Nederlandse Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Minister T. van Ark
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Uw brief van	Uw kenmerk
21 juli 2020	1722403208183-CZ

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk
directie Regulering	088 – 770 8 770	info@nza.nl	0383296/762339

Onderwerp
Advies uitbreiding acuut ambulancevervoer door de ambulancehelikopter voor Texel

Datum
20 oktober 2020

Geachte mevrouw van Ark,

Op 21 juli 2020 heeft u de NZa gevraagd te adviseren over de beschikbaarheidbijdrage acuut ambulancevervoer per helikopter vanaf de Friese Waddeneilanden, voor zover het gaat om de uitbreiding van het aantal acute vluchten naar Texel.

Wij beantwoorden in deze brief de vragen die u ons heeft gesteld in uw opdrachtbrief. Vervolgens adviseren wij u over de financiering van de kosten van het acuut ambulancevervoer per helikopter voor Texel. Voor nadere onderbouwing verwijs ik u graag naar het bijgevoegde rapport. Daarnaast geven we u in deze brief nog een aantal aanvullende overwegingen mee.

- Is een beschikbaarheidbijdrage conform artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) aan de orde voor een uitbreiding van het acuut ambulancevervoer per waddenhelikopter naar Texel?
- In hoeverre is de marktverstoring bij het bekostigen van deze extra vluchten door middel van prestaties en tarieven groter dan de marktverstoring bij het bekostigen van de vluchten via een beschikbaarheidbijdrage?

Om de eerste vraag te beantwoorden, hebben we de drie criteria die artikel 56a Wmg voor het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage voorschrijft, getoetst. Artikel 56a Wmg: *"Voor een beschikbaarheidbijdrage komen uitsluitend vormen van zorg in aanmerking waarvan*

1. *Of de kosten niet of niet geheel zijn toe te kennen naar, of door middel van tarieven in de zin van deze wet in rekening te brengen zijn aan, individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden;*
2. *Of waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifering marktverstorend zou werken;*
3. *En die niet op andere wijze worden bekostigd."*

We concluderen dat aan geen van drie voorwaarden die art. 56a van de Wmg voorschrijft voor het verstrekken van een beschikbaarheidbijdrage, is voldaan.

De onderbouwing hierbij is als volgt. De kosten van het acuut ambulancevervoer per helikopter vanaf Texel kan men financieren in lijn met de huidige bekostigingssystematiek van de ambulancezorg. Als partijen dit noodzakelijk achten kan de NZa hiervoor een nieuwe prestatie met vast tarief vaststellen. De NZa ziet hiertoe echter geen noodzaak. De RAV en representerende zorgverzekeraars kunnen immers al afspraken over de spoedeisende ambulancezorg maken in lijn met de huidige regelgeving en budgettering. Als de zorgverzekeraar de kosten van het acuut ambulancevervoer per helikopter voor Texel bekostigt via de reguliere bekostiging (ongeacht of dit met een nieuwe prestatie en tarief is), zien we geen marktverstoring optreden.

Voor het antwoord op de tweede vraag hebben we in bijgevoegd rapport de marktverstoring voor verzekeraars onderzocht. We hebben twee situaties vergeleken: De situatie waarin de ambulancebekostiging de kosten van deze extra vluchten bekostigt en de situatie waarin de beschikbaarheidbijdrage deze kosten financiert. In de situatie waarin de beschikbaarheidbijdrage deze kosten financiert zien we een groter (absoluut) financieel effect dan de situatie waarin een prestatie met tarief deze kosten financiert.

Het antwoord op deze tweede vraag is echter niet relevant. De betreffende kosten bij de zorgvorm voldoet immers aan geen van de drie voorwaarden voor het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage uit artikel 56a Wmg. Er is tenslotte geen sprake van marktverstoring, want de financiële impact is minimaal.

Gelet op het bovenstaande adviseren wij geen beschikbaarheidbijdrage conform artikel 56a Wmg voor het beperkte aantal acute vluchten vanaf Texel.

Wij geven u graag nog een aantal relevante en aanvullende overwegingen mee.

De vluchten kunnen binnen de reguliere bekostiging worden gefinancierd

In het rapport hebben we getoetst of de reguliere ambulancebekostiging ruimte biedt voor de beperkt aantal acute vluchten vanaf Texel. Deze vraag hebben wij bevestigend beantwoord. Dat lichten we graag verder toe.

De RAV Noord-Holland Noord (NHN) kan met de verzekeraar afspraken maken over het budget ambulancezorg. Dit betekent dat zij ook afspraken kunnen maken over de beperkt aantal acute vluchten vanuit Texel. In de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) staat dat de RAV ambulancezorg mag uitbesteden. Dit betekent dat de RAV NHN de vluchten vanaf Texel kan uitbesteden aan de RAV Fryslân. De RAV NHN blijft dan verantwoordelijk voor de uitbestede ambulancezorg.

De RAV NHN declareert de prestatie spoedeisende ambulancezorg met vast tarief (of een nieuwe prestatie) voor de ambulance inzet per helikopter bij de verzekeraar. De RAV NHN en de RAV Fryslân spreken dan onderling een bedrag af voor de diensten.

Dit betekent dat de ambulancehelikopter die 24/7 beschikbaar is voor acuut ambulancevervoer vanaf de Friese Waddeneilanden, ook kan uitrukken voor de vluchten vanuit Texel. In de business case van de RAV'en staat opgenomen dat de RAV Fryslân 24/7 beschikbaarheid kan garanderen. Dit geldt voor zowel de extra vluchten op Texel als voor de Friese Waddeneilanden. Met het toevoegen van de beperkt aantal acute vluchten vanaf Texel blijft de RAV Fryslân dus beschikbaar voor acuut ambulancevervoer vanaf de Friese Waddeneilanden. Belangrijk is dus dat de RAV Fryslân de 24/7 beschikbaarheid kan garanderen voor de Friese Waddeneilanden, ongeacht of zij ook naar Texel vliegt.

Om de vluchten vanaf Texel tot stand te laten komen, dienen zorgverzekeraars en RAV NHN aanvullende contractafspraken te maken. Daarnaast is een aanpassing van de beleidsregel beschikbaarheidbijdrage op aanvraag nodig. De aanpassing in deze beleidsregel is nodig om de vergoeding van de onderlinge dienstverlening te kunnen verrekenen met de al bestaande beschikbaarheidbijdrage. Dit betreft de bestaande beschikbaarheidbijdrage acuut ambulancevervoer per helikopter vanaf de Friese Waddeneilanden.

In het rapport zijn wij uitgaan van onderlinge dienstverlening. In de ambulancezorg bestaat tevens het burenhulpprincipe. Ons inziens, ligt het niet voor de hand om de genoemde constructie te kwalificeren als burenhulp, gezien de specifieke afspraken tussen de beide RAV'en die gebaseerd zijn op patiëntcriteria. Wij benadrukken hierbij dat ongeacht de situatie van burenhulp of onderlinge dienstverlening, de conclusie van de marktverstoringstoets niet anders is. De financiële impact is immers minimaal.

Reactie betrokken partijen
We hebben het concept rapport ter consultatie voorgelegd aan de betrokken partijen. De RAV Fryslân, de RAV NHN en de representerende zorgverzekeraars zouden graag zien dat VWS de beperkt aantal acute vluchten vanuit Texel toevoegt aan de al bestaande beschikbaarheidbijdrage. Het betreft hier de beschikbaarheidbijdrage acuut ambulancevervoer per helikopter vanaf de Friese Waddeneilanden. Partijen voeren hier aan dat de beschikbaarheidbijdrage al een deel van de voorziening financiert. Het toevoegen van een gering aantal extra vluchten leidt tot een efficiënt verantwoordingsproces. Partijen geven aan dat het hun voorkeur heeft om niet te werken met verrekeningen tussen RAV NHN en RAV Fryslân. En om de beschikbaarheidbijdrage voor de vluchten vanuit Texel toe te kennen aan de RAV Fryslân.
Indien u toch besluit om de huidige beschikbaarheidbijdrage uit te breiden, dan heeft dat een aantal (mogelijke) gevolgen die we hieronder benoemen.

Precedentwerking
Door het integreren van een beperkt aantal acute vluchten vanaf Texel in een beschikbaarheidbijdrage is mogelijk precedentwerking te verwachten voor andere vormen van zorg.

