van de grond komen. Bij de berekening van de vaste lumpsumvergoeding kan overwogen worden dan een component voor innovatie op te nemen. Het is echter lastig om hier een onderbouwde component voor te berekenen omdat over de kosten van innovatie geen adequate sturingsinformatie beschikbaar is.
5	Stimuleren van duurzaamheid, langetermijn-perspectief	De vergunning voor onbepaalde tijd zou investeringen met een langetermijnperspectief moeten stimuleren. Net als bij innovatie kan de doelmatigheidsprikkel er voor zorgen dat instellingen niet bereid zijn investeringen te plegen voor de lange termijn. Alleen investeringen waar snel rendement op behaald kan worden blijven interessant. Dit kan een risico opleveren voor de kwaliteit en doelmatigheid van het toekomstige ambulancevervoer. Bij de berekening van de vaste lumpsumvergoeding kan dan overwogen worden een component voor de lange termijn investeringen op te nemen, maar voor een 'duurzaamheidscomponent' geldt hetzelfde als voor een 'innovatiecomponent', namelijk dat harde sturingsinformatie ontbreekt om de hoogte daarvan goed te kunnen vaststellen.
6	Effect op de rijksbegroting	Met de vaststelling van de vaste lumpsumvergoeding door de vergunningverlener kunnen de uitgaven aan de zorg direct door de overheid beïnvloed worden.
	<i>Voorlopig oordeel</i>	Een vaste lumpsumvergoeding kan de doelmatigheid stimuleren als de vergunningverlener op dit vlak ambitieus is. Hij zal daarbij deze doelmatigheidswinst moeten afwegen tegen mogelijke consequenties op de continuïteit en de kwaliteit. Als de aanbieder slaagt de kosten te beperken tot beneden de vaste lumpsum vergoeding, dan mag hij deze winst behouden. Deze mogelijke doelmatigheidswinst is niet terug te zien in de rijksbegroting, doordat het wegvloeit via de winst van de ambulancedienst. Dit model gaat logischerwijs samen met selectie van de vergunninghouder op basis van kwaliteit. Hiervan kan een positieve impuls op de kwaliteit uitgaan.

Bron: NZa

#### 4.2.2 Maximum lumpsumvergoeding

In dit model stelt de vergunningverlener niet meer voorafgaand aan de selectie de lumpsumvergoeding vast, maar worden de geïnteresseerde partijen uitgenodigd om zelf te bepalen 'waar zij het voor kunnen doen'.

In dit model bepaalt de vergunningverlener welk bedrag per veiligheidsregio maximaal uitgegeven kan worden. Als de gegadigden inschatten dat er veel belangstelling is, zal dit resulteren in scherpe aanbiedingen en dus per saldo een sterke doelmatigheidsprikkel. In combinatie met de vergunning voor onbepaalde tijd kan dit ook leiden tot strategisch biedgedrag waarbij partijen bewust hun doelmatigheid overschatten om de vergunning zeker te stellen. De NZa beoordeelt dit model als volgt:

**Tabel 4.2. Beoordeling maximum lumpsumvergoeding**

	<b> criterium</b>	<b> Toelichting</b>
1	Waarborgen van de continuïteit van de ambulancezorg	Net als bij een vaste lumpsumvergoeding is er in dit model een continuïteitsrisico. Dit continuïteitsrisico kan door de aanbieder zelf beïnvloed worden. Dit risico is groter omdat aanbieders misschien te laag offrenen vanuit strategische overwegingen of omdat zij de werkelijke kosten niet voldoende kunnen inschatten. Een ander continuïteitsrisico ontstaat als de vergunningverlener het niveau van de maximum lumpsumvergoeding dermate laag vaststelt, dat geen van de potentiële uitvoerders het hiervoor kan of wil doen.
2	Stimuleren van de kwaliteit van de ambulancezorg	Over de kwaliteit zijn er in ieder geval twee effecten: <ul style="list-style-type: none"> <li>– de relatief sterke doelmatigheidsprikkel kan ten koste gaan van de kwaliteit van de uitvoering van de ambulancezorg. Eén en ander is ook afhankelijk van de eisen die in het PvE bij de totstandkoming van de lumpsumvergoeding op dit vlak worden gesteld;</li> <li>– de vergunningverlener kan ervoor kiezen om bij de vaststelling van de lumpsumvergoeding relatief veel gewicht toe te kennen aan de kwaliteit in verhouding tot de prijs. De doelmatigheidsprikkel wordt dan gedempt en de kwaliteitsprikkel versterkt.</li> </ul> Het effect dat per saldo optreedt op de kwaliteit van de ambulancezorg is op voorhand niet volledig in te schatten. Veel is afhankelijk van het relatieve gewicht van prijs en kwaliteit bij de totstandkoming van de lumpsumvergoeding. Als er een groot gewicht aan de kwaliteit wordt toegekend, kan het systeem veel ruimte bieden aan aanbieders om de kwaliteit te verbeteren.
	<b>Stimuleren van de doelmatigheid</b>	Ongeacht hoe de verhouding prijs/kwaliteit wordt belegd zal het systeem aanbieders prikkelen om na te denken over de hoogte van de kosten in combinatie met de wenselijkheid (en risico) van een bepaald aspect van het zorgproces. De doelmatigheidsprikkel is in principe sterker dan in een model dat uitgaat van een vaste lumpsum vergoeding. De prikkel wordt groter naarmate de prijs relatief meer gewicht krijgt bij de selectie en als er sprake is van een situatie van veel gegadigden in combinatie met een relatief lage maximum lumpsum vergoeding. Strategisch bieden beneden kostprijs is een risico.
4	<b>Bevorderen van innovatie</b>	Een sterke doelmatigheidsprikkel kan, net als dit het geval is voor de kwaliteit, ten koste gaan van innovatie die zichzelf onvoldoende snel terugverdient. Hier staat tegenover dat kostenbesparende innovatie naar verwachting eerder tot stand zal komen. In het systeem zal dan ook goed gekeken moeten worden naar het gewicht dat wordt gehangen aan de beoordeling van innovatie.
5	<b>Stimuleren van duurzaamheid, langetermijn-perspectief</b>	De vergunning voor onbepaalde tijd zou investeringen met een langetermijnperspectief moeten stimuleren. Een sterke doelmatigheidsprikkel kan, net als dit het geval is voor de kwaliteit, ten koste gaan van de duurzaamheid en bereidheid om te investeren voor de lange termijn. In het systeem zal dan ook goed gekeken moeten worden naar het gewicht dat wordt gehangen aan de beoordeling van de duurzaamheid.
6	<b>Effect op de rijksbegroting</b>	Omdat de doelmatigheidsprikkel relatief sterk is, kan er mogelijk een positieve effect optreden op het macrobudget. De totale uitgaven zijn echter pas bekend nadat alle overeenkomsten zijn gesloten. Hierbij heeft de overheid in ieder geval de garantie dat de kosten niet boven een vooraf opgesteld kader uitstijgen.
<b>Voorlopig oordeel</b>		Bekostigingsmodel met in beginsel de meeste doelmatigheidsprijkkels. De risico's op het vlak van continuïteit en kwaliteit zijn echter ook groter dan bij een keuze voor bekostiging op basis van een vast lumpsum budget (althans als het niveau van niet zeer laag wordt vastgesteld). Voor de uiteindelijke beoordeling is ook van belang hoe hoog de maximum lumpsum vergoeding wordt en op welke wijze wordt omgegaan met de te stellen kwaliteitseisen.

Bron: NZa

### 4.2.3 Lumpsumvergoeding met bandbreedte

Een manier om het continuïteitsrisico te beperken en te voorkomen dat een te grote prijsdruk ontstaat die ten koste kan gaan van de kwaliteit, is om uit te gaan van een bandbreedte. Bij een systeem op basis van een lumpsum budget met een bandbreedte, moeten aanbieders een offerte indienen die qua prijs tussen een minimum- en een maximumbedrag ligt. Het hanteren van een ondergrens heeft als doel te voorkomen dat aanbieders dermate 'lage' kosten ramen, dat dit uiteindelijk ten koste kan gaan van de kwaliteit van de ambulancezorg. De bovengrens stimuleert doelmatigheid van de dienstverlening door druk op de prijs van de ambulancezorg te zetten.

Dit bekostigingsmodel kan gecombineerd worden met een vast en door de vergunningverlener voorafgaand aan de selectie vastgesteld kwaliteitsniveau, maar ook met variabele kwaliteitseisen zodat aanbieders zich ook op kwaliteit kunnen profileren. Als gekozen wordt voor variabele kwaliteitseisen, compliceert dit het selectieproces van de uitvoerder van de ambulancezorg wel in die zin dat dan 'een beetje extra kwaliteit' moet worden afgewogen tegen 'een wat hogere prijs'. Op deze problematiek wordt ingegaan in hoofdstuk 7 als de mogelijke verdeelwijzen van de vergunningen nader worden beschreven. In deze variant wordt het financiële risico gelegd bij de aanbieder bij de acceptatie van het aanbod door de vergunningverlener.

Belangrijk verschil met het hiervoor beschreven bekostigingsmodel op basis van een maximum lumpsum budget, is dat de ondergrens wordt bepaald door de overheid en niet (volledig) door de concurrentie tussen de biedende partijen. Hiermee wordt het risico beperkt dat aanbieders dermate op de kosten willen besparen, dat dit uiteindelijk ten koste gaat van de kwaliteit. Het is echter niet eenvoudig om deze ondergrens te bepalen:

- als de ondergrens vanwege zorgen om de kwaliteit en de continuïteit van de dienstverlening relatief hoog wordt vastgesteld, dan heeft dit bekostigingsmodel maar beperkte meerwaarde voor de beoogde doelmatigheid en kostenbeheersing;
- als de ondergrens relatief laag wordt vastgesteld, dan is er een stevige doelmatigheidsprikkel die zoals gesteld ten koste kan gaan van de kwaliteit en/of leidt tot ongewenste druk op de arbeidsvoorwaarden. Het verschil met een bekostigingsmodel op basis van een maximum lumpsum budget is dan de facto niet zo groot.

Tabel 4.3 geeft de beoordeling van een lumpsumvergoeding met een bandbreedte weer.

**Tabel 4.3. Beoordeling lumpsumvergoeding met bandbreedte**

	Criterion	Toelichting
1	Waarborgen van de continuïteit van de ambulancezorg	Als de benedengrens niet te laag wordt vastgesteld, kunnen de continuïteitsrisico's effectief worden beperkt.
2	Stimuleren van de kwaliteit van de ambulancezorg	Het effect op de kwaliteit is afhankelijk van de vraag of deze vooraf vastgelegd wordt door de vergunningverlener dan wel dat er enige mate van variabiliteit wordt toegepast. Er spelen wederom twee effecten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- als de doelmatigheidsprikkel relatief sterk is door een laag vastgestelde benedengrens, kan dit in de uitvoeringspraktijk ten koste gaan van de kwaliteit;</li> <li>- als de aanbieders enige mate van vrijheid krijgen om zich ook op de kwaliteit te profileren, dus als de kwaliteit variabel is, dan wordt de creativiteit van de aanbieders op dit punt benut, wat ook tot een positieve impuls kan leiden.</li> </ul> Wat het effect per saldo zal zijn, is op voorhand niet goed in te schatten en is ook afhankelijk van de hoogte van de te hanteren boven- en benedengrens van het budget.
3	Stimuleren van de doelmatigheid	De doelmatigheidsprikkel is afhankelijk van de hoogte van de te hanteren boven- en vooral benedengrens voor het budget. Verder is van belang in welke mate bij de selectie van de aanbieder wordt geselecteerd op basis van kwaliteit dan wel kosten.
4	Bevorderen van innovatie	Een sterke doelmatigheidsprikkel kan ten koste gaan van innovatie die zichzelf onvoldoende snel terugverdient. Een niet al te lage ondergrens van de bandbreedte beperkt dit risico.
5	Stimuleren van duurzaamheid, langetermijnperspectief	De vergunning voor onbepaalde tijd zou investeringen met een langetermijnperspectief moeten stimuleren. Een sterke doelmatigheidsprikkel kan, net als dit het geval is voor de kwaliteit, ten koste gaan van de duurzaamheid en bereidheid om te investeren voor de lange termijn. Binnen het systeem zal dan ook goed gekeken moeten worden naar het gewicht dat wordt gehangen aan de beoordeling van de duurzaamheid.
6	Effect op de rijksbegroting	Het effect op de rijksbegroting is afhankelijk van het niveau van de vooraf te bepalen boven- en benedengrens van bandbreedte. De totale uitgaven zijn echter pas bekend nadat alle overeenkomsten zijn gesloten. Hierbij heeft de overheid in elk geval de garantie dat de kosten niet boven een vooraf opgesteld kader uitstijgen.
<i>Voorlopig oordeel</i>		Een bekostigingsmodel dat uitgaat van een bandbreedte voor het vast te stellen lumpsum budget, kan in principe de meeste zekerheid bieden voor continuïteit en kwaliteit van de ambulancezorg. Het effect op de doelmatigheid is vooral afhankelijk van de hoogte van de benedengrens, waarbij uiteindelijk een trade off ontstaat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- als de benedengrens relatief hoog wordt vastgesteld, levert het model weinig doelmatigheidspririkkels op;</li> <li>- als de benedengrens laag wordt vastgesteld, zijn de risico's voor continuïteit en kwaliteit relatief groot.</li> </ul>

Bron: NZa

#### 4.2.4 Voorlopig oordeel

In voorgaande subparagrafen zijn de drie verschillende lumpsum varianten beoordeeld op basis van zes criteria. Het bekostigingsmodel op basis van een vaste lumpsum verdient naar de mening van de NZa niet de voorkeur. In dit model bepaalt de vergunningverlener het benodigde budget en neemt daarmee de verantwoordelijkheid op zich dat de berekende vergoeding in de praktijk ook toereikend is. De keuze om zelf de hoogte van de lumpsumvergoeding te bepalen verhoudt zich verder slecht met de wens om optimaal gebruik te maken van de in de markt aanwezige kennis en informatie. Het veronderstelt bovendien dat de vergunningverlener goed zicht heeft op de kostenopbouw van de ambulancezorg.

Gelet op de situatie van asymmetrische informatie, waarbij aanbieders beter zicht hebben op de uitvoeringspraktijk en de benodigde kosten, ligt hier een risico<sup>17</sup>.

Tevens worden aanbieders beperkt geprikkeld om na te denken over de doelmatigheid omdat de vergunningverlener de hoogte van de lumpsumvergoeding bepaalt. De doelmatigheidspririkkels zijn dan beperkt, waarbij een en ander uiteraard ook afhankelijk is van de hoogte van de lumpsumvergoeding.

De modellen op basis van een maximumvergoeding of een vergoeding met een bandbreedte bieden wel mogelijkheden om gebruik te maken van de in de sector aanwezige kennis en informatie. Beide modellen bieden aanbieders ruimte om een afweging te maken tussen de benodigde middelen en de eisen die ingevuld kunnen worden door de aanbieders.

Om een keuze te maken tussen de een maximumlumpsum en een bandbreedte lumpsum dient er nadere beoordeling plaats te vinden van de risico's voor continuïteit, kwaliteit en doelmatigheid.

### 4.3 Nadere beoordeling continuïteitsrisico's

Een faillissement van een ambulancedienst tast de continuïteit van de dienstverlening aan<sup>18</sup>. Het niet meer kunnen voldoen aan verplichtingen betekent in principe stopzetting van de ambulancezorg door deze ambulancedienst waarmee de acute dienstverlening door deze aanbieder in gevaar komt. Hierbij is het belangrijk om onderscheid te maken in de continuïteit van de zorg en de continuïteit van de aanbieder. De NZa is van mening dat de continuïteit van de zorg gegarandeerd moeten worden en niet de continuïteit van de aanbieder.

Zoals in de voorgaande paragrafen is beschreven verschillen de continuïteitsrisico's tussen de twee modellen. In deze paragraaf zal beschreven worden welke risico's vooral van belang zijn, op welke wijze de risico's belegd moet worden tussen vergunningverlener, in casu de overheid, en de vergunningontvanger en hoe het risico beperkt kan worden.

Als mogelijke risico's over de continuïteit van de ambulancezorg kunnen worden onderkend:

- het risico dat marktpartijen geen interesse tonen, bijvoorbeeld omdat de maximum lumpsumvergoeding te laag is vastgesteld of in het geval van een bandbreedte dat de bovengrens te laag is vastgesteld;
- risico dat een aanbieder vanwege een te scherp bod of anderszins dermate grote exploitatieproblemen krijgt, dat deze failliet gaat<sup>19</sup>.

Het eerste risico is op basis van de huidige informatie beperkt en bij het eventuele optreden van dit risico kan het probleem voor de daadwerkelijke ingang van de vergunningsperiode opgelost worden.

<sup>17</sup> Voor een nauwkeurige berekening van een vast lumpsumbedrag is een doelmatigheids-onderzoek nodig, waarbij de kwaliteitseisen bekend moeten zijn om er een prijs aan te kunnen koppelen. Het kader van de kwaliteitseisen, het PvE, werd echter gedurende de adviesperiode van de NZa uitgewerkt waardoor de benodigde afbakening van het onderzoek ontbrak.

<sup>18</sup> Wij gaan in deze notitie voorbij aan eventuele status van surseance van betaling.

<sup>19</sup> Wij verwijzen hier ook naar het recente advies van de NZa, *Zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel: early warning systeem en mogelijkheden voor staatssteun*, juni 2009.

Bij de beperking van het risico speelt vooral mee dat bekend is welke kosten gepaard gaan met de uitvoering van een kwalitatief goede ambulancezorg in de diverse regio's. Als op basis van de bovengrens geen aanbieder bereid gevonden kan worden om de taak op zich te nemen kan besloten worden het bedrag naar boven aan te passen of voor de uitvoering een eigen rechtspersoon op te richten. Bovenstaande geldt zowel voor een maximum variant en voor de bandbreedte variant.

Het tweede risico is naar onze mening reëler. Het belang van de vergunning van onbepaalde tijd en de beschikbare kennis van een aanbieder zijn belangrijke factoren voor de hoogte van het risico. Vanwege het belang van de vergunning kan een aanbieder uit strategisch oogpunt ervoor kiezen zijn kosten te onderschatten en zijn doelmatigheidspotentie te overschatten. Bij het verschuiven van de risico's naar de aanbieders in combinatie met het, in concurrentie, selecteren van uitvoerders, hoort echter een acceptatie van dit risico. Het risico van strategisch biedgedrag dient heel duidelijk belegd te worden bij de aanbieders. Hierbij speelt een rol dat de vergunningen voor onbepaalde tijd worden verleend. Diensten krijgen eenmalig de mogelijkheid om een vergunning in een bepaalde regio te verkrijgen. Het is van groot belang dat in het PvE duidelijk beschreven wordt hoe het Ministerie van VWS omgaat met diensten, die in financiële problemen komen. Als hier voorafgaand aan de vergunningsverlening geen duidelijkheid over wordt geboden kan het zijn dat diensten nadien (onterecht) mogelijkheden zien om hun lumpsumvergoeding alsnog achteraf op te hogen. Zo'n handelswijze belooft namelijk biedende partijen die bewust hun kosten hebben onderschat, uit de inschatting dat de overheid vanwege continuïteitsoverwegingen uiteindelijk toch bijspringt.

