

BESLISSING OP BEZWAAR**34688-70486**

De Coöperatie Ambulancezorg Rotterdam-Rijnmond U.A. te Barendrecht (bezwaarde) heeft bij brief van 15 maart 2013, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ontvangen op 19 maart 2013, bezwaar gemaakt tegen de tariefbeschikking 240-7004-13-3 van 21 december 2012. Naar aanleiding van het bezwaar zijn belanghebbenden op 2 september 2013 gehoord.

De Raad van Bestuur van de NZa heeft het hierboven vermelde besluit in haar vergadering van 14 januari 2014 in heroverweging genomen. De NZa verklaart het bezwaar ongegrond. Hieronder volgt de motivering van dit besluit.

DE AANGEVOERDE BEZWAREN

Bezwaarde voert – kort weergegeven – aan dat de wettelijke grondslag voor het bestreden besluit ontbreekt omdat de reikwijdte van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) met de inwerkingtreding van de Tijdelijke wet ambulancezorg is gewijzigd. De zorg of dienst waarop de Wmg van toepassing is, wordt bepaald door de Zorgverzekeringswet. Per 1 januari 2013 wordt volgens het Besluit Zorgverzekeringswet onder ziekenhuisvervoer per ambulance verstaan: ambulancevervoer als bedoeld in de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz). Dit ten opzichte van de oude bepaling: ambulancevervoer als bedoeld in de Wet Ambulancevervoer. Ook de beleidsregel van de NZa is op dit punt gewijzigd.

Bezwaarde voert aan dat het ontbreken van de wettelijke grondslag twee gevolgen heeft.

1. *Normadressant tariefbeschikking*
Het ontbreken van de wettelijke grondslag heeft volgens bezwaarde het gevolg dat de tariefbeschikking van 21 september 2012 (nog) niet aan haar gericht kon worden. Dit omdat de coöperatie pas per 1 januari 2013 onder de reikwijdte van de Wmg valt.
2. *Nacalculatie en de berekening van het sluittarief*
Bezwaarde merkt op dat in het (sluit)tarief 2013 voor spoedritten de post 'nog in tarieven te verrekenen' van BIOS Ambulancezorg B.V. en de Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond wordt afgerekend. Dit kan volgens bezwaarde om twee redenen niet.
 - A. *Wettelijke grondslag tot het vaststellen van de nacalculatie*
Primair voert bezwaarde aan dat de post een vorm van zorgverlening betreft waarop de Wmg met ingang van 1 januari 2013 geen betrekking meer heeft. Nacalculatie voor ambulancevervoer krachtens de Wet ambulancevervoer kan, aldus bezwaarde, niet meer plaatsvinden. Hiervoor had een overgangsregeling in het leven moeten worden geroepen. Deze is er echter niet. Op grond van de Wmg kan op dit moment slechts een budget worden vastgesteld voor bezwaarde voor het ambulancevervoer dat bezwaarde krachtens de Twaz levert.

B. Sluittarief

Secundair voert bezwaarde aan dat de NZa slechts op de Twaz had kunnen anticiperen, maar in dat geval geen verrekening van verschillen in tarief van de voormalige vergunninghouders op grond van de Wet ambulancevervoer had kunnen plaatsvinden. Als de NZa eind 2012 met de toenmalige vergunninghouders had willen afrekenen dan had het besluit aan hen gericht moeten worden en niet aan bezwaarde. Bezwaarde voert aan geen rechtsopvolger van Bios Ambulancezorg B.V. en/of de Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond te zijn, maar een nieuwe rechtspersoon.

3. *Proceskostenvergoeding*

Tenslotte verzoekt bezwaarde om vergoeding van de gemaakte proceskosten.

REACTIE BELANGHEBBENDE

De zorgverzekeraars Achmea Zorg en DSW (de zorgverzekeraars) hebben voorafgaand aan de hoorzitting hun zienswijze op het bezwaarschrift overgelegd.

De zorgverzekeraars voeren aan dat coöperaties die in 2012 bestonden uit meerdere instellingen vooraf op voorcalculatorische wijze de effecten van de samenvoeging van de post 'nog in tarieven te verrekenen' onderling onder de leden van de coöperatie konden en kunnen verrekenen. Effecten van de samenvoeging van deze post door de NZa en het daaruit voortvloeiende sluittarief kunnen volgens de zorgverzekeraars meegenomen worden in een onderlinge nacalculatorische berekening en afwikkeling. Op deze wijze hebben de overige coöperaties uit de ambulancesector die bestaan uit meerdere voormalige vergunninghouders het afgehandeld.

OORDEEL NZA

Voordat wij ingaan op de specifieke bezwaren geven wij eerst een weergave van de achtergrond en totstandkoming van de relevante beleidsregels.

Achtergrond wet- en regelgevingStelsel ambulancevervoer

De wijze waarop ambulancezorg in Nederland mag worden aangeboden is gereguleerd door de overheid. Hieronder zal eerst worden ingegaan op de regulering van het aantal aanbieders van ambulancezorg. Vervolgens wordt ingegaan op de tarief- en prestatieregulering van ambulancezorg.