Het gaat hierbij om zorgvormen waarvan gesteld kan worden dat ze gecompenseerd moeten worden. Mogelijk zijn er regio's, patiëntgroepen of zorgvormen die enige overeenkomst vertonen met de eventuele uitbreiding voor het acuut ambulancevervoer per Waddenhelikopter voor Texel. Een voorbeeld is acuut ambulancevervoer in ander minder makkelijk aan te rijden gebieden in Nederland. Denk hierbij aan de gebieden waarvoor geldt dat de patiënt niet binnen 45 minuten aanwezig kan zijn op de spoedeisende hulp van een ziekenhuis. Een ander voorbeeld is andere RAV'en die zich kunnen melden omdat ze te maken hebben met unieke kosten in hun RAV-regio. Denk hierbij bijvoorbeeld aan tolkosten, of hoge huisvestingskosten, of duurder personeel in verband met krapte in een bepaalde regio.

Regelgeving
Als u ondanks ons advies, besluit om de huidige beschikbaarheidbijdrage voor de acuut ambulancevervoer per helikopter vanuit de Friese Waddeneilanden uit te breiden met de acute vluchten naar Texel, dan dient de geldende regelgeving aangepast te worden. U heeft de NZa tevens gevraagd om de vervolgstappen te noemen voordat u een beschikbaarheidbijdrage kan toekennen.

Ten eerste dient u het Besluit beschikbaarheidbijdrage Wmg aan te passen. De huidige afbakening spreekt immers over "de Friese Waddeneilanden". Daarnaast moet u de beschikbaarheidbijdrage zo afbakenen, dat duidelijk is dat de vluchten vanuit Texel zijn afgebakend naar specifieke patiëntgroepen. Dat is een verschil met de huidige beschikbaarheidbijdrage acuut ambulancevervoer per helikopter vanaf de Friese Waddeneilanden. Deze geldt immers voor alle acute vluchten vanaf de Friese Waddeneilanden. Ten tweede hebben wij een aangepaste aanwijzing nodig. In de huidige aanwijzing wordt gesproken over de Friese Waddeneilanden.

Tot slot hebben wij reeds aangegeven dat het toevoegen van de vluchten vanaf Texel aan de huidige beschikbaarheidbijdrage, mogelijk een juridisch risico met zich mee brengt. Op grond van de Twaz heeft de RAV NHN het alleenrecht om ambulancezorg te verlenen op Texel. Als u de beschikbaarheidbijdrage uitbreidt met de vluchten vanaf Texel, dan loopt de verantwoordelijkheid voor het leveren van ambulancezorg (RAV NHN) niet gelijk met de bekostiging (RAV Fryslân). Wij vragen uw aandacht hiervoor.

Vervolg
Als u ondanks ons advies, besluit om de helikoptervluchten voor Texel toe te voegen aan de beschikbaarheidbijdrage acuut ambulancevervoer per helikopter vanaf de Friese Waddeneilanden, zal de NZa op uw verzoek een uitvoeringstoets doen. Daarnaast moet, zoals eerder aangegeven, de regelgeving aangepast worden. De NZa zal ook haar regelgeving moeten aanpassen. Zij zal immers de kosten voor de uitbreiding moeten verwerken in de Beleidsregel beschikbaarheidbijdrage op aanvraag.

Kenmerk
0383296/762 339

Advies
De NZa concludeert dat aan geen van de voorwaarden voor het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage op basis van artikel 56a Wmg is voldaan. De geconsulteerde veldpartijen hebben vanuit praktische overwegingen aangegeven voorstander te zijn van een uitbreiding van de beschikbaarheidbijdrage. Indien u toch besluit een beschikbaarheidbijdrage toe te kennen, zien wij naast juridische risico's ook risico op precedentwerking.

De drie toetsen die de NZa heeft uitgevoerd kunt u terugvinden in het rapport. Deze hebben we als bijlage toegevoegd.
Uiteraard zijn wij bereid om ons advies nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

Advies marktverstoring uitbreiding beschikbaarheidbijdrage acuut ambulancevervoer per waddenhelikopter voor Texel

Samenvatting

In dit rapport geven we advies over een uitbreiding van de beschikbaarheidbijdrage voor het acuut ambulancevervoer per helikopter voor Texel voor een beperk aantal patiënten. We concluderen dat aan geen van de drie voorwaarden voor het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage is voldaan. We hebben allereerst getoetst of de reguliere bekostiging de voorziening kan financieren. We bevestigen dat dit past binnen de reguliere ambulancebekostiging. Daarmee is niet voldaan aan criterium 3 voor het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage. Bovendien is deze voorziening toe te rekenen aan de individuele verzekeraars of patiënten. Daarmee is ook niet voldaan aan criterium 1 voor het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage. Tot slot hebben we getoetst of er marktverstoring optreedt als een prestatie en tarief de voorziening financiert. Dit is niet het geval. Er is geen sprake van marktverstoring op de inkoopmarkt en op de zorgverleningsmarkt. Op de zorgverzekeringsmarkt zien we een klein materieel effect per hoofd, maar het betreft hier een potentiële jaarpremie stijging van 0,000642% per verzekerde. Echter, dit materieel effect is minder dan wanneer er sprake is van een beschikbaarheidbijdrage.

1 Kern van de adviesaanvraag

De vraag die voorligt is of de beschikbaarheidbijdrage acuut ambulancevervoer per waddenhelikopter aan de orde is bij een uitbreiding van een beperkt aantal acute vluchten naar Texel. Hierbij gaat het om acuut ambulancevervoer per helikopter van patiënten met:

1 Een (vermoeden van) CVA;
2 Een (vermoeden van) STEMI;
3 Post-reanimatie patiënten;
4 Acute geboortezorg of;
5 Patiënten met ernstig bloedverlies.

Het gaat naar verwachting jaarlijks om gemiddeld 50 patiënten die aan deze criteria voldoen. En die dus met de ambulancehelikopter vervoerd zullen worden naar een ziekenhuis.

Om de adviesvraag te kunnen beantwoorden, hebben wij de uitbreiding naar Texel getoetst aan de criteria voor een beschikbaarheidbijdrage. Daarbij hebben wij onderzocht in hoeverre de kosten voor deze vluchten al op een andere manier worden bekostigd. En of deze te bekostigen zijn via een prestatie en tarief. Daarnaast hebben we onderzocht in hoeverre de marktverstoring bij het bekostigen van deze extra vluchten door middel van de ambulancebudgettering (eventueel met prestatie en tarief) groter is dan de marktverstoring bij het bekostigen van de vluchten via een beschikbaarheidbijdrage.

In dit onderzoek gaan we uit van twee scenario's. Situatie 1 is de situatie waarin de reguliere bekostiging de helikoptervluchten vanaf Texel financiert (scenario 1). Situatie 2 gaat uit van een beschikbaarheidbijdrage die deze vluchten financiert (scenario 2). We gaan in beide scenario's (zoals ook in de opdracht marktverstoringstoets van het Ministerie van VWS staat opgenomen) ervan uit dat de RAV Fryslân de helikoptervluchten uitvoert.

In hoofdstuk 2 lichten we het instrument beschikbaarheidbijdrage toe. In hoofdstuk 3 leggen we de ambulancebekostiging uit. In hoofdstuk 4 toetsen we twee criteria voor het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage. Daarna leggen we in hoofdstuk 5 uit om welke zorgvorm, relevante partijen en verschillende zorgmarkten het gaat. Vervolgens toetsen we in hoofdstuk 6 het derde en tevens marktverstoringscriterium. We sluiten af in hoofdstuk 7 met een conclusie.

Bij het onderzoeken hebben wij de marktpartijen geconsulteerd en hun opvattingen meegewogen. De uitkomsten van ons onderzoek staan in dit advies.

2 Beschikbaarheidbijdrage

2.1 Achtergrond beschikbaarheidbijdrage

Uitgangspunt van het zorgstelsel is dat primair de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor (het inkopen van) voldoende, tijdige en bereikbare zorg voor zijn verzekerden. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht jegens zijn verzekerde. Dat houdt in dat de verzekeraar ervoor moet zorgen dat de verzekerde de verzekerde zorg kan krijgen. Dit betekent dat zij daarvoor de nodige maatregelen treft. De overheid blijft daarnaast eindverantwoordelijk voor een aantal vormen van zorg waarvan de kwaliteit, toegankelijkheid c.q. bereikbaarheid en betaalbaarheid mogelijk niet zonder meer voldoende zijn gewaarborgd. Om de beschikbaarheid van deze specifieke vormen van zorg te waarborgen, is overheidsbemoeienis nodig in de vorm van financiële voorwaarden vooraf of achteraf.

Artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) bevat de criteria voor de toekenning van een beschikbaarheidbijdrage. Het artikel stelt:

"Voor een beschikbaarheidbijdrage komen uitsluitend vormen van zorg in aanmerking waarvan
- Of de kosten niet of niet geheel zijn toe te kennen naar, of door middel van tarieven in de zin van deze wet in rekening te brengen zijn aan, individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden;
- Of waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifering marktverstorend zou werken;
- En die niet op andere wijze worden bekostigd."

De drie wettelijke criteria uit artikel 56a van de Wmg zijn uitgewerkt in een beoordelingskader. Dit beoordelingskader is opgenomen in de nota van toelichting bij het Besluit beschikbaarheidbijdrage Wmg (hierna: Besluit). Het Ministerie van VWS voegt een zorgvorm toe aan het Besluit als de zorg is getoetst aan de wettelijke criteria en het Ministerie van VWS bepaalt dat een beschikbaarheidbijdrage in de rede ligt. In het Besluit staan alle vormen van zorg die in aanmerking komen voor een beschikbaarheidbijdrage.

2.2 Acuut ambulancevervoer per ambulancehelikopter vanaf de Friese Waddeneilanden

Advies 2015 ambulancehelikopter voor de Friese Waddeneilanden

In 2015 heeft de NZa de minister van negatief geadviseerd over het bekostigen van de acute vluchten vanaf de Friese Waddenhelikopter middels een beschikbaarheidbijdrage (Advies NZa 2015 met kenmerk 0117759/0166278). We hebben destijds geadviseerd om de voorziening te laten landen in de reguliere ambulancebekostiging en eventuele verstoringen voor de zorgverzekeraar te corrigeren via de risicoverevening. We zagen in het onderzoek in 2015 geen marktverstoring tussen zorgaanbieders. Wel zagen we het potentieel op risicoselectie of premiedifferentiatie door zorgverzekeraars als gevolg van duurder wordende verzekerden in de regio Friesland. De geschatte exploitatiekosten voor de RAV Fryslân waren in 2015 circa 5 miljoen euro.

De minister van VWS heeft uiteindelijk een beschikbaarheidbijdrage in het leven geroepen voor deze voorziening.

Door de aanwezigheid van de Waddenzee tussen de Waddeneilanden en de dichtstbijzijnde ziekenhuizen op het vaste land, zou er zonder ambulancehelikopter een verslechtering kunnen optreden in de situatie van het aantal patiënten dat binnen 45 minuten een afdeling voor acute verloskunde of spoedeisende hulp kan bereiken. Daarom is volgens het Ministerie van VWS een ambulancehelikopter noodzakelijk.

In het voorliggende advies adviseren wij alleen over de exploitatiekosten die de businesscase noemt voor het vervoer per ambulancehelikopter van de circa 50 patiënten vanaf Texel. De al bestaande voorziening voor de Friese Waddeneilanden is geen onderdeel van deze toets. Voor de ambulance inzetten per ambulancehelikopter voor de Friese Waddeneilanden heeft de NZa tenslotte in 2015 al advies uitgebracht over een beschikbaarheidbijdrage. We merken wel alvast op, dat we er vanuit gaan dat de RAV Fryslân de helikoptervluchten uitvoert. Hierdoor zijn de exploitatiekosten voor de ambulancevluchten vanaf Texel maar een fractie zijn van de kosten voor de ambulancehelikopter voor de Friese Waddeneilanden. In paragraaf 6.1 gaan we in op de exploitatiekosten voor het ambulancevervoer vanaf Texel.

Reikwijdte huidige beschikbaarheidbijdrage voor de ambulancehelikopter voor de Friese Waddeneilanden

De beschikbaarheidbijdrage acuut ambulancevervoer per ambulancehelikopter vanaf de Friese Waddeneilanden is opgenomen in onderdeel B onder 16 van Bijlage behorende bij de artikelen 2 en 4 van het Besluit:

"Het gaat hierbij om zorg, als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder deel d, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, verleend aan patiënten die met spoed voor behandeling vanaf de Friese Waddeneilanden naar een ziekenhuis vervoerd moeten worden. Hierbij geldt als voorwaarde dat het wegvallen van dat vervoer het aantal personen dat niet binnen 45 minuten een afdeling voor spoedeisende hulp of acute verloskunde per ambulance kan bereiken, doet toenemen. Het gaat om een ambulancehelikopter die 7 x 24 uur beschikbaar moet zijn."

Op grond van de huidige omschrijving van de beschikbaarheidbijdrage ("vanaf de Friese Waddeneilanden") vallen de acute vluchten vanaf Texel buiten de reikwijdte van het Besluit.

Het Ministerie van VWS is op dit moment bezig met het opstellen van het Besluit ambulancezorgvoorzieningen. In dat besluit wordt de bijlage van het Besluit beschikbaarheidbijdrage Wmg aangepast waarin naar de Tijdelijke wet ambulancezorg wordt verwezen. De terminologie van het onderdeel Acuut ambulancevervoer per ambulancehelikopter vanaf de Friese Waddeneilanden zal in lijn worden gebracht met de Wet ambulancezorgvoorzieningen. Daarbij zal "acuut" ambulancevervoer worden gewijzigd in "spoedeisende" ambulancezorg

Criteria beschikbaarheidbijdrage acuut ambulancevervoer per waddenhelikopter voor de Friese Waddeneilanden

Uitgangspunt voor de toekenning van de huidige beschikbaarheidbijdrage is dat deze de noodzakelijke exploitatiekosten voor een ambulancehelikopter omvat om 7 dagen per week, 24 uur per dag de beschikbaarheid van acuut ambulancevervoer vanaf de Friese Waddeneilanden verantwoord vorm te geven. Dit betreft de kosten van de helikopter, de kosten voor de bemensing van de helikopter die noodzakelijk is om de helikopter te laten vliegen en om verantwoorde ambulancezorg gedurende het vervoer te kunnen verlenen en de locatiekosten voor de ambulancehelikopter met bemensing. Daarnaast zijn ook de opstartkosten - de kosten die voorwaardelijk zijn om deze voorziening te realiseren - in de beschikbaarheidbijdrage verwerkt.

Het bovenstaande volgt uit de aanwijzing die wij in 2015 van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben ontvangen (Staatscourant 2015, 19097). Dit is door ons opgenomen en nader gespecificeerd in artikel 15 van de "Beleidsregel beschikbaarheidbijdrage op aanvraag 2020" (BR/REG-20154a).

Voorheen werd het patiëntenvervoer per helikopter vanaf de Friese Waddeneilanden uitgevoerd door het Ministerie van Defensie. De RAV Fryslân heeft deze zorgfunctie overgenomen. Op grond van de in 2015 ontvangen aanwijzing van het Ministerie van VWS, is de NZa bevoegd om de beschikbaarheidbijdrage jaarlijks toe te kennen aan de RAV Fryslân.

3 Bekostiging ambulancezorg

3.1 Bekostiging ambulancezorg

Op dit moment vervoert een ambulance de patiënten vanaf Texel naar het vasteland. Voor de overtocht over de Waddenzee van Texel naar Den-Helder, maakt de ambulance gebruik van de veerdienst. Het uitvoeren van de ambulance-inzetten is voorbehouden aan de Regionale ambulancevoorziening Noord-Holland Noord (hierna: RAV NHN).

Op grond van de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) zijn er 25 Regionale ambulancevoorzieningen (hierna: RAV'en) aangewezen die het alleenrecht hebben om in de eigen regio ambulancezorg te verlenen. De RAV'en zijn verantwoordelijk voor het leveren van goede en tijdige ambulancezorg. De NZa is op grond van de Wmg belast met prestatie- en tariefregulering voor zover het gaat om ambulancezorg verleend door of vanwege een RAV. Hiertoe heeft de NZa een aanwijzing van het ministerie van VWS ontvangen (Staatscourant, 20624). Aan de hand van de aanwijzing heeft de NZa de "Beleidsregel Regionale ambulancevoorziening" (BR/REG-20149) opgesteld. De NZa stelt voorafgaand aan het jaar een maximumbudget vast per Regionale ambulancevoorziening dat voldoende is om de beschikbaarheid van ambulancezorg te kunnen garanderen.