Het gevolg van de bewuste of onbewuste lage bieding kan zijn dat de aanbieder in de praktijk niet waargemaakt kan worden. Zo'n lage bieding hoeft overigens niet onmiddellijk tot een faillissement en een continuïteitsprobleem te leiden, doordat een de vergunninghouder de kosten kan beperken door beschikbaarheid en/of de kwaliteit van het aanbod te verlagen. Hierdoor kan er dus een kwaliteitsrisico ontstaan. Op de kwaliteitsrisico's wordt verder ingegaan in paragraaf 4.4.

Bij een bekostiging op basis van een maximumvergoeding is bovenstaande een reëel risico. Dit risico is te ondervangen door het hanteren van een ondergrens en dus gebruik te maken van een lumpsumvergoeding met een bandbreedte.

Een belangrijke factor die van invloed is op de mogelijkheid om te lage biedingen te doen is de mogelijkheid om alternatieve financieringsbronnen te gebruiken voor de totstandkoming van de ambulancezorg naast de lumpsumvergoeding. Hoofdstuk 7 gaat hierop in.

#### **4.4 Nadere beoordeling kwaliteitsrisico's**

Zoals in eerdere paragrafen al is gesignaleerd, kan de geleverde kwaliteit mogelijk leiden onder de doelmatigheidsprikkel. Om goede afspraken te maken over de kwaliteit en de naleving van deze afspraken te garanderen, is het belangrijk dat deze afspraken meetbaar zijn. Hierbij dient de vergunningverlener de kwaliteit van de ambulancezorg nauwgezet te monitoren. Verder dient de vergunningsverlener, als deze constateert dat de uitvoerder niet (volledig) voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen, gevolgen te verbinden aan de uitkomsten van de kwaliteitmonitoring.



Afhankelijk van daarover bij de selectie van de uitvoerder te maken afspraken kunnen strafkortingen worden toegekend bij in gebreke blijven. Als de uitvoerder ook dan de uitvoering niet op het gevraagde kwaliteitsniveau kan of wil uitvoeren, bijvoorbeeld vanwege te grote exploitatieproblemen, dient de mogelijkheid te bestaan de vergunning weer in te trekken en opnieuw te vergunnen.

Als de uitvoerder grote exploitatieproblemen kent, bijvoorbeeld omdat deze bewust of onbewust zijn doelmatigheidspotentie heeft overschat, zou dit nooit in structureel kwaliteitsverlies mogen resulteren als er sprake is van een intensieve monitoring. Dan wordt of de vergunning weer ingetrokken of de exploitatieproblemen monden uit in een faillissement.

De meting van kwaliteit is noodzakelijk bij zowel een systeem van bandbreedte als bij een maximum.

#### **4.5 Nadere beoordeling doelmatigheidspotentie**

De prikkel om doelmatigheidswinsten te behalen, is van een aantal factoren afhankelijk. Het meest evident is de vast te stellen hoogte van de lumpsumvergoeding. Hierbij wordt de doelmatigheidswinst bij het model van de vaste lumpsumvergoeding beperkt tot de hoogte van deze vaste vergoeding. Hiermee ontstaat een situatie die enigszins vergelijkbaar is met de huidige budgettering waarin de overheid bepaalt waar de grenzen van de doelmatigheid zich bevinden. De potentiële doelmatigheidswinst in een model op basis van een bandbreedte beperkt zich tot de ondergrens van het model. Hierbij bepalen aanbidders zelf welke middelen zijn nodig hebben tot aan een door de overheid vastgestelde ondergrens. De potentiële doelmatigheidswinst is in een model met een maximum lumpsumvergoeding het sterkst. De mogelijke uitvoerders kunnen in dit model geheel vrij bepalen welke doelmatigheidswinst gerealiseerd kan worden zonder de te hanteren kwaliteitseisen in het gedrang te laten komen.

De prikkel voor het behalen van doelmatigheidswinst is verder afhankelijk van het gewicht dat de kosten krijgen bij de selectie van de uitvoerder ten opzichte van de te hanteren kwaliteitseisen. Hoe groter het gewicht dat gehangen wordt aan de geboden prijs, des te groter zal de prikkel voor doelmatigheid zijn. Het gewicht van de prijs wordt door het Ministerie VWS bepaald in de selectieprocedure en het PvE. Zoals aangegeven wordt bij een keuze voor bekostiging op basis van een door de vergunningverlener vast te stellen vaste lumpsum vergoeding niet geselecteerd op prijs; in beide andere modellen kan de vergunningverlener naar eigen inzicht bepalen welk gewicht prijs respectievelijk kwaliteit krijgen.

Een factor die eveneens van invloed is op de potentiële doelmatigheidswinsten, is de mate waarin de huidige kostenstructuur een rol speelt in de toekomstige bekostiging. Op welke wijze zijn de huidige aanbidders in staat de kostenstructuur aan te passen voor de nieuwe vergunningverlening. Ook de doelmatigheidspotentie van nieuwe aanbidders kan worden beïnvloed door de huidige kostenstructuur. Hierbij speelt vooral mee hoe omgegaan wordt met de eventuele overname van personeel en materieel van de oude ambulancedienst door een mogelijk nieuwe uitvoerder. Op dit risico wordt nader ingegaan in hoofdstuk 7.

## 4.6 Advies bekostiging 2011 en 2012 lumpsum

Zoals aangegeven in paragraaf 3.1, dient een bekostigingsmodel gekozen te worden waarmee doelmatigheidsprikkels geïntroduceerd worden zonder dat er (te grote) risico's voor de kwaliteit en continuïteit van de ambulancezorg ontstaan.

De NZa adviseert om in 2011 en 2012 de aanbieder te selecteren op basis van een lumpsumvergoeding met een bandbreedte. De bandbreedte dient opgenomen te worden in het PvE en de in de procedure voor de verlening van de vergunning. Met deze opname kan de Minister op basis van de ingediende vergunningsaanvragen een aanbieder aanwijzen plus de daar bijbehorende lumpsumvergoeding. Essentieel hierbij is dat in het PvE wordt opgenomen dat een aanbieder een opgave doet van de totale kosten. Voor een goede keuze van een aanbieder en een goede werking van de bandbreedte dienen zowel de kwalitatieve aspecten als de financiële aspecten gelijktijdig beoordeeld te worden. Hiermee komt de lumpsumvergoeding voor 2011 en 2012 niet tot stand op basis van beleidsregels van de NZa. Dit veronderstelt dat er in de wet een juridische grondslag is opgenomen, waardoor de Minister bevoegd is per veiligheidsregio een vergoeding vast te stellen. De NZa vraagt de Minister dit juridisch na te gaan om er zeker van te zijn dat deze grondslag aanwezig is.

De NZa is van mening dat er een ondergrens wenselijk is om de continuïteit en kwaliteit niet te veel afhankelijk te maken van de doelmatigheidsprikkel. De grootste doelmatigheidsprikkel ontstaat naar verwachting als wordt gekozen voor een bekostigingsmodel dat uitgaat van een maximum lumpsum. Een maximum lumpsumvergoeding kan leiden tot een onrealistisch laag bod bij onderschatting of bewust lager offeren om een vergunning te verkrijgen. Hierbij kan de vergunning voor onbepaalde tijd een grote rol spelen. Met een onbegrensde doelmatigheidsprikkel op basis van een maximum lumpsum kan de nadruk op de prijs te groot worden. Deze nadruk kan mogelijk leiden tot concessies aan de geboden kwaliteit van de ambulancezorg. met een bekostigingsmodel met een bandbreedte kan de Minister het gewicht tussen beoordeling van de prijs en kwaliteit naar eigen inzicht vorm geven.

Om eventuele continuïteitsproblemen te voorkomen moet besloten worden de ambulancezorg continu te monitoren. In het PvE dient daarom de verplichting opgenomen te worden voor vergunninghouders dat zij medewerking verlenen aan de aanlevering van door de vergunningverlener gevraagde informatie volgens een door hen te ontwikkelen format. Op basis van continue monitoring van de ambulancezorg, ook waar het de exploitatie betreft, kan in een vroeg stadium eventuele continuïteitsproblemen geïdentificeerd worden. Indien nodig kan er tussentijds bijgestuurd worden om grote problemen te voorkomen. Op de mogelijkheden voor deze benchmark wordt ingegaan in hoofdstuk 5.

Verder vindt de NZa dat de continuïteit van de ambulancezorg als systeem gegarandeerd moeten worden en niet de continuïteit van de individuele aanbieders. Om deze reden zou er dan ook nader bekeken moeten worden op welke wijze zo'n garantie vorm te geven is. Hierbij dient aansluiting gezocht te worden op de uitgangspunten zoals benoemd in het recente NZa-advies 'Zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel'.

Uit de keuze voor een lumpsumvergoeding met bandbreedte volgt een aantal implicaties:

- De prijsopgave van de aanbieders dient binnen de door de Minister vastgestelde bandbreedte te blijven. De voorgestelde berekeningswijze voor de vaststelling van deze bandbreedte is opgenomen in bijlage 1.
- Bij de keuze van een aanbieder stelt de Minister vast welke lumpsumvergoeding de aanbieder ontvangt voor de uitvoering van de ambulancetaak voor het jaar 2011. De lumpsumvergoeding 2012 is gebaseerd op de vastgestelde lumpsumvergoeding 2011 plus een gemiddelde index<sup>20</sup>. De lumpsumvergoeding komt hiermee niet tot stand op basis van beleidsregels van de NZa zoals dit bij de budgettering het geval is. Dit lumpsumbedrag staat voor twee jaar vast en is niet meer onderhandelbaar.
- Het financiële risico voor de uitvoering van de ambulancezorg wordt geheel belegd bij de aanbieder. Er vindt geen nacalculatie plaats op deze lumpsumvergoeding.
- Als de aanbieder in de praktijk de overeengekomen prijs-kwaliteitsafspraken niet na kan komen en zijn exploitatie niet sluitend kan krijgen, dan is uiteindelijk faillissement onvermijdelijk en/of terugname van de vergunning. Over dit continuïteitsrisico en hoe hier mee om te gaan, gaan de volgende paragrafen.

#### *Gewenste acties*

- Opzetten van een systeem van monitoring waarin zowel de kwaliteit van de uitvoering van de ambulancezorg als de doelmatigheid en de exploitatie onderwerp van monitoring zijn. Met een dergelijk instrument kan de vergunningverlener in een vroeg stadium zien of in een regio serieuze kwaliteits- of continuïteitsrisico's ontstaan. De monitoring kan later worden uitgebouwd voor een onderlinge vergelijking van het presteren van ambulancediensten (benchmarking), gericht op het stimuleren van het leervermogen van de sector en het ontwikkelen van best practices.
- Er zullen in overleg met de sector prestatie-indicatoren opgesteld te worden volgens het SMART-principe om de kwaliteit te meten. Projectgroep ZIZO (IGZ) is bezig met ontwikkelen van prestatie-indicatoren. Het is belangrijk na te gaan of deze aansluiten bij de wensen van de ambulancesector.
- Er dienen noodscenario's opgesteld te worden die inwerking treden als in een veiligheidsregio een continuïteitsrisico ontstaat vanwege de teruggave of afname van een vergunning.

---

<sup>20</sup> De gemiddelde index 2012 is gebaseerd op het gemiddelde van de definitieve loon- en prijsindex 2011.



## 5. Prestatiebekostiging vanaf 2013

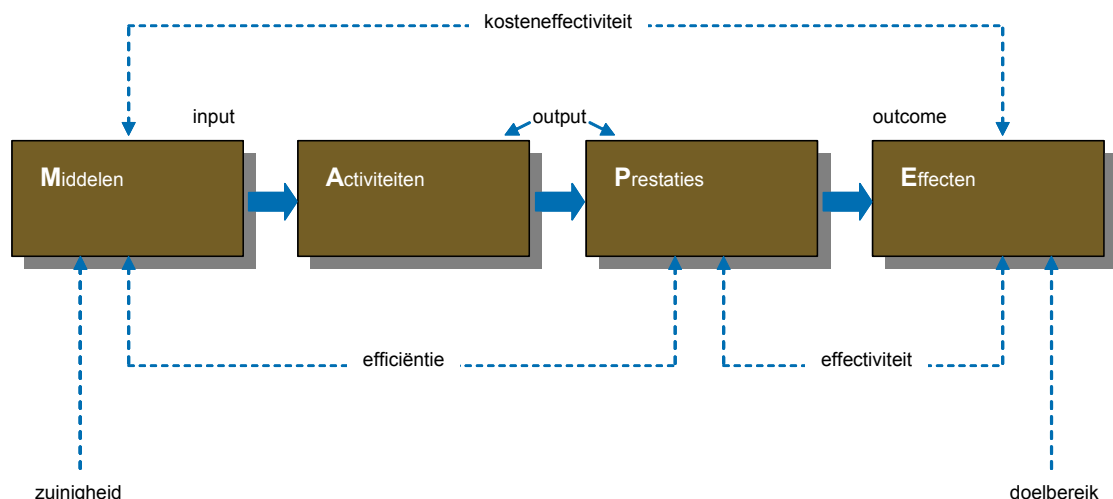
### 5.1 Inleiding

De NZa beschrijft in dit hoofdstuk op hoofdlijnen welke manier van bekostiging op basis van prestaties wenselijk is voor de periode vanaf 2013. Een verdere gedetailleerde uitwerking kan op basis van een vervolg adviesopdracht gegeven worden. Paragraaf 5.2 beschrijft kort waarom het wenselijk is de bekostiging te koppelen aan te leveren prestaties. Vervolgens zal in paragraaf 5.3 de huidige rol van de zorgverzekeraar worden uitgewerkt plus de sturingsmogelijkheden die er voor een verzekeraar bestaan. In paragraaf 5.4 komen de mogelijkheden voor prestatiebekostiging en de meetbaarheid van prestaties aan de orde. In 5.5 wordt de keuze voor de bekostiging vanaf 2013 beschreven waarna in paragraaf 5.6 de rol van de verzekeraars aan bod komt. Tot slot volgt in paragraaf 5.7 het advies voor de periode vanaf 2013.

### 5.2 Wenselijkheid van prestatiebekostiging

Idealiter sturen organisaties zoveel als mogelijk op effectiviteit en efficiëntie. Gerealiseerde prestaties (output) en beleidseffecten (outcome) worden in verband gebracht met de ingezette middelen (input) om ook zicht te krijgen op de kosteneffectiviteit. Aansturen van organisaties op basis van output of outcome veronderstelt echter wel dat deze ook voldoende goed beschreven kunnen worden en toetsbaar zijn. Hier ligt wat de ambulancezorg betreft een probleem omdat vooral de tijdigheid van de ritten 'hard' toetsbaar is. Figuur 5.1 illustreert hoe efficiëntie, effectiviteit en kosteneffectiviteit gerelateerd kunnen worden aan de middelen, activiteiten, prestaties en output.

**Figuur 5.1. Aansturing organisatie**



Bron: NZa

De huidige ambulancezorg wordt vooral gekenmerkt door 'input minimalisering' is en niet door 'output maximalisering'<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> RIVM, IGZ en CTG, *Niet zonder zorg: een onderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van de ambulancezorg*, 2001.

Dit inzicht laat onverlet dat wel degelijk mogelijkheden bestaan om bekostiging op basis van prestaties toe te passen en ambulancediensten onderling op zinvolle wijze te vergelijken met benchmarking.

Het systeem voor 2011 zal op dit gebied nog geen grote veranderingen teweeg brengen. Het systeem bevat nog geen duidelijke koppeling tussen de hoogte van de lumpsumvergoeding en de daadwerkelijke geleverde prestaties. Als een aanbieder uitzonderlijke prestaties levert, wordt deze hiervoor niet beloond. Tevens bestaat er geen duidelijke strafmaatregel, anders dan de afname van de vergunning, als de geleverde kwaliteit niet overeenkomt met de gemaakte afspraken. Op de langere termijn is het daarom dan ook wenselijk te bezien of de bekostiging nog beter in lijn kan worden gebracht met het presteren van de ambulancediensten. Hierbij dient rekenschap te worden gegeven van het specifieke karakter van de ambulancezorg, waarin onder meer de spoedeisendheid van een groot deel van de ritten aandachtspunt is en verder ook het gegeven dat inhoud van de prestaties, vooral kwaliteit, niet eenvoudig vast te stellen zijn.

### 5.3 Sturingsmogelijkheden verzekeraar

Voor het aansturen en monitoren van de uitvoerders van de ambulancezorg komt niet alleen de vergunningverlener in aanmerking, maar ook de zorgverzekeraars. Een belangrijke vraag is hoe zorgverzekeraars betrokken zijn bij het bewaken van kwaliteit en prestaties van de ambulancezorg en hoe dit in de toekomst eventueel uitgebreid zou kunnen worden. Onderzoek van CTZ uit 2005 biedt hierin inzicht<sup>22</sup>.

**Tabel 5.1. Sturen op en toetsen van kwaliteit door zorgverzekeraars**

Tijdigheid	Doelmatigheid(betaalbaarheid)	Kwaliteit
<p>Huidige sturing:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- controle of 95% van spoedritten inderdaad binnen 15 minuten ter plekke is.</li> </ul> <p>Deze controle richt zich op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- paraatheid van de ambulancediensten;</li> <li>- spreiding van standplaatsen;</li> <li>- verbeteren van het functioneren van de MKA;</li> <li>- verbeteren van de rittenregistratie.</li> </ul> <p>De sturing op tijdigheid lijkt relatief goed uitgewerkt.</p>	<p>Huidige sturing blijkt lastig omdat de kosten van ambulancezorg door zorgverzekeraars moeilijk te beïnvloeden zijn.</p> <p>Sommige zorgverzekeraars toetsen op zaken als:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hanteren van toetsingskaders voor huisvesting van ambulancediensten;</li> <li>- gebruiken van formats voor aansturing van uitgaven binnen de 'vrije marge'.</li> </ul>	<p>Huidige sturing:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vooral gericht op tijdigheid;</li> <li>- tevens vooral monitoren van kwaliteitsjaarverslagen.</li> </ul> <p>Zorgverzekeraars zijn daarnaast actief om afspraken in de acute keten te stimuleren (tussen huisartsenposten en ambulancediensten of tussen ziekenhuizen en ambulancediensten).</p> <p>Zorgverzekeraars verkeren wat het toetsen van kwaliteit anders dan tijdigheid nog in een ontwikkelfase.</p>
<p>Mogelijke verbeteringen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- afspraken maken over rittenregistratie;</li> <li>- verduidelijken van de rol en aansturing van de MKA.</li> </ul>	<p>Mogelijke verbeteringen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eventueel benchmarken van (delen van de uitgaven voor) ambulancezorg, bijvoorbeeld huisvestingskosten;</li> <li>- stimuleren van vervoersdifferentiatie (bijv. inzet van hulpambulances en motoren).</li> </ul>	<p>Mogelijke verbeteringen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ontwikkelen monitoring van de verschillende kwaliteitsdimensies (dienstverlening en organisatie).</li> </ul>

Bron CTZ (2005)

In tabel 5.1 is weergegeven welke mogelijkheden verzekeraars hebben in de ambulancezorg om te sturen op tijdigheid, doelmatigheid en

<sup>22</sup> CTZ, *Prestaties zorgverzekeraars bij inkopen ambulancezorg*, april 2005.

kwaliteit. Tevens is per categorie weergegeven wat de verbeterpunten zijn om de sturingsmogelijkheden te vergroten. Zoals uit tabel 5.1 blijkt is de huidige situatie zo dat verzekeraars vooral toetsen op de tijdigheid en in mindere mate op doelmatigheid en kwaliteit. Het toetsen op kwaliteit, met uitzondering van kwaliteit in de vorm van tijdigheid, staat nog in de kinderschoenen. Ook het toetsen op doelmatigheid van de ambulancezorg is om uiteenlopende redenen voor zorgverzekeraars nog lastig. De mogelijkheden voor verzekeraars om direct te sturen zijn dan ook beperkt. Een verdere invulling van de sturingsrol van de verzekeraars door het stimuleren van verbeteringen in de organisatie van de acute zorgketen is echter belangrijk om de kwaliteit van de ambulancezorg te verbeteren.