Wet ambulancevervoer

In de ambulancezorg was tot en met 2012 een provinciaal vergunningenstelsel van toepassing. Dit systeem is vastgelegd in de Wet Ambulancevervoer. In de provinciale vergunning werd voor de vervoerder het aantal standplaatsen en ambulances bepaald. Onder dit stelsel was het mogelijk dat binnen één regio meerdere zorgaanbieders de ambulancezorg verzorgden. Hierdoor waren er vele zorgaanbieders actief binnen de sector.

Daarnaast lag de verantwoordelijkheid van de aansturing en uitvoering van de ambulancezorg bij meerdere partijen, zoals de rijksoverheid, provincie, gemeente en de Inspectie voor Gezondheidszorg. Schaalvergroting (het komen tot centraal georganiseerde aanspreekpunten) in de ambulancezorg werd door de overheid als een steeds grotere noodzaak gezien.¹

Wet ambulancezorg

In 2004 is ter vervanging van de Wet Ambulancevervoer de Wet Ambulancezorg ingediend in de Tweede Kamer. Hierin zou onder andere de vorming van Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) formeel worden vastgelegd en een accentverschuiving plaatsvinden van vervoersfunctie naar de zorgfunctie. Daarnaast zou het stelsel van vergunningverlening door provincies worden omgezet naar een aanwijzingsverstrekking door de Minister van VWS.

Eind 2008 stemde de Eerste en Tweede Kamer in met de Wet Ambulancezorg. Het streven was om de Wet Ambulancezorg per 1 januari 2010 in werking te laten treden. Dit is niet gebeurd, omdat bepaalde aspecten van de wet (het vergunningstelsel) in strijd bleken te zijn met Europese wetgeving.

Convenant

Gelijklopend aan de behandeling van de Wet ambulancezorg door het Parlement heeft de Minister op 11 maart 2010 een Convenant met de Vereniging Ambulancezorg Nederland (AZN) gesloten met betrekking tot de implementatie van de Wet ambulancezorg. In het convenant is onder andere afgesproken dat AZN zich maximaal inspant de RAV-vorming per regio te bevorderen. Daarnaast is in het Convenant geregeld dat tot de datum van de invoering van de prestatiebekostiging voor de ambulancezorg de toenmalige bekostigingssystematiek gehandhaafd zal blijven.²

Tijdelijke wet ambulancezorg

Per 2013 is een einde gekomen aan het provinciale vergunningenstelsel. Onder de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) wordt per regio één zorgaanbieder door de minister aangewezen om de ambulancezorg te organiseren: de RAV. De RAV is het enige aanspreekpunt voor het aanbod van ambulancezorg in de regio. De RAV wordt daarmee houder van het budget voor de gehele ambulancezorg in de regio.³

De minister had de voorkeur om de RAV-vorming zoveel mogelijk voor de inwerkingtreding van de Twaz geregeld te hebben. In regio's waar meerdere zorgaanbieders actief waren werden de zorgaanbieders daarom aangespoord een RAV te vormen. De zorgaanbieders zijn vrij gelaten in de manier waarop zij dit organiseerden.⁴ Er kon een samenwerkingsverband worden aangegaan, maar ook een fusie behoorde tot de mogelijkheden.

¹ Memorie van Toelichting Wet Ambulancezorg, TK 2004-20005, 29 835, nr. 3, p. 1.

² Artikel 4 Convenant VWS AZN inzake WAZ.

³ Memorie van Toelichting Wet Ambulancezorg, TK 2004-20005, 29 835, nr. 3, p. 12.

⁴ Memorie van Toelichting Wet Ambulancezorg, TK 2004-20005, 29 835, nr. 3, p. 8.

Aanwijzingsprocedure

De aanwijzingsprocedure, op grond waarvan de minister een RAV voor de regio aanwijst, is als volgt ingericht.

Alleen bestaande vergunninghouders komen onder de Twaz in aanmerking voor een aanwijzing.⁵ Op 1 december 2011 is per regio naar de toen bestaande vergunninghouders gekeken. Als één zorgaanbieder in een regio actief was, kreeg deze de aanwijzing. Wanneer meerdere zorgaanbieders in een regio actief waren was het toekennen van de aanwijzing afhankelijk van de stappen die de zorgaanbieders hadden ondernomen om een RAV te vormen. Hadden de zorgaanbieders een nieuwe rechtspersoon opgericht of waren de zorgaanbieders een samenwerkingsverband aangegaan dan kreeg de nieuwe rechtspersoon dan wel de in de samenwerkingsafspraken daartoe aangewezen zorgaanbieder de aanwijzing. Hadden de zorgaanbieders geen RAV gevormd dan wees de Minister één van de aanbieders uit de regio of een zorgaanbieder uit een aangrenzende regio aan als RAV. Ten slotte bestond de mogelijkheid voor de Minister om zelf een rechtspersoon op te richten om de ambulancezorg in een bepaalde regio te verzorgen.