Aan de bekostiging hebben we ook een financiering gekoppeld. Deze financiering maakt het mogelijk prestaties van de RAV aan patiënten/verzekerden toe te rekenen aan de hand van landelijke uniforme tarieven. De vaststelling van de RAV-budgetten vindt plaats op basis van de uitkomsten van lokaal overleg tussen RAV'en en

de representerende zorgverzekeraars. Gezien het regionale monopolistische karakter van de ambulancezorg en het grote belang van beschikbaarheid, vinden de onderhandelingen namens de verzekeraars plaats via het representatiemodel. Dit betekent dat de zorgverzekeraars ambulancezorg inkopen bij de RAV'en via een representatiemodel.

Met ingang van 1 januari 2021 treedt de Wet ambulancevoorziening in werking. Deze wet vervangt de Twaz. Net als in de huidige situatie is er per veiligheidsregio één aanbieder aangewezen voor het verlenen van ambulancezorg. Ook de bekostigingskant sluit vanaf 2021 aan bij de huidige situatie onder de Twaz.

Het is relevant om op te merken dat het acuut ambulancevervoer vanaf de Friese Waddeneilanden óók ambulancezorg is zoals bedoeld in de Twaz en dat alleen de bekostiging anders verloopt, namelijk via de beschikbaarheidbijdrage. Onder de nieuwe wet, vanaf 2021, is dit niet anders.

3.2 Twee varianten om ambulancehelikoptervluchten vanaf Texel door RAV Fryslân uit te laten voeren, binnen de reguliere ambulancebekostiging

Gezien de bovengenoemde, geldende regelgeving roept de opdrachtbrief van het Ministerie van VWS een aantal vragen op. Het Waddeneiland Texel valt immers onder de regio van de RAV NHN. Zoals wij hierboven hebben aangegeven heeft de RAV NHN op grond van de Twaz (en met ingang van 1 januari 2021 de Waz) het alleenrecht en de verantwoordelijkheid om ambulancezorg te verlenen op Texel. Dit levert ons inziens twee varianten op binnen de reguliere ambulancebekostiging die van toepassing kunnen zijn als de RAV Fryslân helikoptervluchten gaat uitvoeren voor RAV NHN: via onderlinge dienstverlening of via burenhulp.

Onderlinge dienstverlening (uitbesteding van zorg)

De RAV NHN mag (een deel van de) ambulancezorg uitbesteden aan een derde partij, mits er een overeenkomst is. We spreken hier van onderlinge dienstverlening waarbij de RAV NHN verantwoordelijk blijft voor de ambulancezorg op Texel.

In opdrachtbrief verwijst het Ministerie van VWS naar een inzetprotocol voor acuut ambulancevervoer vanaf Texel. Dit protocol is een gezamenlijk document van de RAV Fryslân en de RAV Noord-Holland Noord. Conform het inzetprotocol ziet de praktijk er als volgt uit. De RAV NHN rukt eerst uit bij een melding – per ambulance. Deze inzet per ambulance op Texel kan de RAV NHN niet declareren. Een RAV mag namelijk alleen ambulancezorg in rekening brengen als de RAV de patiënt vervoert (eerste-hulp-geen-vervoer is dus niet declarabel).

De helikopter van RAV Fryslân vervoert de patiënt vervolgens naar het ziekenhuis. De RAV NHN blijft verantwoordelijk voor de ambulancezorg die (voor een deel) is uitbesteedt aan de RAV Fryslân. De RAV NHN declareert de prestatie spoedeisende ambulancezorg met vast tarief voor de ambulance inzet per helikopter bij de verzekeraar. De NZa kan een nieuwe prestatie "vervoer per helikopter" vaststellen voor het acuut ambulancevervoer vanaf Texel, maar dat is volgens ons niet noodzakelijk. Ongeacht een nieuwe prestatie, spreken de RAV'en onderling een bedrag af voor de onderlinge dienstverlening.

Burenhulp

In de ambulancezorg bestaat het zogenoemde burenhulpprincipe. De RAV-regio's staan elkaar bij: wanneer in geval van spoed en onvoldoende beschikbare capaciteit binnen de eigen RAV, kan de verantwoordelijke RAV ambulances uit andere regio's inzetten. Bij burenhulp is de declarerende RAV (anders dan bij onderlinge dienstverlening) ook de RAV die de ambulancezorg uitvoert.

Als we burenhulp toepassen op de beperkt aantal acute vluchten vanaf Texel dan ziet dat er in de praktijk als volgt uit. De RAV NHN rukt eerst uit bij een melding – per ambulance. Deze inzet per ambulance op Texel kan de RAV NHN niet declareren. Een RAV mag namelijk alleen ambulancezorg in rekening brengen als de RAV de patiënt vervoert (eerste-hulp-geen-vervoer is dus niet declarabel).

De RAV Fryslân vervoert de patiënt vervolgens per helikopter naar het ziekenhuis. Wanneer de inzet van de ambulancehelikopter door RAV Fryslân in de regio NHN is aangemerkt als burenhulp komen de kosten ten laste van het budget van de RAV Fryslân. Dat betekent dat de RAV Fryslân zelf de prestatie spoedeisende ambulancezorg in rekening kan brengen bij de verzekeraar.

De NZa gaat uit van onderlinge dienstverlening

Wij vragen ons af of de bovengenoemde constructie gekwalificeerd kan worden als burenhulp. Als de verantwoordelijkheid voor de ambulancezorg via burenhulp structureel bij de RAV Fryslân ligt, zijn twee RAV'en verantwoordelijk voor het leveren van ambulancezorg binnen één regio. Wij merken allereerst op dat er geen vergelijkbare situatie is, er is immers maar één ambulancehelikopter in Nederland.

Echter, de constructie op Texel gaat verder dan de klassieke burenhulp zoals wij die kennen in de ambulancezorg, waarbij de RAV een naburige RAV inschakelt in geval van spoed of onvoldoende beschikbare capaciteit. In de situatie voor de patiënten op Texel zullen de RAV'en specifieke afspraken maken op basis van patiëntcriteria. Dit levert een situatie op waarbij beide RAV'en daadwerkelijk ambulancezorg leveren. Dat zien wij als uitbesteding van zorg (onderlinge dienstverlening). Als de constructie wordt gekwalificeerd als burenhulp, dan rekt dit het begrip burenhulp dusdanig op dat er mogelijk een spanningsveld ontstaat met de uitgangspunten uit de Twaz. Het uitgangspunt is dat de RAV het alleenrecht heeft om de ambulancezorg te verlenen. Het uitbesteden van zorg kan in de vorm van onderlinge dienstverlening.

In deze toets gaan wij daarom uit van onderlinge dienstverlening waarbij de RAV NHN verantwoordelijk blijft voor de organisatie en beschikbaarheid van ambulancezorg op Texel. Dit lijkt ons het meest consistent met de geldende wet- en regelgeving. Voor de volledigheid staan in bijlage 1 de uitkomsten in cijfers van de marktverstoringstoets waarbij we uit zijn gegaan van burenhulp.

4 Zijn de kosten voor het acuut ambulancevervoer per Waddenhelikopter voor Texel voor de afzonderlijke prestaties toe te rekenen aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden? En zo nee, kunnen deze op een andere wijze worden bekostigd?

In dit hoofdstuk toetsen we een tweetal criteria waaraan de kosten voor de zorgvorm moet voldoen om een beschikbaarbaarheidbijdrage toe te kennen. Het eerste criterium dat in de wet (artikel 56a Wmg) staat opgenomen voor toekenning van een beschikbaarheidbijdrage betreft de vraag of de voorziening niet met prestaties en tarieven vergoed kan worden. Het tweede criterium is of bij tarieven sprake zou zijn van marktverstoring en het derde criterium stelt dat de voorziening niet op een andere wijze wordt bekostigd. We toetsen in dit hoofdstuk criterium 1 en criterium 3. Het betreft hier criteria a en c zoals genoemd in de opdrachtbrief van VWS aan de NZa. We merken op dat we eerst criteria 3 toetsen, en daarna criteria 1 uiteenzetten. Criterium 2 (dit is criterium b uit de opdrachtbrief) toetsen we voor de volledigheid in hoofdstuk 6
.

