

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:

Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk

129983-106444-CZ

Bijlage(n)

Uw brief

32854 / 28 juni 2013

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Datum 3 juli 2013
Betreft Vragen voorhang bekostiging ambulancezorg 2014

Geachte voorzitter,

Op 28 juni jongstleden heeft een aantal fracties uit de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport mij per brief (32854) een aantal vragen voorgelegd over mijn brief van 11 juni 2013 inzake een voorgenomen aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit over de bekostiging van de ambulancezorg.

Bijgaand treft u de antwoorden op die vragen aan.

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Vragen en opmerkingen vanuit de fracties en de reactie van de minister

Kenmerk
129983-106444-CZ

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben aangegeven met belangstelling de voorhangbrief gelezen te hebben, maar daar nog wel enkele vragen bij te hebben. Allereerst vragen zij of onder het uitgangspunt van doelmatig werken bij de nieuwe beleidsregels ook wordt verstaan dat het gebruik van ambulances alleen nog plaats zal vinden wanneer nodig, en alleen voor ritten waarvoor ambulances ook daadwerkelijk nodig zijn?

Het uitgangspunt van doelmatig werken is inderdaad dat ambulances alleen worden gebruikt wanneer dat nodig is en voor de taken waarvoor ook daadwerkelijk ambulances nodig zijn.

Tevens vragen de leden van de VVD-fractie naar het overleg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met veldpartijen over de mogelijke vormgeving van nieuwe beleidsregels. Zij vragen om een toelichting hoe dit proces verder verloopt, wat de verwachtingen zijn ten aanzien van een afronding van dit overleg, en hoe de Kamer hierover geïnformeerd wordt?

In de voorhangbrief van 11 juni 2013 heb ik aangegeven dat de Nederlandse Zorgautoriteit (verder: zorgautoriteit) mij op korte termijn zou adviseren over de mogelijke vormgeving van de beleidsregels voor de ambulancezorg. Inmiddels heeft de zorgautoriteit mij dit advies toegestuurd. De zorgautoriteit heeft dit advies afgestemd met Ambulancezorg Nederland (AZN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze koepels ondersteunen het advies. Ik heb het advies op 26 juni jongstleden ter informatie aan uw Kamer toegezonden.

Ten slotte vragen de leden van de VVD-fractie hoe het staat met de totstandkoming van de definitieve wettelijke regeling voor de ambulancezorg?

De Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) is op 1 januari 2013 van kracht geworden. Deze wet heeft een looptijd van vijf jaar en dient derhalve per 1 januari 2018 te worden vervangen door een definitieve wettelijke regeling. Zoals bij de parlementaire behandeling van de Twaz is gewisseld heeft dit tijdelijke karakter van de wet te maken met het feit dat de acute zorg volop in beweging is. Dit betreft met name ontwikkelingen ter verbetering van de kwaliteit en bereikbaarheid van de acute zorg, de rol van de overheid en verzekeraars daarbij en de optimalisatie van de samenwerking in de acute zorg. Daarnaast is er ook een proces gaande rond schaalvergroting van meldkamers in Nederland. Deze ontwikkelingen zijn in volle gang. Ik volg deze ontwikkelingen vanzelfsprekend met grote belangstelling omdat de wijze waarop één en ander zich uitkristalliseert bepalend is voor de toekomstige inrichting van de ambulancezorg. In dat kader ga ik met veldpartijen in overleg om hun opvattingen en ideeën voor de structurele regeling in dit licht te kunnen betrekken.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie geven nogmaals aan dat zij geen voorstander waren van de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz). Deze leden hadden bezwaar tegen de tijdelijkheid van de wet. Doordat de wet een beperkte geldigheid heeft van vijf jaar ligt volgens deze leden de dreiging van marktwerking in de ambulancezorg altijd op de loer. Zij vragen of ik die zorg definitief weg kan nemen? Deze leden

vragen of ik kan garanderen dat na het verlopen van deze wet geen vrije toetreding tot de ambulancezorg wordt toegestaan. En of ik voornemens ben om ook dan de monopoliepositie per veiligheidsregio in stand te houden waardoor er geen concurrentie tussen aanbieders mogelijk is?