Het voorlopige beeld is dat de belangrijkste kwaliteitseisen goed benoemd kunnen worden, maar dat deze grotendeels nog te weinig uitgewerkt zijn tot meetbare en controleerbare indicatoren om op deze kwaliteitseisen te kunnen sturen dan wel om er de selectie van de ambulancedienst op te baseren.

Uit het overzicht blijkt verder wel dat er goede mogelijkheden voor verzekeraars aanwezig zijn om in de toekomst op de aspecten doelmatigheid en kwaliteit voortgang te boeken, bijvoorbeeld door benchmarking van gegevens over kosten en kwaliteit in brede zin.

In de volgende paragraaf volgt een nadere analyse van sturingsvariabelen en benchmarkindicatoren.

## 5.4 Sturingsvariabelen en benchmarkindicatoren

Behalve de sturing op de middelen, input minimalisering, dient er ook gestuurd te gaan worden op de overige elementen van figuur 5.1. Ook de kwaliteit van de output en de bedrijfsvoering - de 'throughput' - bieden aanknopingspunten voor sturing. Het na te streven kwaliteitsniveau kan daarbij worden uitgesplitst in het organiseren van een voldoende hoog niveau van beschikbaarheid en de daadwerkelijke uitvoering van de ritten met de daarmee samenhangende medische en logistieke activiteiten. Om een volgende stap te zetten in de ontwikkeling van de ambulancezorg dienen er op alle vier elementen indicatoren ontwikkeld te worden.

In tabel 5.2 worden de verschillende vormen van sturingsmogelijkheden (input, throughput, output en outcome) en de bijbehorende kwantitatieve en kwalitatieve indicatoren op een rij gezet. Daarna wordt per sturingsmogelijkheid ingegaan of het mogelijk is deze sturingsmogelijkheid toe te passen.

**Tabel 5.2. Sturingsmogelijkheden en indicatoren**

	Kwaliteit	Kwantiteit
Input	Bijvoorbeeld: - aantal standplaatsen; - aantal medewerkers; - aantal ambulances.	Bijvoorbeeld: - type + ouderdom auto; - opleiding + kwaliteit medewerkers; - kenmerken standplaatsen (locatie, bereikbaarheid, etc.).
Throughput (= organisatie, proces)	Bijvoorbeeld: - overhead bestuur; - administratie.	Bijvoorbeeld: - goede rittenregistratie; - toezicht functioneren MKA en toepassing triage; - toezicht op gemaakte afspraken met buurregio's.
Output	Bijvoorbeeld: - aantal ritten; - aantal gereden kilometers.	Bijvoorbeeld: - aantal ritten binnen 15 minutengrens; - inzet ambulance, hulpambulance of motor.
Outcome	<b>X</b> - Geen bruikbare sturingsvariabelen aanwezig	<b>X</b> - Geen bruikbare sturingsvariabelen aanwezig

Bron: NZa

Sturen op maatschappelijke effecten (*outcome*) is wat de ambulancezorg betreft nog niet mogelijk. Er zijn geen bruikbare sturingsvariabelen aanwezig die dit mogelijk maken. Projectgroep Zichtbare Zorg (ZIZO, IGZ) is bezig met ontwikkelen van prestatie-indicatoren. Het is belangrijk na te gaan of deze aansluiten bij de wensen van de ambulancesector.

Voor de *output* is de situatie enigszins gunstiger, zij het dat er ook dan belangrijke uitdagingen resteren. Het aantal kwantitatieve indicatoren waarmee de output aangestuurd kan worden is beperkt.



Dit betreft vooral het aantal ritten en het aantal gereden kilometers, maar zoals hiervoor aangegeven lenen beide indicatoren zich niet om ambulancediensten op aan te sturen omdat vooral het aantal ritten voor ambulancediensten een gegeven is<sup>23</sup>. Over de output van ambulancediensten en de mogelijkheden daar op te sturen, resteert feitelijk, afgezien van 'beschikbaarheid' als product, alleen het aantal ritten dat binnen de 15 minutengrens blijft.

Om hier daadwerkelijk op te kunnen sturen, is wel vereist dat alle ambulancediensten in principe in staat zijn om deze norm te halen. Bovendien mag het dan niet zo zijn dat de ene regio - vanwege mogelijke externe omstandigheden als bevolkingsdichtheid, congestie, al dan niet aanwezig zijn van veel bruggen en dergelijke - beter in staat is deze norm te halen dan andere.

De indicatoren die zich richten op de 'throughput' van de ambulancediensten, raken aan de bedrijfsvoering van deze organisaties. Idealiter richten de ambulancediensten zelf hun bedrijfsvoering zodanig in dat zij de hun gestelde normen het beste kunnen realiseren. De vergunningverlener kan in principe beter op de 'wat'-vraag sturen dan op de 'hoe'-vraag om zo de in het veld beschikbare kennis en creativiteit zo goed mogelijk tot zijn recht te laten komen. Wel kan hierin een rol weggelegd zijn voor de zorgverzekeraars. Zij kunnen in dialoog met de ambulancediensten proberen om op basis van best practices en voorbeelden uit andere regio's organisatieverbeteringen te realiseren. Hier liggen ook enige mogelijkheden om te benchmarken tussen organisaties.

Bijvoorbeeld kan het dan gaan om het in kaart brengen van:

- overheadpercentage, toegepast op de formatieve bezetting;
- percentage van de ritten die correct geadministreerd worden;
- inzet van hulpambulances dan wel motoren in plaats van ambulances.

Een relatief beperkte overhead betekent dat de organisatie relatief doelmatig werkt. Hier zou op gestuurd kunnen worden, als de overhead van alle regionale ambulancediensten in kaart wordt gebracht, bijvoorbeeld door organisaties met een lage overhead extra te belonen, maar als gekozen wordt voor een vast lumpsum budget of een maximum lumpsumbudget als bekostigingswijze, hebben ambulancediensten sowieso een prikkel om hun organisatie efficiënt in te richten.

Over het percentage ritten dat correct wordt geadministreerd, is het de vraag of dit een concreet toetsbare indicator vormt. Ambulancediensten registreren zelf en het lijkt lastig om effectief te toetsen of zij correct registreren of niet.

Als sturingsvariabelen en mogelijke benchmark-indicatoren resteren dan de indicatoren die betrekking hebben op de kwantiteit en de kwaliteit van de input. Sturing op *input* alleen heeft echter geen zin, daarvoor dient de input in het perspectief van de te leveren dan wel de geleverde prestaties worden geplaatst. Het aan elkaar relateren van het aantal ritten en de afgelegde kilometers aan de ingezette formatie en het aantal ambulances, biedt een gebrekkige basis voor benchmarking. Het aantal feitelijke ritten of af te leggen kilometers bepaalt bij ambulancediensten niet de (minimaal) noodzakelijke input in termen van bemensing en wagenpark, maar de nagestreefde spreiding en beschikbaarheid. Verder is de input vooral belangrijk voor de aanbieder. Op basis van de lumpsumvergoeding zal de aanbieder proberen de input zo efficiënt en effectief mogelijk te organiseren.

<sup>23</sup> Bovendien is er dan een perverse prikkel. Indien wordt beloond op basis van het aantal ritten, is er een prikkel om ook in situaties dat eigenlijk geen ambulanceinzet noodzakelijk is, toch te rijden.

Voor verzekeraars en overheid is inzicht in de inputfactoren wenselijk om te zien of er niet te veel betaald wordt en voor de vaststelling van de hoeveelheid middelen die ter beschikking gesteld moeten worden voor de ambulancezorg.

Concluderend kan dan ook gesteld worden dat voor sturingselementen nog een hoop moet gebeuren. De huidige indicatoren bieden een eerste inzicht in de ontwikkelingen in de sector maar zijn nog niet erg bruikbaar om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De huidige indicatoren zijn vooral gericht op de input en de hoeveelheid gerealiseerde output. Om de overstap naar een bekostiging op prestaties mogelijk te maken dient nader onderzoek uitgevoerd te worden om deze factoren in kaart te brengen.

## 5.5 Keuze bekostigingsmodel

De NZa vindt dat ook in 2013 gewerkt moet worden met een lumpsumvergoeding. Binnen de lumpsumvergoeding heeft een aanbieder bestedingsvrijheid om de benodigde en gevraagde capaciteit te realiseren. Met dit systeem wordt de verantwoordelijkheid van de invulling van de ambulancezorg duidelijk bij de aanbieders gelegd. Op basis van vooraf overeengekomen kwalitatieve en financiële afspraken worden aanbieders in staat gesteld invulling te geven aan de ambulancetaak.

Voor 2013 zijn in principe dezelfde drie lumpsumvarianten zoals omschreven in hoofdstuk 4 denkbaar. Idealiter zou het model in het verlengde moeten liggen van het model voor 2011/2012 en zou gekozen moeten worden voor een bandbreedte. De NZa meent echter dat in 2013 het beste overgestapt kan worden op een vaste en door de vergunningverlener te bepalen lumpsumvergoeding. De reden is gelegen in de monopoliepositie van de aanbieder. In 2011 zorgt de vergunningverleningprocedure voor een doelmatigheidsprikkel. Gezien het feit dat diverse aanbieders in aanmerking komen voor de vergunning zullen aanbieders geprikkeld worden een doelmatige lumpsumaanbod te doen. In 2013 komt deze prikkel die volgt uit de concurrentie om de markt te vervallen. Met een bekostiging op basis van een lumpsumvergoeding met een bandbreedte acht de NZa de kans groot dat aanbieders gaan inzetten op de maximale hoogte van de bandbreedte. De kans op conflicten en een onnodige stijging van de totale uitgave is op basis van dit systeem hoog. Verder is een voorwaarde voor een keuze voor een vaste door de vergunningverlener te bepalen lumpsumvergoeding, dat de vergunningverlener voldoende zicht heeft op de hoogte van de benodigde vergoeding. De NZa verwacht dat de voorgestelde intensieve monitoring voor de periode 2011-2012 hiervoor een goede basis zal creëren.

De NZa stelt voor om vanaf 2013 te kiezen voor prestatiebekostiging in combinatie met benchmarking. Op basis van continue monitoring kunnen best practices worden bepaald, zowel wat kwaliteit als doelmatigheid betreft, die richtinggevend zijn voor alle aanbieders. Voor de periode vanaf 2013 stellen wij voor om de monitoring uit te bouwen tot een systeem van benchmarking waarmee de prestaties van de diverse aanbieders onderling kunnen worden vergeleken en waarbij zij ook financieel worden gestimuleerd in de richting van de geformuleerde best practices. Een dergelijk strak bekostigingsregiem bevat in principe zowel doelmatigheidsprijkkels als prikkels om de kwaliteit te waarborgen en waar mogelijk te verhogen.

De NZa wil voor de systematiek een nieuw berekeningsmodel opstellen, gebaseerd op onderzoek naar de kostenopbouw van de ambulancezorg en meer inzicht in de relatie tussen kwaliteit en kosten. Op basis van een combinatie van de uitgangspunten van de rapporten 'Spreiding en Beschikbaarheid' en een kostenonderzoek kan een lumpsumvergoeding per veiligheidsregio vastgesteld worden. Dit model zou in samenwerking met het RIVM opgesteld kunnen worden.

Het model zou in de jaren na 2013 op basis van de informatie uit de benchmark verder aangescherpt kunnen worden waarbij de best practices als leidraad kunnen gaan functioneren voor de vraag welke middelen beschikbaar gesteld moeten worden voor de ambulancezorg. Hierbij vormt de lumpsumvergoeding 2012 het uitgangspunt. De benchmark zal in beginsel niet leiden tot een verhoging van de lumpsumvergoeding.

Zoals aangegeven levert dit bekostigingsmodel in principe sterke doelmatigheids- en kwaliteitsprikkel op. De doelmatigheidsprikkel kan desgewenst nog verder worden vergroot door een deel van de lumpsumvergoeding afhankelijk te stellen van de mate waarin aanbieders opgelegde doelen ook daadwerkelijk weten te realiseren. Overwegingen die hiervoor pleiten zijn onder meer het gegeven dat de aanbieders als regionale monopolist met een vergunning voor onbepaalde tijd over een relatief sterke positie beschikt. Als aanbieders de overeengekomen doelen niet realiseren, kan uiteindelijk besloten worden om de vergunning terug te nemen, maar dit is een 'ultimum remedium'. Het introduceren van een bonus - bij realisatie of overtreffen van de gestelde doelen - of een korting - als doelen niet gehaald worden - levert een extra financiële prikkel op. Hierbij kan gedacht worden aan een systeem waarbij 90% van de lumpsumvergoeding gegarandeerd ter beschikking wordt gesteld en waarbij de overige 10% uitgekeerd wordt als de prestaties overeenkomen met de afspraken. Over de exacte hoogte van de prestatiemarge kan nader overleg plaats vinden. Een bijkomend argument is, dat het een mogelijkheid biedt om de zorgverzekeraars een rol te geven bij de monitoring van de ambulancezorg en daaraan dan ook financiële consequenties te verbinden.

## 5.6 Rol verzekeraar

Om de kwaliteit van de acute zorgketen te verbeteren zou eraan kunnen worden gedacht om de zorgverzekeraars te betrekken bij de monitoring en de financiering van de ambulancezorg. Zoals in hoofdstuk 4 is weergegeven, zijn de mogelijkheden voor een verzekeraar om in 2011 en 2012 direct invloed uit te oefenen op de aanbieders beperkt.

Een mogelijkheid om de zorgverzekeraars binnen de huidige wetgeving een rol te geven, is een verdere uitbreiding van de adviesrol van de zorgverzekeraars bij de totstandkoming van het PvE en de toetsing of een (aspirant)aanbieder aan de eisen voldoet. Hierbij onderhandelen de verzekeraars periodiek met de aanbieder over een optimale invulling van de ambulancetaak en de samenwerking met de rest van de zorgketen. Na het bereiken van de overeenkomst kan de Minister de overeenkomst formeel vaststellen om zodoende te voldoen aan de eis zoals deze is vastgelegd in de WAZ. Zorgverzekeraars onderhandelen door de monopoliepositie van de aanbieder in dit kader niet over de hoogte van de lumpsumvergoeding, maar over de resultaten die met de lumpsumvergoeding behaald kunnen worden. De regionale monopoliepositie van de aanbieders in combinatie met de vergunning voor onbepaalde tijd heeft tot gevolg dat de mogelijkheden van een verzekeraar om effectief te kunnen onderhandelen beperkt zijn.

Als een rol wordt toegekend aan de zorgverzekeraars, dan vormt dit aanleiding om te zoeken naar manieren om hun onderhandelingspositie te versterken.

Om deze reden kan besloten worden de zorgverzekeraars een stem te geven in de toewijzing van de prestatiemarge zoals die is beschreven aan het einde van paragraaf 5.5. Als een verzekeraar constateert dat de aanbieder zich gehouden heeft aan de vooraf overeengekomen afspraken kunnen de verzekeraars een advies uitbrengen aan de NZa over het toewijzen van de prestatiemarge in casu een bonus. De NZa stelt de facto het tarief vast.

Bij een private uitvoering is het wenselijk dat de overheid de inkoop van zorgverzekeraars collectief organiseert. De overheid zou de inkoop van zorg bij één verzekeraar kunnen onderbrengen die namens alle andere verzekeraars onderhandelt. Deze collectieve inkoop is aan te bevelen omdat zich bij de inkoop namelijk een *free-rider* probleem kan voordoen. Het loont voor een individuele verzekeraar om af te wachten wat voor afspraken andere verzekeraars met die aanbieder maken en hierbij aan te sluiten, zodat hij hierin zelf geen tijd en geld hoeft te investeren. Het is in dat geval, zoals in "*Met spoed!*" is aangegeven, nodig dat verzekeraars een gedeeltelijke contracteerplicht krijgen opgelegd. De Zvw biedt hiertoe in art. 12 een basis. In dat artikel is bepaald dat zorgverzekeraar met aanbieders van ambulancezorg een overeenkomst moeten afsluiten onder gelijke voorwaarden. Met het artikel kan ook de omgekeerde contracteerplicht worden geregeld: de verplichting voor aanbieders van ambulancezorg om met alle zorgverzekeraars gelijke overeenkomsten te sluiten.

Een belangrijke vraag is welke prikkels zorgverzekeraars ervaren om aan de hun mogelijk toe te kennen rol bij de inkoop van de ambulancezorg goed invulling te geven. Gesteld kan worden dat het belang van een goede organisatie van de acute zorgketen voor verzekeraars een prikkel vormt. Op geen ander segment van de zorg zal een verzekeraar sneller aangesproken worden dan op het aanbod van de acute zorg. Deze prikkel is gericht op het collectief. De individuele verzekeraars onderkennen geen prikkel. Hij kan zich op basis van de ingekochte zorg immers niet van andere verzekeraars onderscheiden. De individuele verzekeraar ervaart dan ook geen prikkel om goed in te kopen. Verder is ook geen sprake van een directe financiële prikkel voor de zorgverzekeraars.

Er kunnen dus vraagtekens gezet worden bij de prikkels van zorgverzekeraars. De ruimte voor de overheid om de verzekeraar aanvullend te prikkelen om de zorg goed in te kopen is beperkt vanwege de vergunning voor onbepaalde tijd. Zo is het vanwege de vaste lumpsumvergoeding, noodzakelijk door de monopoliepositie van de aanbieder, niet mogelijk om de verzekeraar via de budgettering te prikkelen.