Naast de locatie-eis stelt de Twaz ook kwaliteitseisen waaraan de RAV moet voldoen om de aanwijzing te kunnen krijgen. Deze eisen zijn neergelegd in de VWS Beleidsregel CZ-3092275. Wil een RAV in aanmerking (blijven) komen voor een aanwijzing dan zal hij aan deze eisen moeten voldoen.

Praktijk

In de regio's waar meerdere zorgaanbieders actief waren, had het starten van een RAV (in de vorm van een nieuwe rechtspersoon of samenwerkingsverband) voordelen. Door RAV-vorming waren zorgaanbieders in grote mate verzekerd van hun voortbestaan. Immers, door het vormen van een RAV zou aanwijzing (mits aan de kwaliteitseisen werd voldaan) aan de RAV toevallen.

In nagenoeg alle regio's waar ten tijde van de inwerkingtreding van de Twaz nog meerdere zorgaanbieders actief waren, hebben de zorgaanbieders een RAV opgericht. Vrijwel alle zorgaanbieders hebben dit in de vorm van een coöperatie gedaan. In deze constructie sluit de coöperatie contracten met haar leden (de voormalige vergunninghouders) om de ambulancezorg te verlenen in de regio.

Toekomst

De Twaz is bedoeld als tijdelijke oplossing en is vijf jaar van kracht. Tijdens deze periode wordt gewerkt aan een definitieve regeling voor de ambulancezorg. Oorspronkelijk was het de bedoeling om de Twaz per 1 januari 2012 in werking te laten treden. Dit bleek echter niet haalbaar.

⁵ Artikel 6 van de Tijdelijke wet ambulancezorg.

Tarief- en prestatieregulering ambulancezorg

Werkingsfeer Wet marktordening gezondheidszorg

De reikwijdte van de Wmg wordt bepaald door het begrip 'zorg'.⁶

Het begrip zorg omschrijft de Wmg in artikel 1 sub b als:

1° zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten; 2° handelingen op het gebied van de gezondheidszorg als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor zover uitgevoerd, al dan niet onder eigen verantwoordelijkheid, door personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 van die wet of door personen als bedoeld in artikel 34 van die wet en voor zover die handelingen niet zijn begrepen onder 1°;

Op grond van artikel 2, lid 2 Wmg kan bij algemene maatregel van bestuur een vorm van zorg worden uitgezonderd van deze wet of een deel daarvan.

Vervoer is een zorg of dienst als omschreven bij of krachtens artikel 10 onder h van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Artikel 10 van de Zvw bepaalt het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico. Dit is de behoefte aan bepaalde vormen van zorg of met die zorg verband houdende diensten.⁷ Het te verzekeren risico bestaat uit:

a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
b. mondzorg;
c. farmaceutische zorg;
d. hulpmiddelenzorg;
e. verpleging;
f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een aanspraak op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

In het Besluit zorgverzekering zijn de inhoud en omvang van deze prestaties nader geregeld.⁸ De inhoud en omvang van de prestatie vervoer is nader geregeld in de artikelen 2.13 tot en met 2.16 van het Besluit zorgverzekering.

Tot en met 31 december 2012 omschrijft het Besluit zorgverzekering in artikel 2:13 onder lid 1 verzekerd vervoer als:

"Vervoer omvat ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, (... ..)."

⁶ Blijkens de Memorie van Toelichting moet het eerste lid zo worden gelezen dat hieronder alle zorg valt van het eerste en het tweede compartiment, ongeacht of de kosten daarvan worden vergoed in het kader van genoemde wetten dan wel anderszins. Zie Memorie van Toelichting van de Wet marktordening gezondheidszorg, Tweede Kamer 2004–2005, 30 186, nr. 350, p. 50.

⁷ Memorie van Toelichting van de Zorgverzekeringswet, Tweede Kamer 2003–2004, 29 763, nr. 3, p. 101.

⁸ Staatsblad 2 augustus 2005, nr. 389, Nota van toelichting.

Per 1 januari 2013 luidt het artikel:

"Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, (... ..)."

In de nota van toelichting wordt opgemerkt dat het overwegend een terminologische omzetting betreft.⁹ De term "ambulance" is vervangen door "motorvoertuig". Het begrip "ambulance" sloeg op ambulanceauto's in de zin van de Wet ambulancevervoer. Het begrip ambulance in de Tijdelijke wet ambulancezorg is ruimer dan ambulanceauto's en omvat ook vaartuigen en helikopters die voor het vervoer van zieken of gewonden zijn ingericht.

Tarief- en prestatieregulering

De NZa heeft tot taak om door middel van tarief- en prestatieregulering de kosten van zorg, waaronder de onderhavige vorm van zorg, te beheersen. Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is de NZa bevoegd om tarieven en prestaties voor zorg vast te stellen. Een tarief is een prijs voor een (geheel van) prestatie(s) van gezondheidszorg, waarbij onder prestatie wordt verstaan: de levering van zorg door een zorgaanbieder. Met een geheel van prestaties wordt het budget van een instelling bedoeld. Het tarief zelf roept geen betalingsverplichting in het leven. Deze is gebaseerd op de privaatrechtelijke overeenkomst tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.