Kenmerk
129983-106444-CZ

Zoals ik bij de parlementaire behandeling van de Twaz al heb aangegeven, ben ik niet voornemens marktwerking binnen de ambulancezorg te introduceren. Tegelijk is ook helder dat de huidige ordening van de sector in structurele zin kwetsbaar is in het licht van de Europese regelgeving rond de interne markt. Tevens merk ik op dat de acute zorg volop in beweging is, zoals ik heb toegelicht in mijn antwoord op één van de vragen van de VVD-fractie. Deze combinatie van factoren vergt een gedegen aanpak die ik de komende periode vorm geef en waarbij ik de Tweede Kamer vanzelfsprekend zal informeren en betrekken.

De leden van de SP-fractie delen met mij dat te complexe bekostigingssystematiek onwenselijk is. Zoals de leden aangeven ben ik van mening dat de huidige bekostiging sterk is gericht op het vergoeden van gereden ritten en kilometers in plaats van het vergoeden van beschikbaarheid van ambulancezorg. Genoemde leden kunnen zich voorstellen dat ik dit wil aanpassen. Deze leden zijn in algemene zin geen voorstander van bekostiging van productie in de zorg en vinden een bekostiging van beschikbaarheid beter op zijn plaats. Wel vragen de leden van de SP-fractie waarom er eerder wel gekozen is voor bekostiging per rit. Welke overwegingen lagen toen daaraan ten grondslag? Ook willen zij weten in welke mate de correctie achteraf op dit moment functioneert.

Het huidige bekostigingsmodel dateert uit de jaren '90 van de vorige eeuw. Destijds was er geen sprake van regionale monopolisten, er waren per provincie meerdere partijen actief bij het verlenen van ambulancezorg. Tevens was er nog geen landelijk referentiekader waarmee de benodigde spreiding en beschikbaarheid van ambulancecapaciteit in beeld werd gebracht. In die context was een landelijk bekostigingsstelsel, dat primair is gebaseerd op vergoeding van geleverde productie, passend. In 2004 heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) voor het eerst een landelijk referentiekader spreiding en beschikbaarheid voor de ambulancezorg opgesteld. Vervolgens is in de bekostigingssystematiek voor de ambulancezorg een module toegevoegd waarbij de op basis van met name productie vastgestelde budgetten periodiek worden herijkt voor de benodigde spreiding en beschikbaarheid. Op basis van deze periodieke actualisaties van het referentiekader vindt ongeveer eens in de vier jaar een herijking van de budgetten plaats. Deze stapeling van modules in de bekostiging, met jaarlijkse budgetvaststellingen die periodiek worden herijkt, maakt het systeem nodeloos complex en doet onvoldoende recht aan het feit dat de kosten van een ambulance voor het overgrote deel worden bepaald door de beschikbaarheid (loonkosten bemensing) en niet door de gereden ritten of kilometers. Vandaar mijn voornemen de bekostiging ten principale te baseren op de beschikbaarheid van ambulancezorg.

Daarnaast willen de leden van de SP-fractie weten in hoeverre de wijziging van de bekostiging van de ambulancezorg effect heeft op de verschillende regio's. Zij vragen of de nieuwe wijze van bekostiging in bepaalde veiligheidsregio's negatief kan uitpakken. Zo ja, welke regio's betreft dit en welk effect heeft dit op de beschikbaarheid van ambulances? Dit vragen deze leden omdat ik stel dat dit een kostenneutrale wijziging is, wat zal betekenen dat wanneer een bepaalde regio een groter budget krijgt een andere regio het met minder geld zal moeten doen.

De leden van de SP fractie merken terecht op dat bij een budgettair neutrale overgang herverdeling van middelen tussen Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) kan optreden. Dat zal inderdaad betekenen dat in een aantal gevallen RAV's er budgettair op achteruit gaan. Dat is natuurlijk voor deze RAV's niet plezierig, maar een dergelijke herverdeling doet recht aan het feit dat zij in de huidige bekostiging in feite te veel budget ontvangen om de benodigde spreiding en beschikbaarheid te kunnen garanderen. De exacte omvang van deze herverdeling zal bekend zijn bij de definitieve vaststelling van de beleidsregels door de zorgautoriteit. Op basis van de berekeningen in het advies van de zorgautoriteit van 19 juni jongstleden krijgt het grootste deel van de aanbieders in 2014 een hoger budget. Voor acht aanbieders daalt het budget. Voor zes van deze acht RAV's is de budgetdaling kleiner dan 3%. Bij 2 aanbieders is de daling groter, waarbij de grootste daling ligt rond 7%. De bekostiging op basis van beschikbaarheid van ambulances in alle regio's geschiedt door aan te sluiten op het door het RIVM opgestelde referentiekader spreiding en beschikbaarheid. Ik heb de zorgautoriteit gevraagd een zorgvuldig transitietraject vorm te geven en de budgettaire veranderingen gefaseerd in te voeren zodat de RAV's in de gelegenheid worden gesteld hun bedrijfsvoering aan te passen aan de nieuwe systematiek.