4.1 Om bovenstaande vraag te beantwoorden is het relevant om de scenario's te schetsen die we onderzoeken in dit rapport. Het gaat om de situaties waarin de reguliere bekostiging de helikoptervluchten vanaf Texel financiert (scenario 1) en de situatie waarin een beschikbaarheidbijdrage deze vluchten financiert (scenario 2). Kunnen de kosten op andere wijze worden bekostigd (criterium 3)?

Voordat we antwoord kunnen geven op deze vraag, kijken we naar de huidige kostenstructuur van het acuut ambulancevervoer vanaf Texel. De RAV NHN is zowel op het vaste land van NHN, als op Texel. verantwoordelijk voor kwalitatief goede ambulancezorg. Dit betekent dat de RAV NHN voor het vervoer van Texel naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis zorgt. Het maakt niet uit hoe de RAV dit inregelt.

De exploitatiekosten voor het vervoer via of over het water zijn voor rekening van de RAV NHN. De RAV regelt dit vervoer momenteel via afspraken met TESO. De TESO veerdienst voorziet in de bootverbinding tussen Texel en de vaste wal. De kosten die TESO in rekening brengt voor de overtochten zijn voor rekening van de RAV NHN. De RAV onderhandelt met de representerende zorgverzekeraars over het benodigde budget. Dit is in lijn met de budgetsystematiek die de ambulancezorg kent in Nederland.

De Twaz en de vanaf 1 januari 2021 geldende Wet ambulancezorgvoorzieningen staan een ander vervoersmiddel dan een traditionele ambulance niet in de weg. De RAV mag de patiënt vervoeren per motorvoertuig, vaartuig of helikopter. Belangrijk hierbij is dat het gaat om een voor het verlenen van zorg aan en vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter. De RAV is vrij om met eenieder afspraken te maken over hoe zij de patiënt vervoert. De RAV maakt hierover een budgetafspraak met de zorgverzekeraars. Tenslotte geldt dat de zorgverzekeraar zorgplicht heeft jegens haar verzekerden. De zorgverzekeraar is dus ook verantwoordelijk voor goede en tijdige ambulancezorg.

Kortom, de NZa is van mening dat binnen de huidige budgetsystematiek de RAV vrij is om afspraken te maken over hoe zij de patiënt van Texel naar het vaste land vervoert. Dit mag per veerdienst, maar bijvoorbeeld ook per helikopter. Dit betekent dat de kosten van de helikoptervluchten voor Texel op een andere wijze (kunnen) worden bekostigd. Daarmee voldoen de zorgvorm en de bijbehorende kosten niet aan criterium 3. Voor de volledigheid toetsen we criterium 1 hieronder. Voor criterium 1 werken we een aparte prestatie voor het acuut ambulancevervoer per Waddenhelikopter voor Texel uit.

4.2 Zijn de kosten van de prestatie niet of niet geheel toe te rekenen naar individuele zorgverzekeraars of verzekerden (criterium 1)?

Bekostiging reguliere ambulancezorg

De budgetsystematiek bekostigt de ambulancezorg op basis van beschikbaarheid. Zoals hierboven ook aangegeven, past de vergoeding voor de ambulancehelikopter hier binnen. RAV NHN kan op korte termijn met de zorgverzekeraar aanvullende budgetafspraken maken over de voorziening. Via de budgetregel "overige kosten" kunnen deze afspraken landen in het budget. Voorwaarde is een gemeenschappelijke (tweezijdige) aanvraag van zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

In de ambulancezorg worden verschillen tussen het budget en de via zorgprestaties gedeclareerde bedragen verrekend. Als de RAV meer of minder omzet declareert dan de hoogte van het budget, verrekent men dit achteraf. Hiervoor is het instrument van de opbrengstverrekening beschikbaar. De NZa kan voor de financiering van het acuut ambulancevervoer per helikopter voor Texel een aparte prestatie vaststellen. Bijvoorbeeld de prestatie "vervoer per helikopter". De NZa vindt een nieuwe prestatie niet nodig. De kosten van de voorziening past al onder de bestaande budgettering.

Tarieven per ambulancevlucht

Het eerste criterium dat in de wet (artikel 56a Wmg) staat voor toekenning van een beschikbaarheidbijdrage betreft de vraag of prestaties en tarieven de voorziening kunnen bekostigen. We splitsen dit uit in twee operationele punten: stabiliteit volume en volume declarabel.

Stabiliteit volume

Als het volume sterk fluctueert is het moeilijk om een adequate prijs vast te stellen. In ons advies uit 2015 (met kenmerk: 0117759/0166278) concludeerden we dat hier geen sprake van is. Als wij een tarief voor een helikoptervlucht vaststellen, dan zullen wij dit tarief periodiek herijken. Bij een herijking houden we rekening met wijzigingen van het aantal vluchten en kosten. Een prestatie voor het vervoer per helikopter is in onze optiek toerekenbaar aan een individuele patiënt. Er gaat namelijk maar één patiënt per vlucht mee met de helikopter. Het financiële risico van een niet stabiel volume is relatief beperkt. Dit geldt zowel voor de zorgverzekeraar als voor de zorgaanbieder. Verschillen tussen de omzet en het budget verrekenen zij (zo nodig tussentijds) via de zogenaamde opbrengstverrekening.

Volume declarabel

Ambulance inzetten die niet inbaar zijn, vormen een kostenpost voor de RAV. Een deel van het volume van de ambulancevluchten is naar verwachting niet (volledig) declarabel. Dit komt deels doordat de RAV deze kosten in rekening brengt bij buitenlandse verzekeraars en bij Nederlanders die geen zorgverzekering hebben afgesloten. De RAV kan hierover afspraken maken met de zorgverzekeraars via de post dubieuze debiteuren in het budget. In dat geval betalen alle zorgverzekeraars de kosten van de patiënten waarvan de rekening oninbaar blijkt. Deze verrekening is naar rato van het marktaandeel van de verschillende zorgverzekeraars. Er is geen mogelijkheid om zorgverzekeraars te dwingen de kosten van dubieuze debiteuren te vergoeden. Bij de keuze voor prestaties brengt het debiteurenrisico dus een zeker financieel risico voor de RAV met zich mee. Dit is echter niet anders dan bij de reguliere ambulancezorg.

Wij benadrukken hierbij dat het gaat om een klein bedrag aan kosten voor de RAV. Het gaat immers om 50 patiënten waarvoor de RAV NHN de ambulancehelikopter zou willen inzetten voor vervoer, in plaats van vervoer met de veerdienst naar het vaste land. Uit navraag bij de RAV NHN blijkt dat er in 2019 853 veerdienstovertochten zijn geweest. 8,55% van de overtochten waren ten behoeve van buitenlands verzekerden. Als dit aandeel buitenlands verzekerden representatief is voor de 50 overtochten die de RAV in de

toekomst wil uitvoeren per helikopter, dan gaat het om afgerond 4 vluchten. Als elk van deze 4 vluchten niet inbaar zou zijn, dan gaat het om 4 maal € 1.682 (variabele kosten per vlieguur) en 4 maal 1/50e deel van de vaste kosten (a € 31.531, 1/50e deel hiervan is 631 euro). Dit komt neer op 9.252 euro wat vervolgens verrekend wordt naar rato er de van de marktaandelen van de verzekeraars in de regio van RAV Noord-Holland Noord.

Als het Ministerie van VWS voor prestaties en tarieven kiest, zijn er nog een aantal uitwerkingsvraagstukken. Het traject van het opstellen van prestaties, tarieven en declaratievoorwaarden geeft de gelegenheid om een passende oplossing te vinden voor verschillende uitwerkingsvraagstukken. Dit geeft ook ruimte aan het vraagstuk van de dubieuze debiteuren, indien deze dubieuze debiteuren inderdaad een probleem vormen. Een mogelijke uitkomst kan zijn om geen nieuwe prestatie en tarief van kracht te laten worden. De exploitatiekosten in het budget nemen dan alleen toe In de analyses in hoofdstuk 5 gaan we uit van dit laatste.

4.3 Conclusie: is voldaan aan criteria 1 en 3 als voorwaarde voor het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage?

Op de vraag of aan beide criteria is voldaan antwoorden we ontkennend. De voorziening kan vergoed worden via een eventuele prestatie en tarief, en daarmee is niet voldaan aan criterium 1. De NZa is van mening dat de huidige ambulancebekostiging de ruimte biedt om afspraken te maken over overtochten van Texel naar het vaste land per helikopter. Daarmee is ook niet voldaan aan criterium 3 om een beschikbaarheidbijdrage toe te kennen.