De Wmg bevat geen materiële normen voor de vast te stellen prestaties en tarieven. De materiële normering is vervat in door de NZa vastgestelde beleidsregels. Deze beleidsregels betreffen onder meer de hoogte, opbouw en wijze van berekening van (onderdelen) van tarieven.

Twee budgetten

Tot en met 2012 werd de ambulancezorg verricht door de ambulancediensten en Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA's) die de meldkamer van meerdere ambulancediensten beheren. Beide zorgaanbieders kregen een eigen budget aan aanvaardbare kosten. Eén van de belangrijkste veranderingen die met de inwerkingtreding van de Twaz heeft plaatsgevonden, is dat de scheiding tussen ambulancediensten en CPA's is komen te vervallen. Zij vallen sinds 2013 onder de RAV die zorg draagt voor het in stand houden van een meldkamer én het (doen) verlenen van ambulancezorg in de regio. De budgetsystematiek is echter ongewijzigd gebleven. Dit betekent dat de RAV twee budgetten krijgt: één voor de ambulancedienst en één voor de meldkamer.

Genormeerde budgetvergoeding

De aanvaardbare kosten voor de ambulancediensten en CPA's werden vanouds vastgesteld op basis van de werkelijke kosten van de individuele aanbieders. Omstreeks 2000 is deze wijze van budgetvaststelling voor verschillende categorieën zorgaanbieders, waaronder de ambulancezorg, vervangen door (de huidige) genormeerde budgetvergoedingen: de zorgaanbieder ontvangt een op bepaalde parameters gebaseerde

⁹ Staatsblad 2012, 407, Besluit van 5 september 2012, houdende aanpassing van diverse algemene maatregelen van bestuur vanwege de Tijdelijke wet ambulancezorg (Invoeringsbesluit Ambulancezorg), Nota van Toelichting.

vergoeding ongeacht haar werkelijke kosten. Het totale budget dat een instelling ontvangt wordt omschreven als de aanvaardbare kosten.

Voor het vaststellen van de aanvaardbare kosten zijn de instellingen op grond van artikel 61 en verder van de Wmg twee keer per jaar verplicht om de NZa van informatie te voorzien. Dit in de vorm van het productieafsprakenformulier en het nacalculatieformulier.¹⁰

Productieafspraken

De NZa stelt het voorlopige budget aanvaardbare kosten vast op basis van het door de RAV en de zorgverzekeraar gezamenlijk ingediende productieafsprakenformulier. Dit formulier moeten de RAV en de zorgverzekeraar voor 1 april bij de NZa indienen. Tot uiterlijk 1 november kunnen de RAV en de zorgverzekeraar aanvullende productieafspraken bij de NZa opgeven.¹¹

Nacalculatie

Over sommige posten vindt nacalculatie plaats. Het vaststellen van de nacalculatie is het vaststellen van een tarief. Bij de nacalculatie wordt gekeken naar de daadwerkelijke (realisatie)cijfers van het betreffende jaar. Bepaalde budgettaire posten worden dan, achteraf, in overeenstemming gebracht met de werkelijkheid. Dit kan een verhoging, maar ook een verlaging van het totaal aan aanvaardbare kosten betekenen. Inherent aan een nacalculatie is dat deze pas kan worden vastgesteld als een budgetjaar voorbij is. Immers, op dat moment zijn de definitieve gegevens over het betreffende budgetjaar beschikbaar. Het nacalculatieformulier wordt jaarlijks voor 1 juli van het volgende jaar door de zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk bij de NZa ingediend.¹²

Opbrengsten

De opbrengsten die CPA's en ambulancediensten jaarlijks maken worden gelijktijdig met de afwikkeling van de nacalculatie afgezet tegen het budget. Als de zorgaanbieder hogere opbrengsten heeft dan zij aan budgetvergoeding ontvangt, zal de meerwaarde moeten worden terugbetaald aan de zorgverzekeraars. Ook het omgekeerde geldt. Als een instelling minder opbrengsten heeft dan het toegezegde budget, zullen de zorgverzekeraars de opbrengsten moeten aanvullen tot de hoogte van het vastgestelde budget. Deze verrekening kan op verschillende manieren worden georganiseerd.

Sluittarief

De hoogte van het opbrengstresultaat bepaalt de NZa naar aanleiding van de nacalculatie. Bij de ambulancezorg wordt het positieve/negatieve opbrengstresultaat van een afgesloten budgetjaar verrekend in het (sluit)tarief van de daaropvolgende (nog openstaande) budgetjaren.¹³

¹⁰ Artikel 5 Beleidsregel Procedure en indieningstermijnen vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten, BR/CU-2049.

¹¹ Artikel 4 Beleidsregel Procedure en indieningstermijnen vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten, BR/CU-2049.