## 5.7 Advies bekostigingsmodel 2013

De NZa adviseert om vanaf 2013 te kiezen voor prestatiebekostiging en wel in een vorm waarbij de vergunningverlener op basis van benchmarking de benodigde vaste lumpsumvergoeding voor de te leveren ambulancezorg vaststelt. Hierbij vormt de lumpsumvergoeding 2012 het uitgangspunt. Dit betekent een keuze voor gesimuleerde concurrentie zoals beschreven in '*Met spoed!*'. Deze keuze is vooral gebaseerd op de volgende constatering:

- gelet op het uitgangspunt van vergunningen voor onbepaalde termijn is periodiek aanbesteden niet aan de orde. Na de vergunning van de ambulancevergunningen voor 2011-2012 is concurrentie om de markt niet meer mogelijk;
- omdat concurrentie op de markt ook niet aan de orde is, resteert het marktmodel van gesimuleerde concurrentie;
- omdat vanaf 2011 is gestart met intensieve en continue monitoring van kwaliteit en doelmatigheid van de ambulancezorg, is er naar verwachting in 2013 een voldoende basis aanwezig om als vergunningverlener op onderbouwde wijze het benodigde niveau van de lumpsumvergoeding zelf te kunnen bepalen. Het hiervoor geconstateerde probleem van asymmetrische informatie is dan naar verwachting voldoende beperkt;
- de monitoring vormt de basis voor benchmarking van zowel kwaliteit als doelmatigheid. De vergunningverlener kan periodiek, bijvoorbeeld jaarlijks, per regio zijn ambities bepalen en zo de aanbieders wat betreft kwaliteit en doelmatigheid stimuleren in de richting van door monitoring afgeleide best practices.

Om per 2013 de vaste vergoeding te berekenen stelt de NZa voor een nieuw berekeningsmodel op te stellen. Dit berekeningsmodel dient gebaseerd te zijn op een combinatie van de uitgangspunten van de rapporten 'Spreiding en Beschikbaarheid' van het RIVM, kostenonderzoek en continue monitoring van de uitvoering in de periode 2011-2012. Het model zou in de jaren na 2013, op basis van de informatie uit de benchmark, verder aangescherpt kunnen worden waarbij zoals aangegeven best practices als leidraad kunnen gaan functioneren voor de vraag welke middelen beschikbaar gesteld moeten worden voor de ambulancezorg. Deze best practices dienen dan zowel gericht te zijn op kwaliteit als op doelmatigheid. Doordat de lumpsumvergoeding in 2012, op basis van de door de dienst berekende kosten, als uitgangspunt dient, zal de benchmark in beginsel niet leiden tot een verhoging van de lumpsumvergoeding.

Een dergelijk bekostigingsmodel kan sterke doelmatigheidsprikkels bevatten, waarbij vanzelfsprekend bepalend is hoe ambitieus de vergunningverlener is bij het bepalen van de doelstellingen. De NZa is van mening dat financiële prikkels ook wenselijk zijn om aanbieders voldoende te stimuleren tot doelmatigheid. Daarom kan overwogen worden om een deel van de vergoeding afhankelijk te stellen van de mate waarin de aanbieder de gestelde doelen haalt. Dit kan een korting op de lumpsumvergoeding zijn als gestelde doelen niet volledig zijn gehaald, maar er kan eveneens overwogen worden om bij realisatie of overtreffing van de gestelde doelen een bonus toe te kennen. Bij zo'n prestatiemarge kan eventueel ook een rol worden toegekend aan de zorgverzekeraars.

Het mogelijk met een prestatiemarge betrekken van de zorgverzekeraars bij de bekostiging van de ambulancezorg vereist dat de volgende randvoorwaarden ingevuld worden:

- beoordelen of WAZ ruimte biedt voor de toekenning van deze rol aan de zorgverzekeraars (VWS). In de wet is aangegeven dat Minister verantwoordelijk is voor de opstelling van het PvE. Met het verschuiven van de verantwoordelijkheid van de invulling van het PvE wordt mogelijk de strekking van de wettekst opgerekt;
- een wettelijke verankerd model voor collectieve inkoop door verzekeraars (VWS, CVZ).

De NZa ziet een risico voor de uitkomsten van zulke onderhandelingen door de beperkte de prikkels voor zorgverzekeraars.

Bij de keuze voor een rol van de verzekeraar dient een afweging plaats te vinden van de ontbrekende individuele prikkel van een verzekeraar en de aanwezige collectieve prikkel van verzekeraars. De NZa vindt dat met het beleggen van het programma van eisen een risico wordt genomen voor de inrichting van de ambulancezorg. De NZa meent daarom dan ook dat de inkoop beter publiek belegd kan worden. Met een publieke inkoop zullen de risico's beperkter zijn en zal de inkoop eenvoudiger tot stand komen.

Een belangrijk aandachtspunt voor de inkoop van ambulancezorg is de aanwezigheid van sturingsinformatie. De NZa vindt dat een verdere uitwerking van sturingsinformatie noodzakelijk is voor zowel een publiek als een private inkoop. Deze sturingsinformatie dient gericht te zijn op vooral kwaliteit anders dan tijdigheid en doelmatigheid zodat de gerealiseerde uitkomsten beoordeeld kan worden. Deze beoordeling kan zowel regionaal als landelijk plaatsvinden. Vergelijk de uitkomsten veiligheidsregio x met de landelijke behaalde resultaten. Zoals in paragraaf 5.3 en 5.4 is beschreven zijn de benodigde elementen voor de sturing van ambulancezorg nog niet voldoende in kaart gebracht. De NZa ziet wel goede mogelijkheden om in de periode tot 2013 de hiervoor benodigde sturingsinformatie door continue monitoring van kwaliteit, kosten en overige relevante aspecten (onder meer interne organisatie van de ambulancediensten, de wijze waarop zij samenwerken met ketenpartners en dergelijke) te genereren. Op deze manier kan de basis worden gelegd voor een zinvol leerproces van ambulancediensten, waarbij zij best practices uitwisselen en worden gestimuleerd om bij zekere eisen over de kwaliteit van de uitvoering van de ambulancezorg zo doelmatig mogelijk te werken. In overleg met de sector, de IGZ en het RIVM zou er gekeken moeten worden op welke wijze er voor 2013 op gestructureerde en objectieve wijze sturingsvariabelen opgesteld kunnen worden. Afhankelijk van de uitkomsten van dit proces kan invulling gegeven worden aan een bekostiging op basis van prestaties.

## 6. Financiering

Een belangrijke vraag over de bekostiging van de ambulancezorg is “wie uiteindelijk de rekening betaalt”. Het uitgangspunt van de bekostiging van ambulancezorg is dat er voorafgaande aan de uitvoering een lumpsumvergoeding wordt vastgesteld. Op deze lumpsumvergoeding vindt geen nacalculatie plaats. De lumpsumvergoeding is voor de periode 2011-2012 het resultaat van een competitief biedingsproces en vanaf 2013 wordt deze door de vergunningverlener vastgesteld als uitvloeisel van een systeem van prestatiebekostiging met benchmarking.

In hoofdstuk 6 wordt geadviseerd over het meest gepaste financieringsmodel voor de ambulancezorg. Het advies is als volgt opgebouwd:

- in paragraaf 6.1 wordt het huidige financieringsmodel toegelicht, met daarbij een analyse van de nu ervaren knelpunten;
- paragraaf 6.2 vervolgt met een beoordelingskader voor het meest gepaste financieringsmodel;
- paragraaf 6.3 schetst drie financieringsmodellen (publiek, privaat en publiek-privaat) en voorziet deze van een eerste beoordeling;
- in paragraaf 6.4 wordt de balans opgemaakt op basis van zowel principiële, pragmatische als uiteraard beleidsmatige overwegingen;
- het advies over het voor de periode 2011-2012 en de periode vanaf 2013 te verkiezen financieringsmodel wordt weergegeven in paragraaf 6.5.

### 6.1 Toelichting huidige financiering en knelpunten

Voordat geadviseerd kan worden over de toekomstige financiering is het goed om het huidige financieringsmodel te omschrijven en aan te geven welke problemen bestaan. Het huidige financieringsmodel wordt gekenmerkt door de volgende eigenschappen:

- de ambulancediensten worden geheel gefinancierd door en via de zorgverzekeraars op basis van een door de NZa berekend budget;
- In de huidige budgetteringssystematiek wordt gebruik gemaakt van een component gebaseerd op vaste tarieven, door de NZa vastgesteld, en een component gebaseerd op zogenoemde sluittarieven waarbij deze sluittarieven voor het ambulancevervoer de facto de voor de spoedritten (A1/A2) gehanteerde tarieven zijn. Het tarief voor de melding bij de meldkamer wordt als sluittarief gebruikt voor de meldkamer;
- het sluittarief wordt berekend door het voorafgaand aan het jaar geraamde budget minus de vaste tariefopbrengsten te delen door het verwachte aantal spoedritten en meldingen;
- de NZa stelt voor een bepaald jaar vaste landelijke tarieven vast voor gereden kilometers, bestelde ritten (B-ritten) en ritten van de hulpambulance, grensoverschrijdende ritten, het MICU-transport<sup>24</sup> en gemaakte stand-by uren;
- het verschil tussen het vooraf geraamde benodigde budget en de opbrengst van deze vaste tarieven wordt verdisconteerd in de tarieven voor de spoedritten en de meldingen, i.c. het sluittarief.

In het huidige financieringsmodel bestaan drie aandachtspunten:

- er is geen directe relatie tussen geleverde prestaties in de vorm van ritten en de kosten van een ambulancedienst en dit bemoeilijkt het sturen op doelmatigheid;

<sup>24</sup> MICU-voervoer: vervoer met Mobile Intensive Care Unit.

- het systeem is weinig transparant;
- er kunnen grote verschillen ontstaan in ritprijzen tussen regio's, tussen verzekeraars en voor consumenten in de tijd.

Het eerste en waarschijnlijk belangrijkste aandachtspunt van dit systeem is dat de aldus berekende sluittarieven, in casu de tarieven voor het spoedvervoer geen directe relatie hebben met de daadwerkelijk aan deze ritten verbonden kosten. In deze zin is het ook lastig om in de huidige situatie via het beprijzen van ritten te sturen op doelmatigheid. Het sluittarief is het resultaat van een vooral rekentechnische exercitie om de totale tariefopbrengsten van een ambulancedienst gelijk te trekken aan het voorafgaand aan dat jaar geraamde budget.

Verder geldt voor de ambulancezorg dat de kosten van de ambulancezorg in het algemeen maar beperkt beïnvloed worden door de daadwerkelijke productie in termen van het aantal gereden ritten. Het grootste deel van de kosten van een ambulancedienst wordt veroorzaakt door het in de regio minimaal te waarborgen niveau van beschikbaarheid en bereikbaarheid. Hiervoor is een bepaald niveau nodig wat betreft bemensing en materieel en dient een bepaald aantal ambulanceposten ingericht te worden. Het aantal te maken ritten is maar beperkt van invloed op de uiteindelijke kosten van de ambulancezorg. Zwart-wit gesteld: een stilstaande ambulance kost afgezien van de benzinekosten en afschrijvingen net zoveel als een rijdende ambulance.

Er is verder in enige mate sprake van nacalculatie. Voorafgaand aan een jaar worden de vaste tarieven door de NZa vastgesteld en wordt tevens een inschatting gemaakt van het naar verwachting noodzakelijke sluittarief. De praktijk kan echter afwijken van de verwachtingen vooraf, waardoor de opbrengsten niet aansluiten op het geraamde budget. Eventuele verschillen tussen werkelijk gerealiseerde opbrengsten en het vastgestelde budget worden als een opslag of aftrek meegenomen in het tarief van het dan lopende jaar.

Een tweede aandachtspunt is dat de transparantie van het tarief beperkt is. De tarieven voor het ambulancevervoer worden per aanbieder berekend op basis van de vastgestelde budgetten. Als gevolg hiervan verschillen de tarieven per rit niet alleen tussen de aanbieders, maar bij een aanbieder ook door de tijd heen. Voor de consument kan dit verwarrend zijn. Een patiënt kan voor het vervoer naar een ziekenhuis een ander tarief in rekening gebracht krijgen als het vervoer naar huis door een nacalculatie terwijl voor de patiënt de inhoud van het vervoer niet veranderd is. De achterliggende systematiek is aan de patiënt moeilijk uit te leggen.

Een derde aandachtspunt is, tot slot, dat de kosten van de ambulancezorg niet evenredig worden verdeeld over de verzekeraars. De tarieven van de ritten in de minder verstedelijkte gebieden zijn hoger dan die van ritten in verstedelijkte gebieden. De reden hiervoor is dat per regio wordt gewerkt met integrale sluittarieven voor het spoedvervoer die zowel de noodzakelijke capaciteit - niveau van beschikbaarheid en bereikbaarheid - moeten dekken als de kosten vanwege de uit te voeren ritten. Een landelijke regio moet meer kosten maken om een voldoende niveau van spreiding en beschikbaarheid te kunnen garanderen en het daarmee noodzakelijk hogere budget leidt daardoor tot hogere sluittarieven. Bovendien zijn er in de landelijke regio's minder ritten, wat dit effect nog verder versterkt. Verzekeraars die een groot marktaandeel hebben in de landelijke regio's, hebben hierdoor een grotere schadelast per verzekerde.



Verzekeraars worden hiervoor niet gecompenseerd in de vereveningsystematiek omdat het verschil in tarieven niet het gevolg is van specifieke patiëntenkenmerken maar van de kostenstructuur van de individuele zorgaanbieders. Verzekeraars zullen het verschil in schadelast moeten opvangen in de premiestelling wat voor ongelijkheid zorgt op de verzekeringsmarkt<sup>25</sup>. Verzekeraars geven overigens aan dat deze ongelijkheid acceptabel wordt geacht, omdat verzekeraars invloed kunnen uitoefenen op de hoogte van het budget en bijbehorende tarieven.

Bij het advies over de toekomstige financiering dienen bovenstaande aandachtspunten meegenomen te worden.

## 6.2 Beoordelingskader en financieringsmodellen

### 6.2.1 Te hanteren criteria

De hiervoor opgenomen analyse van het huidige financieringsmodel leidt tot vier belangrijke criteria waarmee eventuele alternatieven zouden moeten worden beoordeeld:

- degene die de ambulancezorg financiert zou bij voorkeur ook een financiële prikkel moeten ondervinden om goed toezicht te houden op de gemaakte afspraken over de kwaliteit van de zorg;
- verbetering van de relatie tussen kosten van te leveren prestaties enerzijds en daarvoor te hanteren tarieven anderzijds;
- verbetering van de transparantie voor zowel ambulancediensten en verzekeraars als verzekerden. Is voor alle betrokken partijen duidelijk hoe tarieven tot stand komen en zijn deze inzichtelijk onderbouwd?;
- wegnemen of beperken van verschillen in schadelast per verzekeraar die niet gerelateerd zijn aan de kenmerken van de patiënten van de verzekeraars.

Ook zijn de volgende criteria relevant bij de beoordeling van mogelijk te hanteren financieringsmodellen:

- de verzekeraar dient geen risico's te dragen die hij niet kan beïnvloeden;
- de administratieve lasten die uit het financieringsmodel voortvloeien voor aanbieders, financiers en verzekerden zijn bij voorkeur beperkt en in het algemeen moet worden gestreefd naar een efficiënte uitvoering van de financiering van de ambulancezorg;
- zekerheid over te ontvangen betalingen voor de uitvoerder en beperken van betalings- en liquiditeitsrisico's door te bevorderen dat het patroon van betaling aansluit op dat van de te maken kosten;
- relatie met het eigen risico van verzekerden. Welke mogelijkheden zijn er om uitgaven voor ambulancezorg ten laste te brengen van het eigen risico? Het ziekenvervoer maakt onderdeel uit van het eigen risico van verzekerden, waarbij dit eigen risico wordt ingehouden op de gefactureerde prestaties.

### 6.2.2 Modellen: gebaseerd op prestaties, collectief of combinatie

Het financieringsmodel is in dit hoofdstuk de wijze waarop de aanbieder van ambulancezorg uiteindelijk betaald wordt.

<sup>25</sup> De ongelijkheid wordt nog verder versterkt, doordat een aantal kostenposten (behalve de beschikbaarheidskosten) alleen bij specifieke aanbieders voorkomen. Voorbeelden van deze kosten zijn de kosten van de FLO-overgangsregeling en de kosten van het afhijzen van patiënten door de brandweer. Op de FLO-overgangsregeling wordt navolgend separaat ingegaan.

Daarbij is zowel variatie mogelijk in wie als financier optreedt als ook over de bron waaruit de financiële middelen beschikbaar komen. In de praktijk zijn dan vooral betaling door de zorgverzekeraars dan wel betaling uit een collectief fonds realistische opties of eventueel een mengmodel.

Voor de financiering van de ambulancezorg worden navolgend drie modellen beschreven en beoordeeld.

1. Er worden prestaties in de zin van de Wmg, bijvoorbeeld ritten, onderscheiden waarvoor een prijs wordt bepaald, en waarvoor per prestatie wordt betaald.
2. Er wordt een vergoeding betaald ter hoogte van het vastgestelde budget uit collectieve middelen.
3. Een combinatie van beide: vast bedrag per product en vergoeding van kosten uit collectieve middelen.

Bij een financieringsmodel waarbij de financiering plaatsvindt op basis van prestaties (in de vorm van ritten en dergelijke), is een grote rol van de verzekeraars logisch. Een collectieve vorm van financiering kan publiek worden vormgegeven, bijvoorbeeld als de benodigde middelen rechtstreeks uit de begroting van de Minister naar de ambulancediensten gaan of via het zorgverzekeringsfonds.

### **6.3 Eerste beoordeling van financieringsmodellen**

De drie financieringsmogelijkheden zullen in deze paragraaf stuk voor stuk verder toegelicht worden en vervolgens op basis van de in de vorige paragraaf beschreven afwegingscriteria beoordeeld worden.

#### **6.3.1 Financiering per prestatie met rol voor verzekeraars**

Een financieringsmodel dat uitgaat van financiering op basis van prestaties en waarbij de verzekeraars optreden als financier, kent zowel voor- als nadelen. De nadelen hebben betrekking op de gebrekkige relatie tussen kosten enerzijds en tarieven voor prestaties anderzijds, de transparantie en de schadelast van verzekeraars. Deze systematiek sluit aan bij de huidige systematiek.

In de eerste plaats zijn in de ambulancezorg de te maken ritten en afgelegde kilometers maar in beperkte mate bepalend voor de uiteindelijke kosten van de ambulancezorg. Bij de beschrijving en beoordeling van de mogelijke bekostigingsmodellen is er al op gewezen dat de prestaties van het ambulancevervoer in twee grote delen uiteenvallen: enerzijds de afzonderlijke verrichtingen gemeten naar aantallen ritten en gereden kilometers en anderzijds het organiseren van de noodzakelijke beschikbaarheid. Omdat de kosten voor de noodzakelijke beschikbaarheid relatief zeer hoog zijn, sluit financiering op basis van ritten en kilometers niet goed aan op de kostenstructuur van ambulancediensten. Er is geen rechtstreekse relatie tussen het vast te stellen tarief voor een (deel)prestatie en de door de aanbieder ervoor gemaakte kosten. Als de verzekeraars een rol wordt gegeven bij de financiering van de ambulancezorg, zou het wenselijk zijn als de kostenopbouw beter in beeld is en de zuivere ritprijzen als basis voor te leveren prestaties gehanteerd kunnen worden.

Een tweede probleem betreft de transparantie van dit financieringsmodel.