De leden van de SP-fractie wijzen er op dat ik schrijf dat een deel van het budget zal bestaan uit nacalculerbare kosten. Dit betreft over het algemeen de variabele kosten per rit en kosten die een grote variatie kennen tussen de verschillende RAV's. Deze leden vragen welk deel van de kosten uit deze nacalculerbare kosten zal bestaan. Verder vragen deze leden hoe de nieuwe financieringsystematiek zich verhoudt tot het feit dat de wet slechts voor vijf jaar geldig is.

De nacalculerbare kosten hebben vooral betrekking op de variabele kosten die de ambulancediensten moeten maken en die niet direct gerelateerd zijn aan de beschikbaarheid van ambulances. Dit zijn grotendeels genormeerde materiële kosten, gekoppeld aan het rijden van ritten of kilometers. Denk daarbij aan brandstofkosten, onderhoudskosten of de kosten van het linnengoed voor op de brancards. De zorgautoriteit heeft in het advies van 19 juni 2013 aangegeven dat op basis van de nu voorliggende berekeningen ongeveer 8% van het ambulancebudget productiegerelateerd zal zijn. In de huidige situatie is dat ongeveer 64%.

Daarnaast zijn er kosten die een grote variatie kennen tussen RAV's waardoor algemene normering niet voor de hand ligt. Denk bijvoorbeeld aan huisvestingskosten, assistentie van de brandweer in individuele gevallen of veerbootkosten (relevant bij de Waddeneilanden).

Het feit dat de wet slechts voor vijf jaar geldig is, is in mijn ogen minder relevant voor de afweging of er wel of geen nieuwe bekostigingsmethodiek moet komen. Elke vorm van ordening in deze sector zal voor een belangrijk deel gericht moeten zijn op het bekostigen van voldoende spreiding en beschikbaarheid. Ik zie de stap naar een nieuw bekostigingssysteem dat primair is gericht op beschikbaarheid dan ook als een 'no regret-stap' op weg naar nieuwe, structurele regelgeving.

De leden van de SP-fractie wijzen erop dat ik schrijf dat indien de RAV's zijn 'overgefinancierd' het wenselijk is dat verzekeraars via het instrument van het vereffeningbedrag dit geld kunnen terugvorderen. Onderfinanciering wordt gecorrigeerd via het reguliere declaratieverkeer. De zorgautoriteit kan hier een

aparte prestatie voor vaststellen. De leden van de SP-fractie vragen mij hier verder op in te gaan. Hoe komt die aparte prestatie eruit te zien? In welke gevallen is er sprake van overfinanciering? In welke gevallen van onderfinanciering? En wat is hiervan de oorzaak?

Kenmerk
129983-106444-CZ

In het voorgestelde bekostigingssysteem wordt jaarlijks per RAV een budget vastgesteld. Dit budget is de som geld die de RAV moet kunnen uitgeven om verantwoorde ambulancezorg te kunnen leveren. De RAV's ontvangen deze middelen door declaraties van zorgprestaties (gereden ritten) bij de zorgverzekeraars. In een dergelijk systeem zou het zeer toevallig zijn als de opbrengst van de declaraties op jaarbasis exact gelijk zou zijn aan het budget waar de RAV recht op heeft. Soms zal de opbrengst hoger zijn (overfinanciering), soms zal de opbrengst lager zijn (onderfinanciering). Het verschil tussen de declaratieopbrengsten en het budget kan worden verrekend tussen RAV en verzekeraars. Indien sprake is van overfinanciering (het totaal aan declaraties is hoger dan het budget), kunnen in het nieuwe systeem de verzekeraars een vereffeningsbedrag laten vaststellen door de zorgautoriteit. De RAV zal dit bedrag dan terugbetalen aan de verzekeraars. In het representatiemodel van verzekeraars zal dit bedrag worden verdeeld over de verschillende betrokken verzekeraars aan de hand van de marktaandelen van de verzekeraars in de betreffende regio. Indien sprake is van onderfinanciering (het totaal aan declaraties is lager dan het budget) kan de RAV een declaratie bij de verzekeraars indienen. De zorgautoriteit kan hiervoor een aparte prestatie ('geheel van prestaties') vaststellen en van een tarief voorzien.