¹² Artikel 4 Beleidsregel Procedure en indieningstermijnen vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten, BR/CU-2049.

¹³ Artikel 6.4 Beleidsregel Ambulancediensten, BR/CU-7042 en artikel 6.4 Beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening, BR/CU-7067 (inmiddels vervangen door de Beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening, BR/CU-7088).

Voor het jaar 2011 betekent dit dat de opbrengsten hiervan in het sluittarief van 2012 wordt verrekend. Dit gebeurt door middel van de post 'nog in tarieven te verrekenen'.

Concreet betekent dit dat zowel negatieve als positieve correcties uit voorgaande jaren leiden tot een toeslag/korting op het basistarief. De correctie wordt op deze manier verdeeld over alle zorgverzekeraars.

Het sluittarief zelf roept niet een betalingsverplichting in het leven. De verplichting tot betaling is gebaseerd op de privaatrechtelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Gevolgen Twaz voor bekostiging ambulancediensten

Alhoewel de bekostigingssystematiek voor de ambulancezorg per 2013 niet is gewijzigd, heeft de overgang naar de Twaz wel gevolgen gehad voor de door de NZa vast te stellen budgetten.

De invoering van RAV's per 2013 kon onder de in 2012 bestaande zorgaanbieders vier verschillende situaties opleveren:

- De ambulancedienst die in 2012 het ambulancevervoer in de regio verstrekt blijft dit in 2013 als RAV doen.
- De ambulancediensten die in 2012 het ambulancevervoer in de regio verstrekken blijven dit in 2013 gezamenlijk als RAV doen (via een samenwerkingsverband of coöperatie/fusie).
- Van de ambulancediensten die in 2012 het ambulancevervoer in de regio verstrekken wordt één van de diensten of een ambulancedienst uit een andere regio aangewezen om dit in 2013 als RAV te doen.
- De minister richt zelf een RAV op om het ambulancevervoer in een regio te verzorgen.

Voor de eerste situaties was duidelijk dat het beleid van budgetvaststelling ongewijzigd kon blijven. De vierde situatie heeft niet plaatsgevonden. Voor de overige situaties moest bepaald worden hoe het budget van de 'nieuwe' RAV werd vormgegeven. Daarbij moest de NZa er rekening mee houden dat de zorgaanbieders vrij waren gelaten in de manier waarop zij de RAV oprichten. Dit kon door een samenwerkingsverband aan te gaan, te fuseren, et cetera.

In het technisch overleg van 2 oktober 2012 heeft de NZa met AZN en Zorgverzekeraars Nederland besproken de budgetten van de oude zorgaanbieders in een regio samen te voegen tot het budget van de RAV die voor die regio is aangewezen. Op deze manier kon de voortzetting van de budgettering van de ambulancezorg in de regio (inclusief de afronding van oude jaren via een sluittarief) worden gerealiseerd. De zorgaanbieders zijn hierover op 5 december 2012 per circulaire geïnformeerd. In deze circulaire staat: "*Voor regio's waar in 2012 meerdere ambulancediensten actief zijn, worden de rekenstaten van de in die regio actieve ambulancediensten samengevoegd tot één rekenstaat voor de RAV.*". De RAV is hiermee voor de NZa het aanspreekpunt voor alle zaken rondom bekostiging in de regio¹⁴,

¹⁴ Toelichting op de Beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening, BR/CU-7067 inmiddels vervangen door de Beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening, BR/CU-7088.

ongeacht of deze zaken betrekking hebben op de periode voor of na 2013.

Dit werd redelijk geacht omdat het tarief waarmee in de regio voorheen zorg werd verleend (en kostendekkend is) op regioniveau onveranderd blijft. Daarnaast worden op deze manier alle RAV's (inclusief de eerste variant) gelijk behandeld. Iedere RAV krijgt immers het 'regio-budget' van de oude zorgaanbieder(s) toegewezen.

Voor de post 'nog in tarieven te verrekenen' betekent dit dat deze doorwerkt in het sluittarief 2013 van de 'nieuwe' RAV. Voor zover dit tot gevolg heeft dat verrekeningen moeten plaatsvinden met de oude vergunninghouders uit de regio, hebben de ambulancediensten dit onderling geregeld. De NZa heeft hiervoor geen beleid opgesteld.

Nieuw beleid

Per 2014 is de ambulancezorg overgegaan op een nieuwe bekostigingssystematiek. In juni 2013 heeft de NZa advies aan de Minister uitgebracht over de invulling van de nieuwe bekostigingssystematiek.¹⁵ Afrekening via een sluittarief zal in de nieuwe bekostiging niet langer voorkomen. In zoverre is 2013 een overgangsjaar.

Heroverweging tariefbeschikking

In de regio Rotterdam Rijnmond waren in 2012 twee ambulancediensten actief: BIOS ambulancezorg en de Veiligheidsregio Rotterdam Rijnmond. Per 2013 is bezwaarde de aangewezen RAV en dus de aanbieder van ambulancezorg in de regio Rotterdam Rijnmond. Bezwaarde is een coöperatie, gevormd uit 2 leden, te weten de bovengenoemde BIOS ambulancezorg en de Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond.