Omdat het systeem verder bouwt op het huidige systeem zullen de huidige problemen over de transparantie, zoals beschreven in paragraaf 6.1 blijven bestaan<sup>26</sup>. Afhankelijk van te maken keuzes voor regionale of landelijke tarieven, kunnen consumenten geconfronteerd worden met prijsverschillen voor ambulancezorg die niet door kwaliteit of doelmatigheid worden verklaard, maar alleen door de regio waar men op ambulancezorg is aangewezen.

Ook het verschil in schadelast tussen verzekeraars kan in dit systeem een probleem vormen. Verzekeraars met vooral verzekerden in dure regio's betalen in theorie meer aan ambulancezorg dan andere verzekeraars. Zulke verschillen zijn voor verzekeraars acceptabel als verzekeraars invloed kunnen uitoefenen op de kosten en de tarieven en in die zin op de doelmatigheid van de zorg.

Verder hebben de zorgverzekeraars aangegeven dat zij sterk hechten aan een rol voor de acute zorg en als onderdeel daarvan de ambulancezorg. Weliswaar is de acute zorg niet het grootste onderdeel van de bredere zorgsector, maar het is in belangrijke mate beeldbepalend. Verzekeraars hebben geen financieel belang bij de inkoop van de ambulancezorg, maar doordat uit het perspectief van de publieke opinie het belang groot is, hebben zij toch een prikkel scherp in te kopen.

De administratieve lasten liggen bij het veld en bij de overheid, die jaarlijks de prijs per rit moet berekenen en nadien eventueel vaststellen dat er een verrekening moet plaatsvinden. De lasten van deze systematiek zijn redelijk hoog. Ondanks het feit dat gedurende het jaar de ambulancezorg per rit gefinancierd wordt, is een eindafrekening noodzakelijk.

Een in potentie groot pluspunt van deze financieringsvorm is, dat het de verzekeraars een 'titel' geeft om met de aanbieders nadere afspraken te maken over de uitvoering van de ambulancezorg en hier ook op toe te zien. Zoals eerder aangeven, dient het idealiter wel zo te zijn dat bij verzekeraars geen risico's worden neergelegd die zij niet of onvoldoende kunnen beheersen. Wij onderscheiden wat risico's betreft:

- de zekerheid die aanbieders hebben over de te ontvangen middelen;
- het eigen risico van verzekerden en hoe hiermee omgegaan wordt;
- liquiditeitsrisico's van de verzekeraars.

Omdat in het bekostigingsmodel ervan uitgegaan wordt dat de aanbieders zich verplichten om voor een vast lumpsumvergoeding de ambulancezorg op zich te nemen en de Minister zich eraan verbindt dat de aanbieders deze middelen ook ontvangen, zijn deze risico's voor de aanbieders beperkt. Wel moet geregeld zijn dat deze middelen via de zorgverzekeraars ook uiteindelijk geheel terecht komen bij de aanbieders. Hiervoor is een rekentechnisch model noodzakelijk in lijn met het gehanteerde model met vaste en sluittarieven.

Het is vanwege de facturering van geleverde prestaties eenvoudig mogelijk om de geleverde prestaties te koppelen aan een patiënt. Op basis van dit systeem kan de verrekening van het eigen risico zoals deze nu van kracht is in stand blijven.

<sup>26</sup> Deze problemen kunnen verkleind worden door kostenonderzoek, waardoor meer inzicht ontstaat in de kostenopbouw van de ambulancezorg en met name de opsplitsing in beschikbaarheidskosten en zuiver ritgebonden kosten. Op korte termijn, dus voor 2011-2012, zal dit inzicht echter nog beperkt zijn.

Hoewel de te hanteren tarieven een beperkte relatie hebben met de directe behandelkosten kosten van de uitvoering van de ambulancezorg en meer gezien moeten worden als rekentechnische coëfficiënten, biedt het de verzekeraars wel de gelegenheid om zicht te houden op en invloed uit te oefenen op de kwaliteit van de uitvoering. Voldoen de 'ritten' niet aan de vastgelegde kwaliteitseisen, bijvoorbeeld op het punt van de tijdigheid, dan kan een verzekeraar dit signaleren en hieraan eventueel consequenties verbinden.

### 6.3.2 Financiering d.m.v. vergoedingen uit collectieve middelen

De ambulancezorg kan ook op basis van collectieve middelen gefinancierd worden. Hierbij ontvangt een aanbieder van de financierer een vergoeding ter hoogte van de overeengekomen lumpsumvergoeding. Deze vergoeding is onafhankelijk van de levering van de individuele zorgprestaties.

Collectieve financiering kan op verschillende manieren vorm worden gegeven<sup>27</sup>.

- Begroting VWS: aanbieders ontvangen eens per jaar of periodiek van VWS het vastgestelde bedrag voor de invulling van de taak van ambulancezorg. Dit kan in de vorm van een subsidieregeling.
- Gezamenlijke bekostiging door zorgverzekeraars als verplichte collectieve financiering. Aanbieders ontvangen (periodiek) van een speciaal ambulancefonds een bedrag voor de invulling van de ambulancezorg. De bijdrage van de verzekeraars wordt daarbij gebaseerd op een bijdrage per verzekerde of op basis van marktaandeel, de totale benodigde middelen maal het marktaandeel van de individuele verzekeraar.
- Een financiering ten laste van de basisverzekering. Daarbij zou gekozen kunnen worden voor een rechtstreekse bekostiging ten laste van het zorgverzekeringsfonds. De financiële middelen voor de ambulancezorg dienen in dat geval buiten de verdeling van de budgetten naar de zorgverzekeraars te blijven.

De derde optie ligt hierbij het meest voor de hand omdat de benodigde organisatiestructuur hiervoor al aanwezig is. De implementatie zou een verandering van de huidige werkwijze opleveren maar zou geen oprichting van een nieuw fonds of subsidieregeling van de zijde van het Ministerie van VWS vergen.

Dit collectieve financieringsmodel vloeit logisch voort uit de constatering dat een groot deel van de kosten voor ambulancezorg niet ritgebonden zijn, maar terug te voeren zijn op het waarborgen van een voldoende niveau van beschikbaarheid en capaciteit. De NZa adviseerde dit model eerder in de uitvoeringstoets 'Met spoed!' (februari 2008). Vanwege het vergunningstelsel wordt geadviseerd de zorg collectief in te kopen. Hierbij kan gesteld worden dat er een gezamenlijk verantwoordelijk bestaat voor de creatie van een landelijke dekkend netwerk. Op basis van deze gezamenlijke verantwoordelijkheid kan worden gekozen voor een collectieve financiering waarin deze gezamenlijke verantwoordelijkheid tot uiting komt. De financiering wordt hiermee regio-onafhankelijk. Deze collectieve financiering is direct gekoppeld aan de vooraf overeengekomen lumpsumvergoeding voor de regio. De zorgaanbieder ontvangt op basis van dit systeem - eventueel periodiek, zoals per maand of per kwartaal - een uitkering uit de collectieve middelen voor de invulling van de ambulancetaak.

---

<sup>27</sup> Zie ook NZa, *Met spoed! Advies over verbetering van de regulering van acute zorg*, februari 2008.

Er is in dit systeem geen sprake van een rechtstreekse facturatie van prestaties aan de verzekeraar.

Over de mate van transparantie van dit financieringsmodel spelen twee overwegingen:

- als een minpunt zou kunnen worden benoemd dat er geen facturatie plaatsvindt op basis van uitgevoerde ritten er geen koppeling gelegd kan worden naar een individuele patiënt/verzekeraar. Het nadeel daarvan is echter relatief omdat de tarieven voor de uit te voeren ritten ook maar beperkt gerelateerd zijn aan de daadwerkelijke kosten van de ambulancezorg.
- als een pluspunt zou kunnen worden benoemd dat de financieringsstroom helder is. Er is sprake van een gereguleerde directe geldstroom naar aanbieder waarbij een opbrengstverrekening overbodig is.

Omdat geen facturatie meer plaatsvindt op basis van ritten, kan voor een patiënt de ambulancerit nu gratis lijken. De vraag is of zorgverzekeraars dit in het kader van premiestelling kunnen uitleggen aan de verzekerde. Zij dienen dan uit te leggen dat verzekerden primair betalen voor een voldoende niveau van beschikbaarheid.

Een minpunt van het collectieve financieringsmodel is dat er geen expliciete rol wordt toegekend aan de verzekeraars. Omdat verzekeraars geen inzicht hebben in de individueel geleverde prestaties zullen de mogelijkheden voor een verzekeraar voor signaaltoezicht aanzienlijk beperkt worden.

De toepassing van een collectief financieringsmodel sluit aan bij een model waarbij de overheid een belangrijke rol toebedeeld krijgt. Het gaat dan om het opstellen van het Programma van Eisen en de wijze waarop de vergunningen worden verdeeld. Als ook de financiering van de ambulancezorg collectief georganiseerd wordt, leidt dit tot een grote mate van transparantie. Op basis van deze systematiek is er sprake van een toebedeling van risico's aan partijen die daar ook daadwerkelijk invloed op hebben. Omgekeerd: verzekeraars krijgen geen rol toebedeeld waarvoor zij feitelijk geen verantwoordelijkheid dragen of deze lastig waar kunnen maken.

Het betalingsrisico is in dit model laag omdat de financiering rechtsreeks afgeleid wordt van de overeengekomen lumpsumvergoeding. Vooraf is bekend hoeveel financiële middelen gemoeid zijn met de ambulancezorg en de uitvoerder ontvangt dit ineens of op periodieke basis. Hierbij vindt geen eindafrekening plaats.

Verder wordt in deze variant geen onderscheid gemaakt tussen dure en goedkope regio's. Hiermee betalen alle inwoners van Nederland mee aan de creatie van een landelijk dekkend netwerk van ambulancezorg. Vanuit het perspectief van de verzekerde zal met het vervallen van de individuele factuur voor ambulanceritten ook het eigen risico voor ambulancezorg komen te vervallen. In principe zou het laten vervallen van het eigen risico kunnen leiden tot een toename van de vraag, maar in de specifieke situatie van de ambulancezorg is dit geen groot risico. De vraag naar ambulancezorg is voor de spoedritten exogeen bepaald.

De administratieve lasten van deze variant zijn laag. Ten opzichte van een financieringsmodel met een vergoeding per prestatie, zijn de lasten voor verzekeraars verdwenen. Ook de lasten voor de NZa nemen in vergelijking met dit model af. De lasten liggen bij de overheid, omdat zij moet zorgen voor de betaling, maar deze lasten zijn in principe ook beperkt.

Na vaststelling van de lumpsumvergoeding zal de periodieke vergoeding eenvoudig bepaald kunnen worden. Controle en goedkeuring van elke individuele rit door een verzekeraar is niet meer noodzakelijk. Tevens hoeft er op basis van deze financieringswijze geen verrekening op de werkelijke opbrengsten meer plaats te vinden.

Zoals in paragraaf 1.3 reeds aangegeven is bestaat er een spanningsveld bestaat tussen de Wmg en Zvw enerzijds en de WAZ anderzijds. Dit geldt ook voor de financiering. Als gekozen wordt voor collectieve financiering lijkt aanpassing van onderliggende wet- en regelgeving vereist.

### **6.3.3 Combinatie van prestatiefinanciering en vergoeding**

Het derde model op basis waarvan de financiering van de ambulancezorg kan plaatsvinden, is een combinatie van collectieve financiering en vergoeding op basis van prestaties. Het ligt dan voor de hand om hierbij als uitgangspunt te hanteren dat de kosten voor spreiding en beschikbaarheid collectief gefinancierd worden en dat de financiering van de ritten verloopt via de verzekeraars. In deze financieringsvariant worden de vaste tarieven gefactureerd aan de patiënt of diens verzekeraar en worden de beschikbaarheidskosten ten laste gebracht van de collectieve middelen. Zoals in paragraaf 6.3.2 is beschreven kan deze collectieve financiering het beste rechtstreeks ten laste van het zorgverzekeringsfonds worden gebracht. Op basis van dit financieringssysteem kan bekostiging van prestaties mogelijk worden gemaakt zonder verstoring van verzekeringsmarkt.

Dit model veronderstelt dat er een onderbouwde splitsing gemaakt kan worden tussen:

- kosten voor beschikbaarheid;
- ritgebonden kosten.

Hoewel dit model conceptueel aantrekkelijk is, stuit het wel op het praktische bezwaar dat de 'knip' tussen beide kostencategorieën niet eenvoudig te maken is. Dit vergt in elk geval uitgebreid aanvullend kostenonderzoek. Voor deze prestatievergoeding kunnen de prestaties uit budgettering gebruikt worden of de huidige tarieven overgenomen zouden kunnen worden, maar deze tarieven zijn geen volledig correcte weerspiegeling van de werkelijke kosten.

De beschikbaarheidsvergoeding kan in de praktijk op meerdere manieren vastgesteld worden. Idealiter wordt een aantal kostenposten gedefinieerd waaruit de beschikbaarheidsvergoeding wordt opgebouwd en die niet ritgebonden zijn. In deze benadering spreekt het voor zich een definitie van beschikbaarheid te hanteren die overeenkomt met die van andere voorzieningen. Voor de ambulancezorg zouden de kosten voor de beschikbaarheid uitgesplitst kunnen worden in de kosten van de personele inzet, de kosten van het rijdend materieel en de huisvestingskosten waar geen directe prestaties tegenover staan. Zo'n benadering is wel erg complex en zal een uitgebreid kostenonderzoek vergen.

Een eenvoudiger maar minder kostengebaseerde manier is het vaststellen van het verschil tussen de afgesproken lumpsumvergoeding en de dekking die in een regio kan worden gerealiseerd met ritten tegen een vaste ritprijs. Omdat de lumpsumvergoeding wordt vastgesteld op basis van de totale benodigde capaciteit maken de beschikbaarheidskosten onderdeel uit van de vergoeding.

Verschillen tussen deze lumpsumvergoeding en de opbrengsten van de vaste tarieven kunnen daarom aangemerkt worden als beschikbaarheidsvergoeding. De hoogte zal wel verschillen tussen de regio's. In deze benadering zijn de tarieven primair niet kostengebonden, maar vooral uitkomst van een rekenkundige exercitie.

Tegenover het conceptuele pluspunt dat dit financieringsmodel een onderscheid maakt tussen de kosten vanwege beschikbaarheid en de zuivere ritgebonden kosten, staat het nadeel dat er sprake is van relatief hoge administratieve lasten. De lasten zijn een optelsom van variant 1 en 2. De lasten liggen zowel bij het veld als de overheid. Naast de facturatie van ritten zullen gegevens tijdig moeten worden uitgewisseld om de beschikbaarheidsvergoeding vast te stellen.

De transparantie voor de consument is op basis van dit financieringsmodel een pluspunt. Niet alleen krijgen zij een factuur op basis van ritten, maar de dan in rekening te brengen kosten zijn ook 'zuiver', in die zin dat de kosten voor beschikbaarheid hierin niet als opslag zijn toegevoegd. Het nadeel is zoals aangegeven, dat de opsplitsing tussen zuivere ritkosten en kosten vanwege beschikbaarheid niet hard gemaakt kan worden en dat de tarieven dus primair uitkomst zijn van een rekentechnische exercitie en niet volledig op kosten zijn gebaseerd. Door nader kostenonderzoek en benchmarking, kan wel worden bevorderd dat tarieven voor ritten steeds meer aansluiten op en een afspiegeling zijn van de zuivere ritgebonden kosten.

De geleverde prestaties zijn duidelijk omschreven en de bijbehorende tarieven zijn gebaseerd op basis van de gemiddelde directe behandelkosten en zijn bij alle aanbieders gelijk. Voor de consument ontstaat hiermee een stabiel beeld van de ambulancezorg. Hiernaast betalen alle inwoners van Nederland mee aan de beschikbaarheid van een landelijk dekkend netwerk van ambulancezorg. Ook de transparantie op de verzekeringsmarkt is gediend met deze variant omdat alle verzekeraars op basis van gebruik onder gelijke condities meebetalen aan de ambulancezorg.

Het betalingsrisico wordt bij deze variant op twee plaatsen belegd. Het betalingsrisico voor de prestaties wordt belegd bij de verzekeraars. Het risico voor de verzekeraar bestaat in dit systeem vooral uit de inschatting van het aantal ritten. Afhankelijk van het gebruik van de voorziening door de verzekerden zal de verzekeraar facturen ontvangen voor ambulancezorg. Hierbij is het risico voor alle verzekeraars even groot omdat de tarieven voor alle verzekeraars even hoog zijn. De inschatting van het aantal ritten is op basis van het verleden met redelijke zekerheid te maken. Het betalingsrisico is hiermee te overzien voor een verzekeraar. Het betalingsrisico van de beschikbaarheidsvergoeding wordt belegd bij de beheerder van de collectieve middelen.

Het liquiditeitsrisico bevindt zich bij deze variant tussen de twee andere varianten. Op basis van de geleverde prestaties ontvangt een aanbieder financiële middelen. De hoogte van deze opbrengsten is hierbij afhankelijk van het totaal aantal gereden ritten. Hoe meer ritten een aanbieder rijdt des te meer zal de lumpsumvergoeding gedekt worden door de prestatiefinanciering. Behalve deze vergoeding voor de geleverde prestaties ontvangt een aanbieder eventueel ook een aanvullende beschikbaarheidsvergoeding. Met deze knip in de financiering wordt de financiering minder afhankelijk van de inschatting van het aantal ritten dan bij een 100% financiering op prestaties.

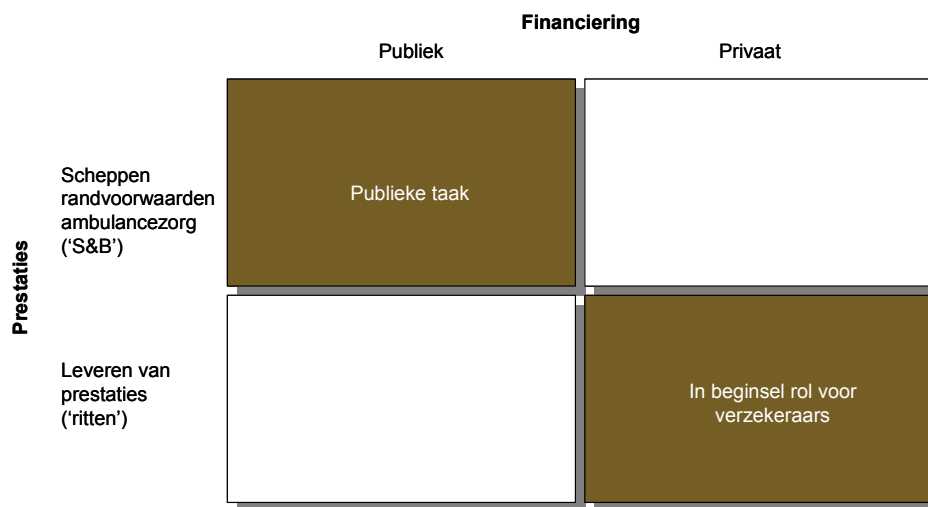
Op basis van het gecombineerde financieringsysteem is het voor een verzekeraar mogelijk het eigen risico in te houden op de betaling van de zorg. De vaste tarieven tellen mee voor het eigen risico.