5 Zorgvormen en relevante markten

In dit hoofdstuk omschrijven we de definitie van marktverstoring, de zorgvorm, en de zorgmarkten en de bijbehorende context van die zorgmarkten. We eindigen dit hoofdstuk met een voorlopige conclusie. De omschrijving van de zorgvorm en de zorgmarkten is nodig om in hoofdstuk 6 criterium 3 (financiering via reguliere bekostiging) te kunnen toetsen als voorwaarden voor een beschikbaarheidbijdrage.

5.1 Definitie marktverstoring

Het tweede criterium dat in de Wmg is opgenomen voor de toekenning van een beschikbaarheidbijdrage is het criterium "marktverstoring". Marktverstoring definiëren we als een situatie waarbij een andere uitkomst (in termen van prijs, volume en kwaliteit) tot stand komt dan op een markt die we als concurrerend beschouwen.

We operationaliseren marktverstoring aan de hand van prijsverschillen. Het kan dan gaan om zowel prijsverschillen tussen aanbieders als verschillen in de zorgverzekeringspremie. Omdat in dit geval alleen de zorgverzekeringsmarkt relevant is voor de marktverstoringsanalyse (hoofdstuk 6), kijken we alleen naar premieverschillen. Hoe groter de premieverschillen, hoe meer een markt verstoord kan zijn. We hebben hiervoor de volgende normen gehanteerd:

- Een prijsafwijking van meer dan 5% maar minder dan 10% kwalificeren we als zorgelijk;
- Een prijsafwijking van meer dan 10% kwalificeren we als problematisch.

5.2 Zorgvorm: Acuut ambulancevervoer vanaf Texel uitgevoerd door de ambulancehelikopter

De adviesaanvraag omschrijft de zorgvorm. Het gaat om acute zorgvragen op Texel waar tijd een cruciale factor is en waar vervoer voor dit type patiënten per boot te lang duurt. Het gaat hierbij om een kleine patiëntgroep in verband met het verbeteren van overlevingskansen en/of kwaliteit van leven na behandeling. Het gaat om patiënten met:

1. Een (vermoeden van) CVA;
2. Een (vermoeden van) STEMI;
3. Post-reanimatie patiënten;
4. Acute geboortezorg of;
5. Patiënten met ernstig bloedverlies.

Naar verwachting gaat om jaarlijks 50 patiënten gemiddeld die aan deze criteria voldoen en met de ambulancehelikopter vervoerd zullen worden naar een ziekenhuis.

5.3 Zorgmarkten

In een marktverstoringtoets toetst de NZa of de vergoeding voor de betreffende zorgvorm via prestaties en tarieven voor een verstoring op de markt zou zorgen. Dit vergelijkt zij vervolgens met de situatie waarin de betreffende vorm van zorg vergoed wordt via de beschikbaarheidbijdrage. We kunnen hierbij onderscheid maken naar een drietal markten:

I. De zorgverleningsmarkt
II. De zorgverzekeringsmarkt
III. De zorginkoopmarkt

Voor de zorgvorm ambulancezorg geldt per definitie dat er sprake is van marktverstoring. Dit staat los van eventuele (nieuwe) prestaties en tarieven voor de ambulancehelikoptervluchten vanaf Texel of een (nieuwe) beschikbaarheidbijdrage voor deze vluchten vanaf Texel. De markt voor ambulancezorg kenmerkt zich namelijk door overheidsingrijpen: monopolies (non-concurrentiële markt), gebudgetteerde instellingen, inkoop via representatie door de zorgverzekeraar. Dit is op zichzelf staand al marktverstorend. Wat we daarom toetsen is of bekostiging via de bestaande ambulancebudgettering (eventueel met een nieuwe prestatie en tarief) de marktverstoring sterker laat toenemen dan bekostiging via een beschikbaarheidbijdrage.

De direct relevante partijen zijn de patiënt, de zorgverzekeraars, de regionale ambulancevoorziening Noord-Holland Noord en de regionale ambulancevoorziening Fryslân.

Zorgverleningsmarkt

Als we spreken over de zorgverleningsmarkt dan zijn hier in eerste instantie twee betrokken partijen: de zorgaanbieders en de patiënten. De zorgaanbieders zijn in deze situatie de RAV Noord-Holland Noord en RAV Fryslân.

De zorgaanbieders zouden onderling marktverstoringen kunnen ervaren als gevolg van prestaties en tarieven óf een beschikbaarheidbijdrage. Dit zou zich uiten in uiteenlopende kosten en zou de patiënt ook verschillende kosten ervaren afhankelijk van de aanbieder van de zorg. Echter, de zorgaanbieders bevinden zich op een non-concurrentiële zorgmarkt, waarbij de zorgaanbieders gebudgetteerde instellingen zijn. Het betreft dus een non-concurrentiële markt en de betreffende zorgvorm is een vorm van spoedzorg. Op het moment dat prestaties en tarieven de kosten van de ambulancehelikoptervluchten vanaf Texel vergoeden, is het daarom niet relevant om te onderzoeken of er verstoring optreedt op de zorgverleningsmarkt. Dit betekent dat er geen verstoring voor de zorgaanbieder of voor de patiënt te verwachten is.

Zorgverzekeringsmarkt

De zorgverzekeringsmarkt is de markt waarop de zorgverzekeraars polissen aanbieden en verkopen aan (potentiële) verzekerden. Hier zijn twee direct betrokken partijen: de zorgverzekeraars en de verzekerden.

Een marktverstoring tussen zorgverzekeraars uit zich als bepaalde verzekeraars een onevenredige schadelast kennen. Dit zou kunnen optreden als gevolg van het acuut ambulancevervoer vanaf Texel door middel van de ambulancehelikopter in plaats van vervoer per veerdienst. Als deze zorgverzekeraars deze onevenredig hoge schadelast doorrekenen in de premies, dan worden hun polissen minder aantrekkelijk voor potentiële verzekerden.

Het is ook mogelijk dat zorgverzekeraars de betreffende regio niet of minder interessant zullen vinden om daar hun polis aan te bieden. Dit zal het geval zijn als daar de groep verzekerden relatief duur(der) is. Dit kan ertoe leiden dat de zorgverzekeraar zichzelf minder aantrekkelijk probeert te maken in de betreffende regio. Of dat zij geheel geen polis aanbiedt in die regio. Dit heeft als doel om minder verzekerden aan te trekken. We spreken dan ook van een verstoring op de zorgverzekeringsmarkt. Dit gedrag laat zich echter lastig meten of voorspellen, anders dan door te kijken naar premieverschillen. We focussen daarom op premieverschillen op de zorgverzekeringsmarkt. Afhankelijk van de omvang van de premieverschillen kan dit vervolgens leiden tot (regionale) risicoselectie.

Marktverstoringen van de zorgverzekeringsmarkt zijn relevant voor dit advies. We zullen hiervoor zowel analyseren wat de verdeling is van de landelijke kosten over de zorgverzekeraars, als wat de verdeling is van regionale kosten.

Op de zorgverzekeringsmarkt is ook het begrip *zorgplicht* relevant. Bij het borgen van de continuïteit van zorg, waaronder acuut ambulancevervoer, staat de zorgplicht centraal. Onder de zorgplicht van een zorgverzekeraar verstaan we de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg.

Zorginkoopmarkt

De zorginkoopmarkt is de markt waar zorgverzekeraars en zorgaanbieders contracten sluiten (of juist niet, maar dat is hier niet aan de orde). Deze contracten leiden tot zorgdeclaraties en -betalingen. Er is bijvoorbeeld sprake van marktverstoring op de zorginkoopmarkt als er irreële tarieven ontstaan die niet in verhouding staan tot de geleverde prestatie. Hierdoor verdwijnt de vergelijkbaarheid tussen de tarieven en de daarvoor geldende prestaties tussen aanbieders.

Zoals hierboven ook al aangegeven, is in de ambulancezorg geen sprake van concurrentie tussen zorgaanbieders. De twee grootste verzekeraars in de regio zijn verplicht zorg in te kopen bij de aangewezen zorgaanbieder. Er is daarom ook geen sprake van verstoringen tussen zorgaanbieders.

Het is overigens mogelijk om de kosten van de ambulancehelikopter voor vluchten vanaf Texel toe te rekenen aan de prestaties (namelijk de vluchten) en aan de budgettering. Het risico van irreële tarieven is dan ook niet aan de orde.