Het bezwaarschrift van de coöperatie is ontvankelijk. De tariefbeschikking heeft de NZa, in afwijking van de publicatiedatum die vermeld staat op de beschikking, op 13 februari 2013 op het webportaal gepubliceerd.

De NZa gaat hieronder in op de aangevoerde bezwaargronden.

1. *Normadressant tariefbeschikking*

Tariefbeschikking van 21 december 2012

Bij besluit van 21 december 2012 heeft de NZa een tarief voor spoedvervoer per 1 januari 2013 voor bezwaarde vastgesteld (tariefbeschikking 240-7004-13-3). Het besluit is gericht aan de Coöperatie AmbulanceZorg Rotterdam Rijnmond U.A. te Barendrecht.

Bezwaargrond

Bezwaarde voert aan dat de tariefbeschikking (nog) niet aan haar gericht kon worden, omdat bezwaarde op 21 december 2012 niet onder de reikwijdte van de Wmg viel.

Beoordeling NZa

De NZa kan bezwaarde hierin niet volgen.

¹⁵ Bekostiging en financiering ambulancezorg per 1 januari 2014

Bij besluit van 29 oktober 2012 heeft de Minister de inwerkingtreding van de Twaz bepaald op 1 januari 2013.¹⁶ Bezwaarde heeft op 20 november 2012 de aanwijzing van de Minister ontvangen waarin zij per 1 januari 2013 als RAV in de regio Rotterdam-Rijnmond is aangewezen.

De NZa wist vanaf dit moment dat bezwaarde per 1 januari 2013 de ambulancezorg verzorgt. Voor bezwaarde moest echter nog een tarief berekend worden. Dit heeft de NZa op 21 december 2012 gedaan in de bestreden beschikking. Op de tariefbeschikking staat vermeld dat het besluit per 1 januari 2013 in werking treedt. De beschikking kent daarmee een zelfde datum van inwerkingtreding als de Twaz. De tariefbeschikking is daarom terecht aan bezwaarde gericht.

2. *Nacalculatie en de berekening van het sluittarief*

Inhoud tariefbeschikking 21 december 2012

De tariefbeschikking van 21 december 2012 stelt het (sluit)tarief voor spoedvervoer voor bezwaarde per 1 januari 2013 vast op € [vertrouwelijk]. Dit nieuwe tarief is het gevolg van de verwerking van de nacalculatie 2010 en 2011 van BIOS Ambulancezorg.

Bezwaargrond

Bezwaarde voert aan dat het Besluit zorgverzekering per ingang van 1 januari 2013 is gewijzigd. Dit heeft volgens bezwaarde tot gevolg dat ambulancevervoer dat heeft plaatsgevonden onder het oude vergunningstelsel niet langer zorg in de zin van de Wmg is. Dit heeft volgens bezwaarde tot gevolg dat eventuele verrekening van nacalculaties uit de budgetjaren voor 2013 na 1 januari 2013 niet langer mag plaatsvinden omdat de wettelijke grondslag hiervoor ontbreekt. Bezwaarde merkt op dat als de NZa wil verrekenen een overgangsregeling had moeten worden getroffen. Bezwaarde voert secundair aan dat zij geen rechtsopvolger is van BIOS Ambulancezorg en de Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond. De overproductie van deze aanbieders mag, aldus bezwaarde, niet in haar sluittarief worden verrekend.

Beoordeling NZa

De NZa kan bezwaarde in geen van beide bezwaargronden volgen.

A. Wettelijke grondslag tot het vaststellen van de nacalculatie

Het is alleen voor de levering van 'zorg' dat de NZa bevoegd is om tarieven en prestaties vast te stellen. De reikwijdte van de Wmg en de bevoegdheid van de NZa wordt daarom bepaald door het begrip 'zorg'.

De Wmg omschrijft zorg (voor zover in casu van belang) als:

*1° zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de
Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;*

¹⁶ Sb 2012 546, 13 november 2012.

Blijkens de Memorie van Toelichting valt hieronder alle zorg van het eerste en het tweede compartiment, ongeacht of de kosten daarvan worden vergoed in het kader van genoemde wetten dan wel anderszins.¹⁷

In artikel 10 van de Zvw staat een lijst opgenomen van de aard van de prestaties waarop de verzekerde krachtens de zorgverzekering recht heeft. Dit wordt ook wel het te verzekeren risico genoemd. Ambulancevervoer staat in artikel 10 van de Zorgverzekeringswet opgenomen en is daarmee een zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. In het Besluit zorgverzekering wordt de inhoud en omvang van de prestaties nader geregeld.¹⁸ Het Besluit bepaalt daarmee onder welke voorwaarden de prestatie voor vergoeding in aanmerking komt.