De administratieve lasten van dit systeem zijn hoog, doordat het een combinatie van beide beschreven systematieken is. In dit geval moet er een ritprijs berekend worden en moet er een beschikbaarheidcomponent berekend worden. Ook voor de zorgverzekeraars is dit complex, doordat er twee financieringsstromen op gang komen.

## 6.4 Rolverdeling Minister en zorgverzekeraars

Op basis van de positie van zorgverzekeraars in de Zvw zou er beleidsmatig tot een rolverdeling tussen zorgverzekeraars en de Minister gekomen kunnen worden. Een in principe goed bij de overheid passende rol zou zijn de financiering van de beschikbaarheidkosten op zich te nemen. Deze beschikbaarheidsvergoeding vormt dan de financiële basis voor de organisatie van een voldoende niveau van spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg. De verzekeraars financieren in dit model de geleverde prestaties in de vorm van ritten op basis van de zuivere ritgebonden kosten. Hierbij bestaat de beleidsmatige wens om de rol van zorgverzekeraars als kritische toezichhouders op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te versterken. Het toekennen van een rol bij de financiering, geheel of deels, past bij deze beleidsmatige wens. Onderstaande figuur geeft deze rolverdeling weer.

**Figuur 6.1. Prestaties vs financiering**



Bron: NZa

Uit puur beleidsmatige optiek zou dan ook gekozen kunnen worden voor een gecombineerd systeem van prestatiefinanciering en een vergoeding uit collectieve middelen als aan de daarvoor te vervullen voorwaarden is voldaan. Hierbij moet verder dan de kanttekening worden geplaatst dat de rol van de verzekeraars bij de financiering van de ambulancezorg niet probleemloos is, omdat de relatie tussen te hanteren tarieven voor prestaties en de kosten van deze prestaties nog niet hard te maken is. Verder staan tegenover dit model enkele praktische bezwaren zoals de 'dubbele' administratieve lasten, zowel aan de zijde van verzekeraars als bij de overheid.



Tot slot is het ook de vraag of vooral de zuiver ritgebonden kosten voldoende substantieel zijn; het is denkbaar dat bij de ambulancezorg de beschikbaarheidskosten dermate dominant zijn dat gedeeltelijke private financiering op basis van zuivere ritgebonden leidt tot grote extra administratieve lasten waar maar een beperkte inhoudelijke meerwaarde tegenover staat.

Voorwaarde voor het beleggen van een financiële rol bij verzekeraars is dat deze invloed moeten kunnen uitoefenen of de uitvoering van de ambulancezorg wat betreft kwaliteit en doelmatigheid, dat de hiervoor benodigde sturingsinformatie beschikbaar is en dat bij voorkeur zowel aanbieder als verzekeraar een financiële prikkel ondervinden. Aan deze voorwaarden is niet voldaan.

Zoals in hoofdstuk 5 aangegeven, is verder van belang dat de invloed van de Minister op de ambulancezorg groot is. Een belangrijk deel van de bekostiging van de ambulancezorg wordt publiek ingevuld. De verantwoordelijkheid voor de ambulancezorg wordt in de WAZ in handen van de Minister van VWS gelegd:

- De Minister verleent de vergunning, onder voorwaarde van door hem te controleren kwaliteit van zorg.
- De bekostiging maakt in 2011 en 2012 deel uit van de vergunningverlening.
- De landelijke financiering van de ambulancezorg (Budgettair Kader Zorg) wordt door de Minister van VWS bepaald.

Omdat deze verantwoordelijkheid bij hem berust, kan gesteld worden dat het ook logisch is om de gehele financiering van de ambulancezorg neer te leggen bij de Minister van VWS. Een financiering d.m.v. vergoedingen uit collectieve middelen is dan de aangewezen financieringsmethode. Hiermee wordt voorkomen dat verzekeraars een rol krijgen bij de financiering die niet of nauwelijks 'inhoudelijk' onderbouwd is en hun medeverantwoordelijk maakt voor kwaliteit en doelmatigheid van de ambulancezorg terwijl zij hier in de praktijk toch maar weinig invloed op kunnen uitoefenen.

Zoals beschreven in hoofdstuk 5 zijn er mogelijkheden om de verzekeraars te betrekken bij de inkoop van de ambulancezorg. Op basis van deze mogelijkheden zou gekozen kunnen worden voor een financieringssysteem op basis van prestatie of een gecombineerd systeem van prestatiefinanciering en een vergoeding uit collectieve middelen. Bij deze financieringswijze wordt verondersteld dat "er iets te onderhandelen" is, dat zorgverzekeraars als aanbieders een financiële prikkel ondervinden en verder dat er sturingsinformatie beschikbaar is op basis waarvan deze onderhandelingen kunnen worden gevoerd.

Het onderscheid tussen de kosten voor beschikbaarheid en de ritgebonden kosten is van groot belang als gestreefd wordt naar een financieringsmodel waarin de tarieven voor de prestaties daadwerkelijk aansluiten bij de kosten van de ambulancezorg. Voor het verder stimuleren van de doelmatigheid van de ambulancezorg is deze scheiding essentieel. Het is zaak om deze beschikbaarheidskosten goed te isoleren van de ritkosten en deze afzonderlijk te financieren óf deze op een acceptabele manier te versleutelen in de tarieven voor de uit te voeren ritten. Een goede splitsing van de kosten vanwege beschikbaarheid en de te maken ritten is ook van belang omdat op die manier een basis wordt gecreëerd voor benchmarking. In grote lijnen lenen de zuivere ritgebonden kosten zich in principe goed voor benchmarking omdat er geen overtuigende redenen zijn waarom deze (sterk) uiteen zouden moeten lopen tussen verschillende aanbieders.

Voor de beschikbaarheidskosten speelt mee dat deze in sterke mate regionaal bepaald zijn en dat bovendien het verleden mede bepalend is voor het actuele kostenniveau. Ter illustratie: een relatief dure huisvesting of hoge kapitaalslasten zijn op korte termijn maar beperkt beïnvloedbaar.

## 6.5 Advies: financiering in 2011-2012 en vanaf 2013

De NZa adviseert de Minister van VWS om een principiële keuze te maken voor een publieke financiering. Aan de voorwaarden voor een private financiering met een zinvolle rol voor de zorgverzekeraars is in elk geval niet voldaan en het is de vraag of op afzienbare termijn aan de hieraan te stellen voorwaarden kan worden voldaan. Een gemengd model heeft ook belangrijke nadelen, waarbij vooral relatief hoge administratieve lasten en een voorlopig gebrekkig inzicht in de kostenopbouw, in het bijzonder het onderscheid tussen beschikbaarheidskosten en zuivere ritkosten, meespelen.

De principiële keuze voor publieke financiering sluit aan bij de constatering dat de bekostiging publiek is geregeld en dat belangrijke zaken als het op te stellen PvE ook volledig publiek worden bepaald. Met deze keuze wordt bovendien voorkomen dat aan de zorgverzekeraars een verantwoordelijkheid wordt gegeven die zij maar zeer beperkt waar kunnen maken. Een publieke financiering is bovendien transparant en leidt tot relatief weinig administratieve lasten. Wel dient opgemerkt te worden dat hiervoor aanpassing van onderliggende wet- en regelgeving nodig lijkt.

De NZa neemt in haar advies wel mee dat er een beleidsmatige wens is om de zorgverzekeraars een rol te geven bij de financiering en dat hiervoor ook een wettelijke motivatie is. Als de Minister kiest voor het toekennen van een rol aan de zorgverzekeraars bij de financiering, dan zullen de volgende voorwaarden goed ingevuld moeten worden:

- de rol van de zorgverzekeraars bij de financiering moet ook 'inhoud' krijgen in die zin dat zij dan ook in staat gesteld moeten worden sturing te geven aan de uitvoering van de ambulancezorg en kunnen toetsen of gemaakte afspraken worden nagekomen;
- hiervoor is het noodzakelijk dat meer sturingsinformatie wordt verzameld met monitoring (zowel van kwaliteit als van kosten en doelmatigheid en wat het laatste betreft dan vooral ook de relatie tussen te leveren prestaties en de daaraan verbonden kosten);
- verder ligt het dan in de rede dat zowel aanbieders als zorgverzekeraars een financiële prikkel ondervinden.

Zoals aangegeven is aan deze voorwaarden niet voldaan en vooral voor de gewenste sturingsinformatie moeten dan ook nog grote inspanningen worden geleverd.

Gezien het feit dat voor de langere termijn nog diverse mogelijkheden openstaan, adviseert de NZa voor de korte termijn, voor de periode 2011-2012, geen overhaaste beslissingen te nemen wat betreft de financiering. Dit houdt concreet in dat de NZa afraadt om voor de korte termijn een overstap te maken van het huidige volledig private financieringsmodel naar een publiek model omdat ondanks de hiervoor aangegeven principiële keuze voor een publiek model alsnog bezien zou kunnen worden of voor de periode vanaf 2013 niet alsnog voldaan zou kunnen worden aan de geschetste randvoorwaarden voor het toekennen van een rol bij de financiering aan de zorgverzekeraars.

Hierin speelt mee dat systeemwisselingen leiden tot ongewenste hoge administratieve verplichtingen en anderszins ongewenste irritaties bij de betrokken partijen.

Daarom is continuering van het huidige financieringsmodel voor 2011-2012 het meest praktisch, waarbij de betaling via de zorgverzekeraars verloopt, met acceptatie van het nadelen van het huidige systeem. Als de besluitvorming over de inhoud van de bekostiging voor 2013 afgerond is en als meer duidelijkheid verkregen is over de vraag of aan de voorwaarden voor een rol voor de zorgverzekeraars kan worden voldaan, kan een definitieve keuze gemaakt worden in de financiering.



## 7. Risico's bij verdeling vergunningen

Na de mogelijke bekostigingswijze en financiering van de ambulancezorg komt een aantal aandachtspunten aan de orde waarmee rekening gehouden moet worden bij de verdeling van de vergunningen. Hoofdstuk 7 gaat in op op de daarbij mogelijk relevante risico's en hoe deze kunnen worden voorkomen dan wel beperkt. Keuzes voor de manier van verdelen van de vergunningen en ook de bekostiging kunnen allerlei mogelijk ongewenste juridische risico's genereren dan wel mogelijk ongewenste personele en sociale effecten veroorzaken.

Hoofdstuk 7 gaat achtereenvolgens in op:

- consequenties van de hiervoor gepresenteerde analyses en voorgestelde keuzes over de bekostiging en de financiering van de ambulancezorg;
- aan de verdeling van de vergunningen te stellen eisen en daarbij te hanteren voorwaarden;
- uitwerken van een Programma van Eisen (PvE) en keuzes over het relatieve gewicht van kwaliteit en prijs.
- Aanwezigheid van een gelijk speelveld ('level playing field') bij de verdeling van de vergunningen;
- de positie van het huidige personeel en nu gebruikte huisvesting en materieel waarbij ook een eventuele overnameverplichting wordt besproken als middel om sociale problematiek respectievelijk kapitaalsvernietiging te voorkomen.

Aan het eind van hoofdstuk 7 worden de conclusies over de verdeling van de ambulancevergunningen gepresenteerd, waarbij ook ingegaan wordt op eventuele wettelijke en juridische complicaties.

### 7.1 Uitgangspunten voor verdeling vergunningen

De hiervoor gepresenteerde analyses over de bekostiging en de financiering hebben consequenties voor de manier waarop de vergunningen (het beste) kunnen worden verdeeld. Bovendien heeft de NZa in 2008 een uitvoeringstoets 'Met spoed!' <sup>28</sup> opgesteld voor de acute zorg als geheel met daarinbinnen ook aandacht voor het onderdeel 'stabilisatie en vervoer', in casu de ambulancezorg.

#### 7.1.1 Weergave resultaten uitvoeringstoets 'Met spoed!'

In deze uitvoeringstoets is geconcludeerd dat de ambulancezorg zich niet leent voor concurrentie 'op de markt'. Er is behoefte aan een centrale regie via één meldkamer. Als er diverse aanbieders in een regio aanwezig zijn, is er behoefte aan optimale onderlinge afstemming en het is zeer de vraag of die in een situatie van concurrerende belangen tot stand kan komen. Voor de ambulancezorg komen in principe de volgende marktmodellen in aanmerking:

- concurrentie 'om de markt' in de vorm van aanbesteding van concessies;
- gesimuleerde concurrentie door vergelijking van de relatieve prestaties van aanbieders ten opzichte van elkaar via benchmarking.

In de eerste variant dienen marktpartijen in concurrentie een voorstel in, waarin zij zich zo goed mogelijk richten op de door de vergunning-

<sup>28</sup> NZa, *Met spoed! Advies over verbetering van de regulering van acute zorg*, februari 2008.

verlener gehanteerde criteria zoals opgenomen in het door hem op te stellen PvE. De selectie kan in principe plaatsvinden op kwaliteit en/of prijs. De eisen dienen daarbij concreet en toetsbaar te zijn, zodat ook kan worden toegezien op de naleving ervan. Bij presteren beneden de norm zou dit kunnen resulteren in een strafkorting; tegenover extra presteren kan een extra beloning staan. Om ervoor te zorgen dat de aanbieder prikkel blijft ervaren om goede zorg te leveren, moet de concessie bij voorkeur voor een bepaalde periode gelden<sup>29</sup>.

Gesimuleerde concurrentie in de vorm van benchmarking is in principe geen manier van verdelen van vergunningen. Het is een manier om het presteren van aanbieders met monitoring in positieve zin te beïnvloeden en wel in de richting van best practices. De doelmatigheidsprikkel in een model van benchmarking kan sterk zijn en hetzelfde geldt ook voor kwaliteitsbevordering; een en ander afhankelijk van op welk aspect de focus ligt. Benchmarking veronderstelt verder dat prestaties voldoende vergeleken en beoordeeld moeten kunnen worden.

In 'Met Spoed!' is hierover reeds geconstateerd dat de prestaties van de aanbieders van ambulancevervoer in beginsel transparant zijn en eenduidig te definiëren. Dit is bijvoorbeeld een belangrijk kwaliteitsaspect van de ambulancezorg als de tijdigheid van de ritten. Het laat echter onverlet dat in bredere zin nog weinig sturingsinformatie beschikbaar is. Enkele jaren terug is hierover geconcludeerd<sup>30</sup> dat de zorgverzekeraars maar beperkt zicht hebben op de kwaliteit van de ambulancezorg met uitzondering van de tijdigheid van de spoedritten: de controle of 95% van deze ritten inderdaad binnen 15 minuten ter plekke is. Er is geen aanleiding te veronderstellen dat sindsdien deze situatie belangrijk is verbeterd. Ook is er maar beperkt zicht op de doelmatigheid en betaalbaarheid van de ambulancezorg. Een keuze voor prestatie-bekostiging betekent daarmee dat wat betreft transparantie van de kwaliteit van de ambulancezorg en te hanteren sturingsinformatie grote inspanningen noodzakelijk zijn, onafhankelijk van de vraag of de aansturing van de ambulancezorg plaatsvindt vanuit de vergunning-verlener of door de zorgverzekeraars<sup>31</sup>.

### 7.1.2 Consequenties van keuzes bij bekostiging en financiering

Een keuze voor een bekostigingsmodel dat uitgaat van een vaste lumpsumvergoeding, heeft als logische consequentie dat bij de verdeling van de vergunningen voor de ambulancezorg wordt gekozen voor selectie op basis van kwaliteit alleen. Aanbieders kunnen zich niet onderscheiden op prijs, dus zullen zij zich anders en wel op kwaliteit moeten profileren. In het voor de periode 2011-2012 beoogde model met een bandbreedte bestaat deze mogelijkheid wel: in principe is dan selectie op basis van zowel kwaliteit als prijs mogelijk.

---

<sup>29</sup> Althans vermindert de doelmatigheidsprikkel sterk indien gekozen wordt voor een concessieverlening voor onbepaalde tijd, waarbij de vermindering kan worden beperkt indien bij een dergelijke keuze sprake is van een periodieke herijking waarbij bij onvoldoende presteren de mogelijkheid bestaat om de vergunning weer in te trekken.

<sup>30</sup> College toezicht zorgverzekeringen (Ctz), *Prestaties zorgverzekeraars bij inkopen ambulancezorg*, april 2005.

<sup>31</sup> In theorie is aansturing door de cliënt ook mogelijk, maar in het geval van de ambulancezorg is dit ten aanzien van de spoedeisende ritten in de praktijk onmogelijk.

Als gekozen wordt voor een bekostigingsmodel op basis van een maximumvergoeding of een lumpsumvergoeding met een bandbreedte en de wens bestaat om (mede) op basis van kwaliteit te selecteren, zijn twee situaties denkbaar:

- de vergunningverlener bepaalt zelf de kwaliteitseisen en legt deze voorafgaand aan de selectieprocedure vast;
- de vergunningverlener laat aan de biedende partijen de vrijheid om zelf uiteenlopende kwaliteitsniveaus uit te werken of zij formuleert zelf vooraf enkele kwaliteitsniveaus.

Navolgende schema illustreert dit:

**Figuur 7.1. Bekostigingsmodellen versus kwaliteit (I)**

Vaststellen budget	Vast budget	Bandbreedte	Maximum budget
Kwaliteitseisen			
Kwaliteit vast	<b>X</b> (geen logische combinatie)	Alleen op prijs concurreren	
Kwaliteit variabel	Alleen op kwaliteit concurreren	Op kwaliteit en op prijs (kosten) concurreren	

Bron: NZa

Hiervoor is, zoals verwoord in hoofdstuk 4, voor de periode 2011-2012 gekozen voor bekostiging op basis van een lumpsum vergoeding met een bandbreedte. Paragraaf 7.3 gaat in op de vraag of en zo ja hoe het beste kan worden omgegaan met de aan de ambulancezorg te stellen kwaliteitseisen bij het verdelen van de vergunningen.

Voor op de te stellen kwaliteitscriteria in te gaan, wordt in paragraaf 7.2 ingegaan op de voorwaarden die gesteld moeten worden aan de verdelingswijze van de vergunningen voor ambulancezorg, vooral uit het perspectief voor het gewenste gelijke speelveld ('level playing field') tussen de diverse met elkaar om deze vergunningen concurrerende partijen.

## 7.2 Voorwaarde voor verdeling in concurrentie

Als de vergunningen in concurrentie worden verdeeld, moet aan een aantal voorwaarden voldaan zijn. Wij noemen hier de belangrijkste:

- de bij de verdeling te hanteren selectiecriteria dienen eenduidig, objectief, onderling consistent en toetsbaar te zijn. Dit geldt overigens ook voor de in het PvE op te nemen eisen;
- de selectieprocedure dient transparant te zijn en de aan te besteden dienst dient scherp omschreven te zijn, zodat biedende partijen weten waaraan zij toe zijn;
- er is zoveel als mogelijk voldaan aan de wens van een gelijk speelveld ('level playing field') tussen biedende partijen.

Vanwege het grote belang van het gelijke speelveld, is hier een afzonderlijke paragraaf (7.3) aan gewijd.