We kunnen dus op voorhand concluderen dat er ook geen marktverstoring is op de zorginkoopmarkt op het moment dat de kosten van de ambulancehelikoptervluchten vanaf Texel worden gedekt met prestaties en tarieven. We merken hierbij op dat de zorgverzekeraar bij de inkoop kan sturen op kwalitatief goede en betaalbare ambulancezorg en dat doelmatige ambulancezorg voorop staat. Men kan in de regio concluderen dat doelmatige ambulancezorg vanaf Texel ook per veerdienst kan, in plaats van per helikopter. Dit kan dus ook een uitkomst zijn.

5.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk hebben we de drie marktvormen beschreven waarop marktverstoring kan optreden indien de kosten van de ambulancehelikoptervluchten vanaf Texel worden gedekt met prestaties en tarieven. Voor deze zorgvorm concluderen we dat het niet relevant is om te onderzoeken of marktverstoring zich voordoet op de zorgverleningsmarkt en de zorginkoopmarkt indien de zorgvorm wordt bekostigd vanuit de reguliere ambulancebekostiging, eventueel met een prestatie en tarief. Vanwege het non-concurrentiële karakter van de acute ambulancezorg en het spoedzorgkarakter van de zorgvorm, kunnen we op voorhand al aangeven dat bij bekostiging met prestaties en tarieven voor de ambulancevluchten vanaf Texel zich op de zorgverleningsmarkt en de zorginkoopmarkt geen marktverstoring voordoet. We focussen in hoofdstuk 6 daarom alleen op mogelijke marktverstoring op de zorgverzekeringsmarkt.

6 Analyse marktverstoring

6.1 Gebruikte gegevens

Voor de marktverstoringsanalyses hebben we gegevens nodig. We gebruiken een deel van de omschreven kosten en besparingen zoals omschreven in de businesscase afkomstig van de RAV Noord-Holland Noord en RAV Fryslân. Deze businesscase heeft de NZa als bijlage ontvangen van VWS bij de opdrachtbrief. We gaan in de marktverstoringstoets niet uit alle kosten en besparingen uit de businesscase. Wij kunnen sommige van de omschreven kosten en besparingen namelijk niet kunnen volgen. Dit hebben we ook zo besproken en afgestemd met de eigenaren van de businesscase (RAV NHN en RAV Fryslân). Ter illustratie: de businesscase gaat uit van uitgespaarde kosten doordat de RAV Noord-Holland Noord geen ambulance inzet vanaf Texel kan declareren. De NZa volgt de denkwijze dat de spoedinzet niet te declareren is. Echter, de NZa is van mening dat de RAV daarmee geen kostenbesparing realiseert. De RAV maakt immers nog steeds de ambulancekosten en personele inzetkosten.

In overleg met de RAV Noord-Holland Noord en de RAV Fryslân hebben wij afgesproken welke kosten we wel meenemen. We gaan uit van de veerdienstkosten die de RAV NHN bespaart, als de helikopter de patiënt

vervoert. Daarnaast gaan wij uit van de 50 vlieguren en een aantal extra vaste kosten ten behoeve van de helikopter. Deze optelling van variabele en vaste kosten geven we weer in Tabel 1 onder 'kosten extra helikoptervluchten'. We gaan er vanuit dat de RAV Fryslân de uitvoerder is van de helikoptervluchten.

De onderstaande bedragen in euro's zijn op basis van het prijspeil 2019.

Tabel 1 - Relevante kosten en besparingen

	Financieel effect	
Besparing TESO-kosten	€	**(-)** 60.476
Kosten extra helikoptervluchten	€	115.611

We schetsen de financiële situatie waarin de reguliere bekostiging de helikoptervluchten vanaf Texel financiert (scenario 1). Daarnaast schetsen we de situatie waarin de beschikbaarheidbijdrage deze vluchten financiert (scenario 2). Voor het scenario met een beschikbaarheidbijdrage, is voor de marktverstoringstoets niet relevant *wie* de beschikbaarheidbijdrage ontvangt.

Tabel 2 - Scenario 1 – De extra helikoptervluchten vanaf Texel worden gefinancierd via de reguliere bekostiging

Financieel effect bij financiering via prestaties en tarieven / budget		
Besparing TESO-kosten	€	**(-)** 60.476
Kosten extra helikoptervluchten	€	**(+)** 115.611
Verschil in budget RAV NHN [gefinancierd door zorgverzekeraars]	**€**	**(+) 55.135**
Beschikbaarheidbijdrage [gefinancierd vanuit het Zorgverzekeringsfonds]	**€**	**0**

Tabel 3 - Scenario 2 – De extra helikoptervluchten vanaf Texel worden gefinancierd met een beschikbaarheidbijdrage

Financieel effect bij financiering via beschikbaarheidbijdrage		
Verschil in budget RAV NHN [gefinancierd door zorgverzekeraars]	€	**(-)** 60.476
Beschikbaarheidbijdrage [gefinancierd vanuit het Zorgverzekeringsfonds]	€	**(+)** 115.611

Voor het berekenen van de aandelen van verzekeraars in de relevante schadelast hebben we declaratiegegevens van 2019 uit Vektis (peildatum 1 juni 2020) gebruikt. We hebben de aandelen van de verzekeraars afgeleid van de totale vergoedingen per verzekeraar in de betreffende RAV-regio.

6.2 Premieveranderingen zorgverzekeraars

Een marktverstoring op de zorgverzekeringsmarkt kenmerkt zich als zorgverzekeraars onevenredige kosten kennen als gevolg van de wijziging in de zorglevering. Om dit te toetsen vergelijken we het te verwachten verschil in kosten in de twee scenario's tussen de zorgverzekeraars.

In scenario 1 gaan we er vanuit dat RAV Noord-Holland Noord extra budget nodig heeft van 55.135 euro. Dit is het saldo van het wegvallen van de exploitatiekosten van de veerdienst (voor 50 patiënten) en het toenemen van de exploitatiekosten als gevolg van helikoptervluchten. We gaan er hierbij vanuit dat de exploitatiekosten van het vervoer voor patiënten vanaf Texel ten laste blijven van de RAV Noord-Holland Noord. Tenslotte kwamen de exploitatiekosten van het vervoer per veerdienst ook ten laste van de RAV Noord-Holland Noord.

Tabel 4 toont het landelijke effect per verzekeraar per eigen verzekerde in euro als het extra budget wat RAV Noord-Holland Noord nodig heeft naar rato van de marktaandelen over de zorgverzekeraars wordt verdeeld. Als de verzekeraar dit direct verwerkt in de premie, dan verwachten we bij verzekeraar 1 een premiestijging van 0,0084 euro per verzekerde op jaarbasis.

Tabel 4 - Scenario 1, financiële impact per verzekerde, per verzekeraar

Verzekeraar	Impact per jaar in euro [Landelijk]
1	0,0084
2	0,0026
3	0,0024
4	0,0022
5	0,0017
6	0,0014
7	0,0013
8	0,0012
9	0,0010
10	0,0003
11	n.v.t.
Gemiddeld	0,0032

In een marktverstoringstoets tonen we normaliter ook de procentuele premieverschillen als gevolg van de extra kosten. We gaan hierbij uit van de landelijke gemiddelde premie (€1.308). Als de grootste zorgverzekeraar haar jaarpremie met 0,0084 euro laat stijgen ten opzichte van de landelijk gemiddelde premie, betekent dit een procentuele stijging van 0,000642%. Het gaat hier om zulke kleine percentages, dat we het niet nodig achten om te rapporteren over alle procentuele verschillen per verzekeraar. Dit kleine percentage is voldoende voor ons om te concluderen dat er geen sprake is van een onevenredig en substantieel premie-effect tussen zorgverzekeraars.

In scenario 2 gaan we er vanuit dat RAV Noord-Holland Noord minder budget nodig heeft van 60.476 euro. Dit is het gevolg van het wegvallen van de exploitatiekosten van de veerdienst (voor 50 patiënten). In scenario 2 financiert een beschikbaarheidbijdrage de exploitatiekosten voor de helikoptervluchten.

Tabel 5 toont het landelijke effect per verzekeraar per eigen verzekerde als de budgetbesparing van RAV Noord-Holland Noord naar rato van de marktaandelen over de zorgverzekeraars wordt verdeeld. Als de verzekeraar dit direct verwerkt in de premie, dan verwachten we bij verzekeraar 1 dat de jaarlijkse premie 0,0092 euro per verzekerde afneemt. Let op: het gaat hier om een afname! Als de grootste zorgverzekeraar haar jaarpremie met 0,0092 euro laat afnemen ten opzichte van de landelijk gemiddelde premie, betekent dit een procentuele daling van 0,00070336%.