Het Besluit regelt dat per 1 januari 2013 alleen ambulancevervoer voor vergoeding in aanmerking komt als deze is uitgevoerd overeenkomstig de Twaz. Zoals uit de memorie van toelichting van de Wmg blijkt is het vereiste van vergoeding echter niet relevant voor de bepaling of er sprake is van 'zorg'. Dat ambulancevervoer in zijn algemeenheid in artikel 10 Zvw wordt genoemd is afdoende om het als zorg in de zin van de Wmg te beschouwen. Of de zorg is geleverd onder het regime van de Wet ambulancevervoer of onder het regime van de Twaz is voor de bevoegdheid van de NZa om tarieven voor deze zorg vast te stellen niet relevant.

De NZa overweegt verder dat in zowel de tekst van de wetten als de toelichting hierop door de Minister van VWS geen aanknopingspunten kunnen worden gevonden voor het standpunt dat met de inwerking-treding van de Twaz alle voorheen geproduceerde ambulancezorg buiten de reikwijdte van de Wmg wordt geplaatst. Uit de Nota van toelichting blijkt zelfs uitdrukkelijk het tegenovergestelde. De minister geeft hierin duidelijk aan dat de aanpassing in het Besluit zorgverzekering overwegend een terminologische omzetting betreft.¹⁹ Ook uit het Convenant blijkt het tegenovergestelde. Hierin staat opgenomen dat ongeacht de nieuwe wet, de bestaande budgetbesteding niet zal worden gewijzigd (tot het invoeren van de nieuwe prestatiebesteding). De enige manier waarop zorg buiten de reikwijdte van de Wmg kan worden geplaatst is bij Algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 2 Wmg. Dit is bij ambulancevervoer niet gebeurd.

Op grond van het voorgaande kan worden vastgesteld dat ziekenvervoer per motorvoertuig (waaronder per ambulance) onder de werkingssfeer van de Wmg valt. De wetswijziging van de Wet ambulancevervoer per 2013 in de Tijdelijke wet ambulancezorg maakt dat niet anders. Zowel in 2012 als in 2013 is vervoer per ambulance aan te merken als een zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

¹⁷ Memorie van Toelichting van de Wet marktordening gezondheidszorg, Tweede Kamer 2004–2005, 30 186, nr. 350, p. 50.

¹⁸ Staatsblad 2 augustus 2005, nr. 389, Nota van toelichting.

¹⁹ Staatsblad 2012, 407, Besluit van 5 september 2012, houdende aanpassing van diverse algemene maatregelen van bestuur vanwege de Tijdelijke wet ambulancezorg (Invoeringsbesluit Ambulancezorg), Nota van Toelichting.

Aldus voldeden vóór 1 januari 2013 de leden van de coöperatie aan de in de Wmg opgenomen definitie van zorgaanbieder en heeft na die datum de coöperatie zelf als zorgaanbieder te gelden. De Twaz verbiedt immers anderen dan de aangewezen rechtspersonen ambulancezorg te bieden, waardoor de leden van de coöperatie geen krachtens de Zorgverzekeringswet verzekerde ambulancezorg kunnen bieden. De stelling van bezwaarde dat een overgangsregeling had moeten worden getroffen om de bevoegdheid van de NZa te waarborgen om te nacalculatie van de 'oude' zorgaanbieders af te handelen is in zoverre onjuist.

Ook de opmerking van bezwaarden dat de Beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening (BR/CU-7067) van de NZa alleen ziet op ambulancevervoer in de zin van de Twaz kan niet tot een ander oordeel leiden. In de beleidsregel staat uitdrukkelijk vermeld dat de Beleidsregel Ambulancediensten (BR/CU-7042) die in 2012 van kracht was van toepassing blijft op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold. Deze passage is juist gericht op het afhandelen van nacalculaties.

B. Sluittarief

In de regio Rotterdam-Rijnmond zijn de budgetten van BIOS ambulancezorg en de Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond samengevoegd tot het budget voor bezwaarde. Dat betekent dat de verrekeningen (zowel positief als negatief) uit vorige jaren (tot en met 2012) van deze twee zorgaanbieders effect hebben op het sluittarief 2013 van bezwaarde.

Bezwaarde voert aan geen voortzetting van haar leden te zijn, maar een nieuw opgerichte rechtspersoon. De post 'in tarieven te verrekenen' van BIOS-ambulancezorg en de Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond mag volgens bezwaarde daarom niet in haar sluittarief 2013 worden verrekend.

De NZa betwist niet dat bezwaarde een nieuwe rechtspersoon is. Voor de berekening van het budget 2013 is dit echter niet relevant.

In de Memorie van Toelichting bij de Wet ambulancezorg wordt opgemerkt dat de RAV houder is van het budget voor de gehele ambulancezorg in de regio.²⁰ De RAV is daarmee in een rol geplaatst waarbij de financiële verdeling van de gelden binnen de regio (tussen de meldkamer en de ambulancedienst) tot haar verantwoordelijkheid hoort. Voor het vaststellen van de tarieven 2013 heeft de NZa bij dit uitgangspunt aangesloten. De RAV is voor de NZa het aanspreekpunt voor alle zaken rondom bekostiging in de regio, ongeacht of deze zaken betrekking hebben op de periode voor of na 2013.