### 7.2.1 Eenduidige, objectieve, consistente en toetsbare criteria

De eerste voorwaarde heeft onder meer implicaties voor de wijze waarop kwaliteit als selectie criterium wordt uitgewerkt. Zonder voldoende heldere en toetsbare criteria ontstaan er problemen, waarbij het oordeel van de NZa is dat vooral het uitwerken van kwaliteitscriteria lastig is. Feitelijk zijn vooral de tijdigheid van de rituitvoering, de kwaliteit van het in te zetten personeel en materieel en een aantal vooral organisatorische aspecten voldoende hard toetsbaar. Deze constatering bemoeilijkt ook het selecteren op basis van variabele kwaliteitsniveaus. Als hier toch voor wordt gekozen, dan is bij voorkeur voldaan aan twee voorwaarden:

- gehanteerde kwaliteitscriteria zijn voldoende hard en toetsbaar;
- de vergunningverlener bepaalt bij voorkeur vooraf zelf een beperkt aantal kwaliteitsniveaus op basis van deze hard toetsbare criteria.

Voorkomen moet worden dat de vergunningverlener uiteenlopende en sterk subjectieve kwaliteitsniveaus moet beoordelen en tegen elkaar dient af te wegen. Interpretatieverschillen tussen vergunningverlener en biedende partijen -en in een later stadium: gekozen aanbieders - vormen een voedingsbodem voor juridische problemen. Als zaken multi-interpretabel zijn kan dit ertoe leiden dat partijen afhaken in het biedingsproces en/of protest indienen en verliezende partijen kunnen beroep aantekenen. Een en ander kan gepaard gaan met substantiële financiële claims.

### 7.2.2 Helderheid over te leveren dienst & transparant selectieproces

Over de gewenste helderheid voor het te verdelen 'product', ligt een potentieel knelpunt vanwege de omstandigheid dat per 1 januari 2013 overgestapt wordt op een gewijzigd bekostigingssysteem. Vanwege het voornemen vanaf 2013 de bekostiging te organiseren op basis van prestaties, weten biedende partijen niet volledig waar zij aan toe zijn. Zijn zij na 2013 in staat om de normen die met benchmarking worden bepaald, goed te halen of is dit niet het geval? Wordt (vrijwel) alle te behalen efficiencywinst onmiddellijk afgeroomd door benchmarking? Voorafgaand aan de vergunningverlening moet volledige helderheid geschapen worden over de bekostigingswijze, de hoogte van de te ontvangen vergoeding en de factoren waarvan deze afhankelijk is.

Verder is het in het algemeen wenselijk dat het proces van de verdeling van de ambulancevergunningen transparant wordt opgezet. De gewenste duidelijkheid gaat dan onder meer over de te hanteren selectiecriteria en het relatieve gewicht die deze criteria krijgen. Een belangrijke keuze hierbij is het benoemen van criteria tot minimumeis: als aan bepaalde criteria niet of niet voldoende voldaan is, dan kan de vergunning niet worden verleend aan de partij.

Een aandachtspunt bij het vooraf vastleggen van de kenmerken van de door ambulancediensten te bieden zorg, is dat zich onvoorziene omstandigheden kunnen voordoen. Als dit gaat om omstandigheden met een beperkte impact op de kosten van de ambulancezorg, dan kan worden gesteld dat dit behoort tot de 'normale bedrijfsrisico's. Uitgangspunt is dat bij een lumpsum vergoeding geen nacalculatie plaatsvindt. Er kunnen echter extreme situaties optreden die een uitzondering op deze regel rechtvaardigen, bijvoorbeeld:

- mogelijk een grote calamiteit die zeer grote inzet vergt;
- extreem hoge prijsstijgingen door onverwachte marktomstandigheden;



- mogelijk gewijzigde eisen aan de meldkamer vanuit het lokaal bestuur of de politie en brandweer als ketenpartners.

De vergunningverlener zal de voorgenomen handelswijze in zulke uitzonderlijke en onvoorziene situaties voorafgaand aan de selectieprocedure voor de ambulancezorg helder uiteen moeten zetten om te voorkomen dat aanbieders in hun biedingen mogelijk hoge risicopremies inbouwen om zich voor deze risico's in te dekken.

### **7.3 Rol van kwaliteit bij selectie van aanbieders**

Een keuze voor een bekostigingsmodel op basis van een lumpsumvergoeding met een bandbreedte maakt het mogelijk om bij de verdeling van de vergunningen zowel op kwaliteit als op prijs te selecteren. Het bestuurlijke uitgangspunt voor het advies is dat kwaliteit en continuïteit van de ambulancezorg prevaleren boven doelmatigheidsprykkels. Het grote belang dat aan kwaliteit wordt toegekend, zal vanzelfsprekend moeten worden uitgewerkt in het op te stellen PvE. Bij de uitwerking van het PvE moeten de volgende vragen worden beantwoord:

- Welke kwaliteitseisen moeten worden benoemd tot minimumeis en bij welke eisen kan er bij de selectie sprake zijn van differentiatie?
- Over welke aspecten van de kwaliteit zou na vergunningverlening kunnen worden onderhandeld door aanbieder en zorgverzekeraar?
- Wie controleert of kwaliteitsafspraken ook nagekomen worden?
- Is er voldoende sturingsinformatie beschikbaar over de kwaliteit?

#### **7.3.1 Uitwerken kwaliteitseisen: minimumeis of onderhandeling?**

De NZa concludeert dat de meeste belangrijke kwaliteitseisen óf benoemd zouden moeten worden als minimumeis óf te weinig hard meet- en toetsbaar zijn om als basis te kunnen dienen voor de selectie van de uitvoerders van de ambulancezorg.

Het beeld is als volgt:

**Tabel 7.1. Toepassing kwaliteitseisen in de praktijk**

Vooraf vastleggen (wettelijk of door vergunningverlener in PvE)	In selectieproces afwegen van biedingen met uiteenlopende kwaliteitsniveaus	Resultaat van onderhandeling met zorgverzekeraar
<p>Bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 15 minuten-grens;</li> <li>- Bemensing ambulances;</li> <li>- Kwaliteit ambulances.</li> </ul> <p>Het lijkt mogelijk om de belangrijkste kwaliteitseisen vooraf vast te stellen via wet- en regelgeving of door opname in het PvE en gelet op het belang van een kwalitatief voldoende ambulancezorg verdient dit misschien ook de voorkeur.</p>	<p>Vraag is in welke mate het nodig en wenselijk is om in het biedingsproces te werken met variabele kwaliteits-eisen<sup>32</sup></p>	<p>Zorgverzekeraars toetsen vooral op de tijdigheid van de ambulancezorg<sup>33</sup>. Zij toetsen daarnaast in enige mate ook op betaalbaarheid (i.c. doelmatigheid) en in veel mindere mate op kwaliteit.</p> <p>Er zijn beperkte mogelijkheden om de zorgverzekeraars een uitgebreidere rol te laten spelen over vooral doelmatigheid en kwaliteit.</p>

Bron: NZa

In grote lijnen kan worden gesteld dat de belangrijkste kwaliteitseisen geformuleerd zouden kunnen worden in de vorm van minimumeisen. Deze worden dan aan alle aanbieders opgelegd. Het betreft dan vooral de volgende (soorten) eisen:

- 15 minuten-grens;
- bemensing ambulances (aantal, opleidingsniveau, kwaliteit);
- kwaliteit van het in te zetten materieel (ambulances en inrichting daarvan).

Uit maatschappelijk oogpunt is het moeilijk te verdedigen dat in de ene regio 'goede' kwaliteit ambulancezorg wordt geleverd en in andere 'minder goede'. Zo'n keuze is ook niet in lijn met het in de Zorgverzekeringswet neergelegde uitgangspunt dat iedere verzekerde binnen het basispakket recht heeft op zorg die 'state of the art' is. Feitelijk wordt zo bepaald dat alle aanbieders van ambulancezorg op een en hetzelfde niveau van best practices dienen te werken. Uit maatschappelijk perspectief is het ook onwenselijk als de ambulancezorg in de ene regio van een 'betere' kwaliteit is dan in andere regio's.

Een andere categorie van kwaliteitseisen heeft vooral betrekking op de interne organisatie van ambulancediensten en de wijze waarop zij met elkaar en met de ketenpartners samenwerken. Op deze aspecten zouden de zorgverzekeraars eventueel een rol kunnen krijgen (vanaf 2013) om in een onderhandelingscontext met de aanbieders te zoeken naar de meest passende werkwijzen.

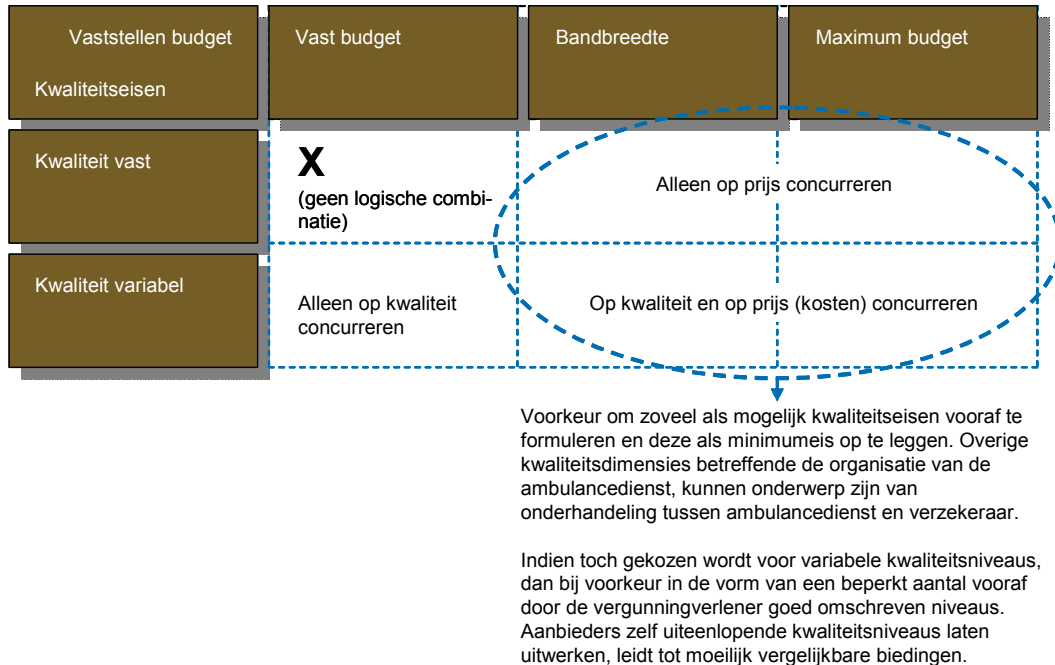
Het ontbreken van harde sturingsinformatie over diverse aspecten van de kwaliteit van de ambulancezorg, bemoeilijkt de selectie van de aanbieders op deze kwaliteitsaspecten.

<sup>32</sup> Biedingen met uiteenlopende kwaliteitsniveaus zijn moeilijk tegen elkaar af te wegen en de dan te maken selectie wordt juridisch complex met alle risico's van dien. Veel kwaliteitselementen kunnen verder vooraf worden vastgelegd en als minimumeis worden opgenomen in het PvE dan wel worden belegd als onderhandelingselement tussen ambulancedienst en zorgverzekeraar.

<sup>33</sup> College toezicht zorgverzekeringen (CTZ), *Prestaties zorgverzekeraars bij inkopen ambulancezorg*, april 2005.

Het risico is dan groot dat aanbieders subjectieve en niet te toetsen uitwerkingen van deze kwaliteitsaspecten opnemen in hun bieding. Deze voorstellen beoordelen is lastig en bovendien juridisch riskant in die zin dat het een voedingsbodem is voor bezwaren van de afvallers bij de selectie.

**Figuur 7.2. Bekostigingsmodellen versus kwaliteit (II)**



Bron: NZa

Als de vergunningverlener desalniettemin bij de selectie met variabele kwaliteitsniveaus wil werken, dan verdient het de voorkeur om deze als vergunningverlener vooraf zelf te bepalen. Als dit niet wordt gedaan, wordt het risico van niet toetsbare 'mooschrijverij' sterk vergroot.

De hiervoor gepresenteerde analyses leiden tot de volgende keuze:

- in het PvE worden de belangrijkste kwaliteitseisen scherp benoemd en als een minimumeis gekwalificeerd;
- operationele kwaliteitskenmerken zouden onderwerp kunnen zijn van een onderlinge dialoog en eventueel onderhandeling tussen de ambulancedienst en de zorgverzekeraars (vanaf 2013);
- als de vergunningverlener (mede) wil selecteren op basis van uiteenlopende kwaliteitsniveaus, dan dient daarbij wel voldaan te zijn aan de voorwaarden dat de te hanteren criteria hard en toetsbaar zijn en dat de vergunningverlener zelf een beperkt aantal kwaliteitsniveaus bepaalt.

### 7.3.2 Toezien op naleving van kwaliteitseisen

Na de verlening van de vergunningen voor ambulancezorg zal strikt toegezien moeten worden op naleving van de overeengekomen kwaliteit. Primair dient de vergunningverlener hierop toe te zien, daarbij ondersteund door IGZ en eventueel de NZa<sup>34</sup>.

<sup>34</sup> Een mogelijke afbakening kan zijn dat IGZ zich richt op de kwalitatieve aspecten en de NZa op de doelmatigheid en kosten.

De zorgverzekeraars kunnen verder een signaleringsfunctie vervullen en aanbieders desgewenst aanspreken op bepaalde aspecten van de zorg die verbetering behoeven.

Om effectief te kunnen toezien op de vraag of de overeengekomen kwaliteit wordt geleverd, is het van groot belang dat er relevante sturingsinformatie beschikbaar is. Hier ligt een belangrijke uitdaging voor alle betrokkenen omdat zoals, hiervoor aangegeven, voor een aantal kwaliteitsaspecten geldt dat hiervoor nog weinig harde informatie beschikbaar is.

Naleving van overeengekomen kwaliteitseisen wordt verder bevorderd als er voor de aanbieders consequenties verbonden zijn aan het (structureel) niet nakomen van deze eisen. Daarbij is het essentieel dat bij de vergunningverlening ook de mogelijkheid van het terugnemen van de vergunning als ultimum remedium is vastgelegd. Het afnemen van een vergunning kan echter alleen plaatsvinden als de vergunningverlener hard kan aantonen dat overeengekomen kwaliteitseisen niet zijn nagekomen en dat de aanbieder hier diverse keren op is aangesproken. De wijze waarop de vergunningverlener hiermee omgaat, moet hij vooraf kenbaar maken. Om de naleving verder te bevorderen, kan overwogen worden om bij het onvoldoende naleven van kwaliteitseisen, bijvoorbeeld over de tijdigheidnorm, strafkortingen op te leggen.

## 7.4 Gelijk speelveld als voorwaarde

Voor het gewenste gelijke speelveld ('level playing field') tussen aanbieders van ambulancezorg, zijn drie verschillen vooral van belang:

- onderscheid tussen huidige aanbieders en nieuwkomers in de markt voor ambulancezorg;
- onderscheid tussen publieke en private aanbieders;
- onderscheid tussen partijen die zich richten op één regio en partijen die zich richten op meerdere (eventueel alle) regio's.

Bij voorkeur wordt gewaarborgd dat alle potentiële aanbieders van ambulancezorg in eenzelfde uitgangspositie zitten wat betreft kennis van de organisatie en uitvoering van de ambulancezorg en daaraan verbonden kosten. Bij het beoordelen van de mate waarin sprake is van een gelijk speelveld richt de NZa zich op twee dimensies: kennis en kosten.

### 7.4.1 Kennis

In kennis hebben de huidige uitvoerders van de ambulancezorg een voorsprong. Zij kennen de regio('s) waarin zij actief zijn het beste en kunnen op basis daarvan naar verwachting ook de voor een adequate ambulancezorg in deze regio benodigde inspanningen en daaraan te verbinden kosten beter inschatten. Het is daarom wenselijk om optimale transparantie na te streven over onder meer de logistieke aspecten per regio en andere kostenbepalende factoren van de ambulancezorg om zo eventuele nieuwkomers zoveel als mogelijk het gewenste gelijke speelveld te bieden.

Tussen huidige aanbieders en nieuwkomers kan op voorhand een in potentie belangrijk verschil worden aangewezen, namelijk dat de huidige aanbieders, althans voor hun regio ('s), een voorsprong hebben qua kennis van omstandigheden voor de ambulancezorg en qua kosten van de uitvoering ervan.

De huidige aanbieders hebben op basis van de praktijk uitgebreide ervaring opgebouwd met de logistieke aspecten van de te bedienen regio en ook de voor een adequate dienstverlening noodzakelijke bemensing. Om deze ongelijkheid zo klein mogelijk te laten zijn, bevelen wij aan om:

- optimale transparantie over de belangrijkste logistieke aspecten van de regio om nieuwkomers zoveel als mogelijk inzicht te bieden in de kostenbepalende factoren van de ambulancezorg;
- een manier te vinden om de kostenstructuur van de huidige aanbieder inzichtelijk te maken voor alle aanbieders op zodanige wijze dat de concurrentiepositie van de huidige aanbieder niet onnodig wordt geschaad.

#### 7.4.2 Personele kosten (inclusief ouderenbeleid)

Qua kosten geldt dat de belangrijkste kostenpost in de ambulancezorg de personeelskosten betreft. Daarom is aandacht nodig voor ongelijkheid op het vlak van arbeidsvoorwaarden en personeelskosten. Wij zien op dit vlak twee relevante aandachtspunten:

- verschillen in door de publieke en private partijen gehanteerde CAO's;
- omgang met zittend personeel.

Voor het eerste aandachtspunt geldt dat sinds 2002 de primaire arbeidsvoorwaarden weliswaar grotendeels zijn geharmoniseerd, maar dat er wel een onderscheid is wat betreft het ouderenbeleid. Concreet is de situatie als volgt<sup>35</sup>:

- FLO-overgangsrecht voor de werknemers van 'publieke ambulances';
- een versoerd FLO-overgangsrecht voor de werknemers van de zogenoemde B3-instellingen;
- VUT-overgangsrecht voor de private ambulancediensten.

Door het FLO-overgangsrecht zijn de publieke dienstverleners duurder dan de private aanbieders. Maar ook deze (huidige) private aanbieders vrezen concurrentie omdat partijen van buiten volgens verwachting mee zullen dingen naar een vergunning en op arbeidskosten mogelijk veel goedkoper zijn. Volgens de vergunningsverlening bestaat er dan ook ongelijkheid in kosten tussen de aanbieders die niet rechtstreeks door de individuele aanbieder te beïnvloeden zijn. Om de ongelijkheid op te heffen, streven de ambulancediensten naar één algemeen verbindend verklaarde CAO, die ook van toepassing zou moeten zijn op eventuele nieuwe toetreders tot de markt. Als zo'n CAO tot stand komt is het level playing field hersteld en kan de vergunningverlening tot stand komen inclusief de effecten van het ouderenbeleid.

als zo'n CAO echter niet tot stand komt dient de vraag beantwoord te worden in hoeverre zulke verschillen een rol dienen te spelen in de selectie van de aanbieder. Uit het oogpunt van doelmatigheid zou besloten moeten worden dat deze kosten onderdeel vormen van de totale kostenstructuur en dat de selectie moet plaats vinden op de kosten inclusief de kosten van het ouderenbeleid. Vanuit het oogpunt van rechtvaardigheid en het streven naar een gelijk speelveld kan echter de lijn gehanteerd worden dat kosten die niet direct te beïnvloeden zijn door een aanbieder geen rol mogen spelen in de selectie van een aanbieder.