Tabel 5 - Scenario 2, financiële impact per verzekerde, per verzekeraar

Verzekeraar	Impact per jaar in euro [Landelijk]
1	-/- 0,0092
2	-/- 0,0029
3	-/- 0,0026
4	-/- 0,0024
5	-/- 0,0019
6	-/- 0,0015
7	-/- 0,0015
8	-/- 0,0013
9	-/- 0,0011
10	-/- 0,0003
11	n.v.t.
Gemiddeld	-/- 0,0035

Als we scenario 1 met scenario 2 vergelijken concluderen we het volgende:

Er is geen noemenswaardige marktverstoring in beide situaties. Wel kent scenario 1 (financiering via reguliere bekostiging) in absolute zin minder financieel effect dan scenario 2 (financiering via een beschikbaarheidbijdrage). Dit is onvoldoende om te concluderen dat scenario 2 (financiering via een beschikbaarheidbijdrage) marktverstorend is. Het enige wat we hieruit kunnen concluderen is dat scenario 2 (financiering via een beschikbaarheidbijdrage) iets meer verstorend is dan scenario 1 (financiering via reguliere bekostiging).

Regionale markt

Onderstaande tabel toont het verschil in kosten van het adherentiegebied van de RAV Noord-Holland Noord bij de twee scenario's.

Deze cijfers zijn *indicatief* voor het verschil in kosten die in een specifiek geografisch gebied moeten worden gedragen. Het betreft hier het modelleren van een *fictief* scenario. Dat er voor de inwoners in de regio van RAV Noord-Holland Noord premieverschillen gaan optreden ligt niet voor de hand. Het betreft immers een gering materieel effect. Wat deze analyse laat zien, is dat de kosten voor de inwoners van de betreffende regio hoger worden (scenario 1) of lager worden (scenario 2).

Tabel 6 - verschil in kosten per jaar regio RAV-NHN per hoofd

	Scenario 1 (reguliere bekostiging)	Scenario 2 (beschikbaarheidbijdrage)
Verschil in kosten per inwoner/verzekerde in adherentiegebied	€ 0,08	(-) € 0,09

Voor Tabel 6 hebben we het totaal bedrag afkomstig van de zorgverzekeraar voor beide scenario's gedeeld op het aantal inwoners in de betreffende regio op basis van CBS-cijfers (https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/11/voorlopige-bevolkingsaantallen-1-1-2020 geraadpleegd op 21 september 2020).

7 Conclusie: Aan geen van de drie voorwaarden (criteria) voor beschikbaarheidbijdrage is voldaan

Artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) bevat de criteria voor de toekenning van een beschikbaarheidbijdrage. Het artikel stelt:

"Voor een beschikbaarheidbijdrage komen uitsluitend vormen van zorg in aanmerking waarvan
- Of de kosten niet of niet geheel zijn toe te kennen naar, of door middel van tarieven in de zin van deze wet in rekening te brengen zijn aan, individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden (criteria 1);
- Of waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifering marktverstorend zou werken (criteria 2);
- En die niet op andere wijze worden bekostigd (criteria 3)."

In dit rapport hebben we het acuut ambulancevervoer per helikopter voor Texel getoetst aan deze drie criteria. In hoofdstuk 4 **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**concludeerden we dat het acuut ambulancevervoer per Waddenhelikopter voor Texel niet voldoet aan criteria 1 en 3 voor het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage. De kosten kunnen binnen de huidige bekostiging worden vergoed, en indien nodig, kan een nieuwe prestatie in het leven worden geroepen. De voorziening voldoet daarmee niet aan criteria 1 en 3.

In hoofdstuk 6 hebben we op de drie verschillende markten omschreven of er sprake is van marktverstoring. We concluderen dat marktverstoring op de zorgverleningsmarkt en zorginkoopmarkt niet relevant is. Dit komt door de kenmerken van de zorgmarkt: inkoop via representatie, één aangewezen zorgaanbieder in de betreffende regio en het betreft spoedzorg. Het is dan ook alleen relevant om naar verstoringen op de zorgverzekeringsmarkt te kijken. We concluderen dat er geen noemenswaardige marktverstoring is in de beide scenario's ((1) financiering via reguliere bekostiging, of (2) financiering via een beschikbaarheidbijdrage). Wel is scenario 1 (financiering via reguliere bekostiging) in absolute zin minder marktverstorend dan scenario 2 (financiering via een beschikbaarheidbijdrage). Met andere woorden, financiering van de helikoptervluchten vanaf Texel door middel van een beschikbaarheidbijdrage is in absolute zin meer marktverstorend dan financiering van deze vluchten via de reguliere ambulancebekostiging. Het gaat hier echter niet om een zorgelijke, laat staan, problematische marktverstoring.

Kortom, wij concluderen dat aan geen van de drie voorwaarden voor het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage voor het acuut ambulancevervoer per Waddenhelikopter voor Texel is voldaan.

BIJLAGE I

Tabel I - Burenhulpscenario – De extra helikoptervluchten vanaf Texel worden gefinancierd via de reguliere bekostiging van RAV Fryslân (burenhulpscenario)

Financieel effect bij financiering via prestaties en tarieven / budget	
Besparing TESO-kosten	€ (-) 60.476
Kosten extra helikoptervluchten	€ (+) 115.611
Verschil in budget RAV NHN [gefinancierd door zorgverzekeraars]	€ (-) 60.476
Verschil in budget RAV Fryslân [gefinancierd door zorgverzekeraars]	€ (+) 115.611
Beschikbaarheidbijdrage [gefinancierd vanuit het Zorgverzekeringsfonds]	€ 0,00

Tabel II - Burenhulpscenario - financiële impact per verzekerde, per verzekeraar

Verzekeraar	**Impact per jaar in euro [Landelijk] als gevolg van regio Noord-Holland Noord**	**Impact per jaar in euro [Landelijk] als gevolg van regio Friesland**	**Totale impact per jaar in euro [Landelijk]**
1	-/- 0,0092	0,0035	-0,0057
2	-/- 0,0029	0,0035	0,0007
3	-/- 0,0026	0,0025	-0,0001
4	-/- 0,0024	0,0177	0,0153
5	-/- 0,0019	0,0019	-0,0000
6	-/- 0,0015	0,0014	-0,0001
7	-/- 0,0015	0,0028	0,0013
8	-/- 0,0013	0,0006	-0,0007
9	-/- 0,0011	0,0007	-0,0004
10	-/- 0,0003	0,0006	0,0003
11	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t
gemiddeld	-0,0035	0,0067	0,0032

In het rapport zijn we steeds uitgegaan van onderlinge dienstverlening bij de situatie waarbij de RAV NHN een helikoptervlucht uit laat voeren door een andere vervoerder. In het rapport hebben we uitgelegd waarom wij uitgaan van onderlinge dienstverlening. Op verzoek van het ministerie van VWS hebben we ook doorgerekend wat het financiële effect zou zijn als we niet uitgaan van onderlinge dienstverlening, maar van burenhulp. In de situatie van burenhulp verrekent RAV Fryslân de kosten van de helikoptervluchten niet met RAV NHN, maar zal RAV Fryslân met haar eigen representerende zorgverzekeraars afspraken moeten maken over de kosten voor helikoptervluchten vanaf Texel. Voor de situatie waarin het budget van RAV Fryslân verhoogd wordt met de kosten van de helikoptervluchten voor Texel, hebben we het financiële effect gepresenteerd in Tabel I. In Tabel II presenteren we het landelijke financiële effect per verzekerde. De laatste kolom in Tabel II laat het totale effect per verzekerde per verzekeraar per jaar zien als het budget van RAV Noord-Holland Noord afneemt met de besparing van veerdienstkosten en het budget van RAV Fryslân toeneemt met de helikopterkosten voor Texel.

Deze analyse verandert de conclusie niet. Ook in de situatie van burenhulp is geen sprake van marktverstoring bij financiering met prestaties en tarieven. Dus ook in de situatie van burenhulp is onze conclusie dat aan geen van de drie criteria die artikel 56a van de Wmg voor het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage voorschrijft, is voldaan.