²⁰ Memorie van toelichting van de Wet ambulancezorg, TK 2004-2005, 29 835, nr. 3, p. 12.

De NZa heeft de taak om evenwichtige tarieven vast te stellen die kostendekkend zijn. Voor het jaar 2013 heeft de NZa besloten het sluittarief van de RAV vast te stellen op grond van de budgetten van de aanbieder(s) die op 31 december 2012 in de betreffende regio actief waren (het regio-budget). Het tarief waarmee in de regio voorheen zorg werd verleend blijft daarmee op regioniveau onveranderd. De NZa gaat er daarom vanuit dat dit tarief kostendekkend is. Deze manier van budgetberekening heeft verder tot gevolg dat alle RAV's gelijk worden behandeld. Iedere RAV krijgt immers het 'regio-budget' van de oude zorgaanbieder(s) toegewezen en declareert bij de zorgverzekeraars.

Voor zover bezwaarde aanvoert dat dit beleid onredelijk is merkt de NZa het volgende op.

De NZa heeft bewust de keuze gemaakt voor de RAV's geen nieuwe (schone) budgetten af te geven. In vrijwel alle regio's is de RAV opgebouwd uit dezelfde zorgaanbieder(s) als die in 2012 in de regio actief waren. Voor de regio's waarin in 2012 dezelfde zorgaanbieder actief is als in 2013, en de situatie feitelijk onveranderd is gebleven, is voortzetting van het systeem van budgettering alleszins redelijk. Voor de regio's waar in 2012 meerdere zorgaanbieders actief waren geldt dat de RAV vaak in de vorm van een coöperatie is opgericht (in tegenstelling tot een fusie of samenwerkingsverband). Dergelijke coöperaties zijn opgericht met het doel via de voormalige vergunninghouders ambulancezorg in de regio te (blijven) leveren. Door middel van de coöperatie wordt de bedrijfsvoering van de oude vergunninghouders voortgezet met het verschil dat sprake is van onderaannemerschap. Er blijft sprake van dezelfde partijen (zij het in andere civielrechtelijke verhoudingen), dezelfde voertuigen, dezelfde gebouwen, dezelfde medewerkers, et cetera. Ook vormen de oude vergunninghouders de directie van de coöperatie. In een dergelijk geval is het voorzetten van het regio-budget binnen de nieuwe RAV niet alleen redelijk, maar in zekere mate ook vanzelfsprekend.

Bezwaarde had kunnen weten dat zij in haar sluittarief te maken zou krijgen met budgetelementen van haar leden, die voortvloeien uit de budgettering. In het Convenant met AZN heeft de minister immers afgesproken dat de budgetsystematiek ongewijzigd zou blijven. Het stopzetten van het sluittarief van de oude vergunninghouders zou een wijziging van de budgetsystematiek betekenen en in strijd zijn met het Convenant. Daar komt bij dat de NZa alleen de hoogte bepaalt van het (sluit)tarief dat in rekening kan worden gebracht bij de zorgverzekeraar. Binnen de coöperatie kan met de leden, te weten de oude vergunninghouders, verrekening plaatsvinden. Hiermee kon (en is in de praktijk bij andere RAV's) rekening worden gehouden. Buiten het onderhavige bezwaar heeft de NZa geen signalen uit het veld ontvangen dat verrekenen van oude posten tot problemen leidt. Dit beeld wordt ook onderschreven door de zorgverzekeraars.

De NZa heeft er daarnaast rekening mee gehouden dat 2013 in zekere mate een overgangsjaar is. De verrekeningen met de oude ambulance-diensten is vanaf het budgetjaar 2014 niet meer nodig. Per 2014 komen, met de overgang naar de nieuwe bekostiging, de sluittarieven te vervallen. De nog niet afgerekende budgetbedragen worden eind 2014 (na het afhandelen van de nacalculatie 2013) via een eenmalige opbrengstverrekening afgehandeld.²¹ Het gaat daarom om een tijdelijke situatie.

De NZa concludeert dat het tarief is vastgesteld op basis van redelijke beleidsoverwegingen. Door bezwaarde zijn verder geen gronden aangevoerd waarom het tarief niet kostendekkend zou zijn.

3. *Proceskostenvergoeding*

Tenslotte heeft bezwaarde een beroep gedaan op artikel 7:15 lid 2 Awb. De NZa wijst dit verzoek af omdat het besluit niet wordt herroepen.

CONCLUSIE

Gezien het voorgaande verklaart de NZa het bezwaarschrift ongegrond.

Ingevolge artikel 105 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven, Postbus 20021, 2500 EA 's-Gravenhage. Het beroep dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet tenminste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het beroep zich richt en de gronden van het beroep. Indien beschikbaar dient een afschrift van het besluit te worden meegezonden

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.E. Homan,
plv. voorzitter Raad van Bestuur

²¹ Artikel 5.7 Beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening, BR/CU-7088.