Een manier om de kosten van het ouderenbeleid buiten de selectie te houden, zou gevonden kunnen worden in een aparte opgave van de

<sup>35</sup> De werknemers van de publieke diensten (met name gemeentelijk) vallen onder de CAO-UWO (het gaat om circa 1.500 medewerkers); daarnaast vallen er circa 550 medewerkers onder de CAO-UWO met daarbij een B3-status; de overige circa 1.000 medewerkers in de ambulancezorg zijn werkzaam bij private instellingen en zij vallen onder de CAO Ambulance.

kosten die betrekking hebben op het ouderenbeleid. Hiermee worden randvoorwaarden voor de aanbieders op dit punt voor het overige gelijk getrokken en kan objectief gekozen worden voor een bepaalde aanbieder. De definitieve lumpsumvergoeding wordt vervolgens vastgesteld inclusief de kosten van het ouderenbeleid.

Over de personele kosten is ook de op 2 december 2008 in de Eerste Kamer aangenomen motie van het lid Slagter-Roukema van belang, waarin is bepaald dat "de Minister van VWS verzoekt om in het PvE op te nemen dat de vergunninghouder bij vacatures personeel van de oude vergunninghouders overneemt". Er vindt discussie plaats over de vraag of dit voldoende is. Deze overnameverplichting vormt verder een mogelijke bedreiging voor de kostenopgave van een aanbieder. Een aanbieder kan bij het opstarten van de organisatie in een situatie met een overnameverplichting geconfronteerd worden met hogere personeelskosten dan waarmee hij bij het indienen van zijn aanvraag rekening heeft gehouden.

### **7.4.3 Overnameverplichting en afwikkeling huidige budgettering**

Een belangrijk aandachtspunt bij de verdeling van de vergunningen is hoe bij de verdeling van de vergunningen wordt omgegaan met het huidige personeel, het huidige materieel en de nu gebruikte huisvesting. Als een en ander niet goed geregeld is, kan dit aanleiding geven tot sociaal ongewenste effecten op het vlak van personeel en wat betreft materieel en huisvesting ongewenste kapitaalvernietiging. Voor personeel is in de voorgaande paragraaf de motie Slagter-Roukema beschreven waarmee de belangen van het zittende personeel beschermd worden.

Voor de materiële kosten en de kapitaalslasten hoeven geen aanvullende overnameverplichtingen gesteld te worden. Eventuele investeringen in kapitaal, zoals de aanschaf van ambulances, zijn bij het eventueel verlaten van een markt gemakkelijk terug te verdienen door deze te verkopen aan een nieuwe aanbieder of op de tweedehandsmarkt.

Wel zal aandacht geschonken worden aan de financiële afwikkeling van de huidige vergunninghouders die onder de nieuwe wet geen vergunning ontvangen. Bij het einde van de budgettering moeten er één of mogelijk meerdere jaren nog afgesloten worden door een nacalculatie. Als een huidige aanbieder zijn vergunning verliest zijn er geen mogelijkheden om eventuele verschillen tussen de vastgestelde budgetten en de gerealiseerde werkelijke opbrengsten met een opslag of aftrek in de tarieven te verrekenen. Er zal dan ook een eindafrekening opgesteld moeten worden voor deze aanbieders. Bij deze eindafrekening dient rekening gehouden te worden met de volgende componenten:

- eventuele opbrengstverschillen (budget vs werkelijke opbrengsten);
- de gerealiseerde opbrengsten van de materiële kosten en kapitaalslasten. Opbrengsten van activa die gefinancierd zijn door middel premiemiddelen dienen terugbetaald te worden aan de premiebetaler;
- eventuele resterende schuldbedragen.

Het College Sanering Zorginstellingen heeft ervaring met zulke eindafrekeningen en heeft een wettelijke taak over sanering van ambulancezorg (WAV en WAZ, art. 7) en kan dus feitelijk ingezet worden voor deze eindafrekening.

#### 7.4.4 Risico van 'strategische biedgedrag'

Een risico bij de verdeling van de vergunningen dat samenhangt met de keuze voor vergunningen voor onbepaalde tijd, is dat marktpartijen in de verleiding kunnen komen om strategisch te bieden om op die manier zeker te stellen dat zij de vergunning krijgen. Strategisch bieden kan de vorm krijgen van het aanbieden beneden kostprijs. Aanbieders kunnen diverse overwegingen hebben om een exploitatietekort te accepteren, bijvoorbeeld:

- partijen die zich op één regio richten en hier voor hun voortbestaan helemaal van afhankelijk zijn, hebben een sterke prikkel om de continuïteit van hun activiteiten te waarborgen door strategisch te bieden. Omdat zij een exploitatietekort niet langdurig kunnen volhouden, kan dit leiden tot een verzoek aan de vergunningverlener of eventueel andere betrokkenen (bij gemeentelijke diensten kan dat de gemeente zijn) om bij te dragen;
- een marktpartij met behalve de ambulancezorg nog andere activiteiten kan in de verleiding komen om met kruissubsidiëring een aanbidding beneden kostprijs voor de ambulancezorg te doen;
- verlies voor korte termijn voor lief nemen om dit op langere termijn terug te verdienen.

Het eerste risico kan worden beperkt door als vergunningverlener voorafgaand aan de selectie van de aanbieders duidelijk uit te spreken dat aanbieders die hun eigen doelmatigheidspotentie (bewust of onbewust) hebben overschat en daardoor in exploitatieproblemen komen, niet kunnen rekenen op steun. Een faillissement van een aanbieder is mogelijk. Er mag geen twijfel over bestaan dat biedende marktpartijen zelf geheel verantwoordelijk zijn voor een dekkende exploitatie. Met andere woorden: de Minister of mogelijk andere betrokken partijen, misschien de lokale overheden waaraan deze marktpartijen verbonden zijn, schieten niet te hulp bij een niet dekkende exploitatie. Als zij dit wel doen, ontstaan overigens belangrijke juridische complicaties, omdat deze ondersteuning in principe kan worden aangemerkt als staatssteun.

Verder is het zaak om in een zo vroeg mogelijk stadium als vergunningverlener te weten dat exploitatieproblemen ontstaan<sup>36</sup>, om op die manier in een vroeg stadium maatregelen te kunnen treffen als de situatie dermate ernstig wordt dat de continuïteit van de aanbieder gevaar loopt.

Het hiervoor geschetste risico van strategisch bieden beneden kostprijs, is geen exclusief 'publiek' probleem. Ook private partijen kunnen om strategische redenen beneden kostprijs bieden. Er is geen wettelijke basis om dit te verbieden en het risico kan dus niet volledig uitgesloten worden. Wel kan worden aangenomen dat ook private ambulance-diensten niet structureel een exploitatietekort voor lief willen nemen. Een mogelijke extra waarborg is om in het PvE te eisen dat vergunninghouders een gescheiden boekhouding bijhouden; in het geval de aanbieder onderdeel vormt van een groter bedrijf. Daardoor wordt mogelijke kruisbestuiving transparant gemaakt.

<sup>36</sup> Zie ook NZa, Advies zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel: early warningsysteem en mogelijkheden voor staatssteun, juni 2009. In lijn hiermee kan ook worden gesteld dat de continuïteit van één aanbieder minder essentieel is dan de continuïteit van het systeem van de ambulancezorg als geheel.

## 7.5 Overige aandachtspunten en risico's

### 7.5.1 Positie meldkamer en organisatie van triagefunctie

Uitgangspunt van de WAZ is dat ambulancedienst en meldkamer (MKA) onderdeel vormen van één organisatie (de RAV). Hier zitten twee risico's aan vast. Ten eerste zijn in de lumpsumbekostiging deze twee onderdelen geïntegreerd. Hiermee wordt het inzicht in het voorstel voor beiden onderdelen minder transparant. Een oplossing kan zijn door om de kosten voor beiden onderdelen in de aanvraag te laten splitsen, zodat het onderscheid tussen de kosten van de meldkamer en ambulancedienst zichtbaar wordt.

Een tweede risico is dat de RAV er belang bij kan hebben om zoveel mogelijk ritten te maken, de triagefunctie is belegd bij de MKA en beide onderdelen onder dezelfde stichting vallen. Dit risico hoeft in de praktijk niet zeer groot te zijn, waarbij onder meer de keuze voor bekostiging op basis van een lumpsum vergoeding meespeelt. Als over de bekostiging de keuze wordt gemaakt om ambulancediensten niet op basis van het aantal uitgevoerde ritten te compenseren, maar zoals gesteld op basis van een lumpsum vergoeding, dan speelt het risico niet en is er zelfs een prikkel om zo weinig mogelijk ritten te maken.

Het risico dat de MKA het aantal ritten vanwege kostenoverwegingen van de RAV zoveel mogelijk probeert te beperken, achten wij ook zeer gering. Over de triagefunctie en de door de MKA te maken keuze of een rit noodzakelijk is - en ook of dit een rit van een ambulance, een hulpambulance of eventueel een motorambulance is - of niet, kunnen protocollen gelden die voldoende waarborg bieden voor een toeleidingsproces dat op zorgvuldige wijze plaatsvindt en waarbij de medische en zorgaspecten primair bepalend zijn.

Een laatste punt is dat de meldkamer in veel regio's is geïntegreerd met de meldkamer van de politie en de brandweer. Het bestuur van de (totale) meldkamer zal niet gelijk zijn aan het bestuur van de ambulancedienst (binnen RAV). Het belang van het bestuur van de geïntegreerde meldkamer kan anders zijn dan het belang van de ambulancedienst. Dit zou kostenverhogend kunnen werken, als aanpassingen aan de meldkamer ingegeven door brandweer en politie ook door de ambulancedienst bekostigd moet worden zonder dat zij hier een stem in hadden.

### 7.5.2 Winstoogmerk en mogelijk gebruik van onderaannemers

In de WTZi is in art 3.1 van het Uitvoeringsbesluit WTZi bepaald dat voor instellingen die ziekenvervoer aanbieden een winstoogmerk is toegestaan. Ambulancezorg is onderdeel van het begrip ziekenvervoer. In de WAV en de WAZ is geen beperking van de mogelijkheid voor winstuitkering opgenomen. Binnen de huidige budgetteringssystematiek is echter wel de stelregel dat niet bestede budgetmiddelen gereserveerd dienen te worden voor de reserve aanvaardbare kosten (RAK). Feitelijke winstuitkering vindt dan ook niet plaats. Navolgend gaan wij ervan uit dat vanaf 2011 winstoogmerk is toegestaan.

Een consequentie van acceptatie van een winstoogmerk kan zijn, dat ambulancediensten na toekenning van de vergunning proberen om delen van het takenpakket uit te besteden aan onderaannemers die deze taken goedkoper kunnen uitvoeren. Als hierdoor de kwaliteit van de ambulancezorg niet wordt beïnvloed, is het onderaannemerschap uit de optiek van de zorginhoud op zich geen bezwaar.



Uitgangspunt zou moeten zijn dat de in te zetten mensen en middelen ook voldoen aan de in het PvE vastgelegde kwaliteitscriteria. Hierbij blijft de vergunninghouder eindverantwoordelijk voor de inzet van de onderaannemer. Verder is het ook de vergunninghouder die de financiële middelen ontvangt voor de geleverde prestaties. De NZa is van mening dat het niet wenselijk is dat onderaannemers gelijk gesteld worden aan de vergunninghouder. De vergunninghouder is dan ook het aanspreekpunt voor de bekostiging en de financiering. Deze vergunninghouder regelt verder de contacten met de onderaannemer. Er bestaat mogelijk wel een probleem met het onderaannemerschap bij de benchmark en dan vooral voor de financiële informatie. In hoeverre kan de vergunninghouder of de onderaannemer verplicht gesteld worden financiële informatie van de onderaannemer aan te leveren voor de benchmark. Voor een helder beeld van de te behalen doelmatigheidswinsten is het essentieel dat er informatie wordt verstrekt over het totale kostenplaatje van de ambulancezorg.

Per 1 januari 2008 is de Wet op de omzetbelasting gewijzigd. Met ingang van die datum geldt een medische BTW-vrijstelling voor zover het (para)medische handelingen betreft die betrekking hebben op de gezondheidskundige verzorging van de mens. De overige verrichtingen zijn niet vrijgesteld van omzetbelasting/BTW. De NZa heeft een beleidsregel vastgesteld (kenmerk CV-0000-19.0-1), waarin zij regelt dat de door de NZa vastgestelde Wmg-tarieven inclusief BTW-kosten zijn, maar exclusief de BTW-heffing en afdracht door een zorgaanbieder. De kosten van de onderaannemer kunnen niet aangemerkt worden als zorg, waardoor onderaannemers BTW in rekening moeten brengen over de geleverde diensten. Ook eventuele kosten, die door partners in de geïntegreerde meldkamer in rekening worden gebracht, zijn om deze reden BTW-plichtig. Dit kan een substantiële kostenverhoging (namelijk 19 procent) veroorzaken. Zulke kostenverhogingen dienen door de vergunninghouder opgevangen te worden binnen de lumpsumvergoeding.



## Bijlage I. berekening lumpsumvergoeding

In deze bijlage wordt beschreven hoe de berekening van de lumpsumbedragen tot stand komt. De NZa adviseert om bij de vergunningsronde gebruik te maken van een bandbreedte. In eerste instantie zal kort worden toegelicht welke data de NZa gebruikt om tot de lumpsumbedragen te komen, daarna zal ingegaan worden op de berekening van de lumpsumvergoeding bij de keuze van een bandbreedte. Als laatste zal ook kort worden ingegaan op de mogelijkheid tot berekening van een vast bedrag en een maximum bedrag. Een van deze berekeningsmethodes wordt van belang als het Ministerie van VWS van het advies afwijkt.

Een risico voor de berekening is dat de GHOR-eisen nog niet bekend zijn, waardoor daar in de berekening geen rekening mee gehouden is. Zowel de impact op de benodigde capaciteit, als de impact op de 'otogelden' (oefenen-trainen-opleiden) kunnen niet becijferd worden. Op basis van het eisenpakket zal bekeken moeten worden of een toevoeging aan de lumpsumvergoeding noodzakelijk is.

### *Gebruik van data*

In een aantal regio's wordt de ambulancezorg door diverse diensten uitgevoerd. Bij de berekening van de lumpsumbedragen zijn de budgetten van deze diensten opgeteld, zodat er in per veiligheidsregio een bedrag wordt berekend.

Bij de berekening van de lumpsumbedragen maakt de NZa gebruik van twee databronnen, namelijk:

- data NZa: huidige budgetstanden;
- data RIVM: Spreiding & Beschikbaarheid.

De NZa heeft er voor gekozen om de budgetstanden 2009 na verwerking van de productieafspraken 2009 te gebruiken als basis voor de berekening van de lumpsumbedragen<sup>37</sup>. Hierbij gaat het om de ritten, aantal kilometers. Het aantal standplaatsen en het aantal ambulances is gebaseerd op de stand in het budget (mei 2009). Wat betreft de kapitaallasten, de materiele kosten en de overige kosten is gekeken naar de laatst verwerkte (goedgekeurde) nacalculatie voor de diensten.

Daarnaast maakt de NZa gebruik van de uitkomsten S&B 2008. S&B 2008 is gebaseerd op gereden ritten 2006. De NZa heeft het RIVM gevraagd om een nieuwe berekening S&B te maken op basis van gereden ritten 2008.<sup>38</sup> De uitkomsten van deze update heeft de NZa gebruikt voor de berekening van de bandbreedte en zullen *niet* tot budgetmutaties leiden in de jaren voor 2011.

Ook heeft de NZa aan het RIVM gevraagd om een voorspelling te maken voor S&B in 2011 gebaseerd op voorspelde ritten 2011 op basis van een landelijk groeipercentage. Dit landelijke groeipercentage is berekend door het vergelijken van de ritgegevens 2006 en ritgegevens 2008. Op basis van deze berekening heeft het RIVM een S&B voorspelling voor 2011 gedaan. Er is gekozen voor landelijke groeipercentage omdat de datakwaliteit van een aantal regio's voor onverklaarbare uitschieters zorgde (bij gebruik van regionale groeipercentages).

<sup>37</sup> Indien de NZa de productieafspraken van de huidige ambulancediensten niet voor 1 april heeft binnenkregen dan zijn deze ook niet verwerkt in de budgetstanden.

<sup>38</sup> Deze ritgegevens zijn door de ambulancediensten (door een akkoord van AZN) ter beschikking gesteld aan het RIVM.

De NZa is van mening dat een landelijk groeipercentage een beter beeld geeft van de groei binnen de ambulancezorg.

#### *Berekening bandbreedte*

Voor de berekening van de bandbreedte zijn er twee aparte berekeningen gemaakt, namelijk een berekening voor de ondergrens en voor de bovengrens. Hieronder worden beide berekeningen kort toegelicht.

##### Ondergrens:

- budgetstand mei 2009, incl. productieafspraken 2009 = realisatie 2008;
- cijfers spreiding en beschikbaarheid 2008 op basis van ritten 2008;
- kapitaallasten en materiële kosten: laatst goedgekeurde kosten uit nacalculatie.

Voor alle bovengenoemde punten geldt dat er een prijsindex richting 2011 over de bedragen berekend is.

##### Bovengrens:

- budgetstand mei 2009, incl. productieafspraken 2009 = realisatie 2008. De ritten en aantal kilometers zijn geïndexeerd met de berekende groei index door RIVM;
- cijfers spreiding en beschikbaarheid 2011 op basis van voorspelling van ritten 2011. Tevens zijn hierbij meegenomen de S&B uitkomsten 2008, op basis van ritten 2006 en ritten 2008;
- kapitaallasten en materiële kosten: laatst goedgekeurde kosten uit nacalculatie. Ook hiervoor geldt dat de groei index berekend door RIVM is toegepast.

Voor alle bovengenoemde punten geldt dat een prijsindex richting 2011 over de bedragen berekend is.

#### *Berekening vaste lumpsum of maximum lumpsum*

Zoals al genoemd in hoofdstuk 4, is het voor de NZa niet mogelijk om op korte termijn een nauwkeurige berekening te doen. Hiervoor is een doelmatigheidsonderzoek nodig, waarbij dan ook een aantal kwaliteitseisen zijn beschreven, zodat er een prijs aan gekoppeld kan worden. Binnen de huidige opdracht was het onmogelijk om een dergelijk gefundeerd onderzoek uit te voeren.

Om toch tot een berekening van het budget te komen, is het mogelijk om de berekening van de bovengrens (bij bandbreedte) te gebruiken en deze dan als vast bedrag neer te leggen. Deze bovengrens geeft de minste risico, doordat hier en rekening is gehouden met een prijsgroei en met een volumegroei door berekening S&B.

Voor een maximum lumpsum kan ook gebruik gemaakt worden van de bovengrens (bandbreedte).