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de transitiefase. Tijdens deze fase bestaat het risico op onduidelijkheden in de financiering. Daardoor kan de budgettering oneerlijk uitpakken en kunnen bepaalde RAV's mogelijk in de problemen komen. Zij vragen of ik die zorgen deel? Genoemde leden vragen hoe ik kan garanderen dat dit niet zal gebeuren.

Zoals ik in mijn antwoord op één van de eerdere vragen van de leden van de SP-fractie heb aangegeven, heb ik de zorgautoriteit gevraagd een zorgvuldig transitietraject vorm te geven waarmee RAV's in de gelegenheid worden gesteld hun bedrijfsvoering aan te passen aan de veranderende systematiek. De zorgautoriteit stelt voor hier een periode van drie jaar voor uit te trekken. Ik ben voornemens dit advies over te nemen.

De leden van de SP-fractie wijzen er op dat ik schrijf dat de benodigde spreiding van ambulances over het land niet langer wordt geregeld aan de hand van provinciale spreidingsplannen maar op basis van het door het RIVM opgesteld landelijk referentiekader spreiding en beschikbaarheid. Ik spreek daarbij van twee verschillende percentages. Enerzijds stel ik dat dit referentiekader tot doel heeft dat ten minste 97% van de inwoners van Nederland in geval van nood binnen een kwartier door een ambulance kan worden bereikt. Anderzijds dienen er voldoende ambulances beschikbaar te zijn om in 95% van de spoedgevallen onder normale omstandigheden op tijd te kunnen zijn. De leden van de SP-fractie vragen hoe beide percentages zich tot elkaar verhouden. Deze leden vragen een uitgebreide toelichting op beide percentages. Ook vragen genoemde leden of de leidraad van het RIVM nog actueel is. Zij vragen of deze leidraad niet moet worden geactualiseerd. Dit vragen zij omdat de leidraad al enkele jaren oud is en omdat demografische ontwikkelingen wellicht tot gevolg hebben dat deze achterhaald is.

Zij vragen of ik kan aangeven of en op welke plekken de leidraad in de praktijk niet meer in lijn is met de werkelijke situatie ter plaatse?

Kenmerk
129983-106444-CZ

De genoemde percentages lijken erg op elkaar, maar hebben toch een iets andere betekenis en functie. De genoemde 97% heeft betrekking op de spreiding van ambulances over het land op basis van de geografische spreiding van inwoners over Nederland. Dit is dus vooral een norm die van belang is om de posities te bepalen waar ambulances – per regio en per dagdeel - worden gepositioneerd om zo nodig te kunnen uitrukken bij een mogelijke spoedmelding.

Het andere genoemde percentage van 95% heeft betrekking op de tijdigheid van aankomst bij daadwerkelijk gereden spoedritten. Dit percentage is vooral relevant om – ook per regio en per dagdeel – de benodigde capaciteit aan ambulances te kunnen bepalen om bij daadwerkelijke spoedmeldingen binnen een kwartier ter plaatse te kunnen zijn.

De vraag van de leden van de SP-fractie naar een actualisatie van het referentiekader van het RIVM is een terechte. De laatste actualisering dateert uit 2008. Het RIVM is de afgelopen periode, in overleg met AZN, ZN en het ministerie van VWS daarmee aan de slag geweest. Zij legt op dit moment de laatste hand aan deze actualisatie. Ik verwacht dat ik zeer binnenkort een actualisatie van het referentiekader van het RIVM krijg aangeboden, waarna ik deze aan de Tweede Kamer zal doen toekomen. Het nieuwe bekostigingsmodel wordt daarbij vanzelfsprekend gebaseerd op dit geactualiseerde referentiekader.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie delen mijn mening dat het gewenst is de bekostiging van de ambulancezorg aan te passen door die meer te baseren op de benodigde spreiding en capaciteit. De huidige bekostiging die sterk is gericht op het vergoeden van de gereden ritten en kilometers in plaats van op het vergoeden van beschikbaarheid, sluit naar de mening van genoemde leden niet meer aan op de vernieuwde inrichting van de Nederlandse ambulancezorg. Deze leden hebben nog slechts enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de D66-fractie constateren dat de benodigde spreiding en beschikbaarheid van ambulances tegenwoordig centraal wordt bepaald op basis van het door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu opgestelde landelijk referentiekader spreiding en beschikbaarheid. Dit referentiekader beschrijft de benodigde spreiding van ambulances over het land om ervoor te zorgen dat ten minste 97% van de Nederlanders in geval van nood binnen een kwartier door een ambulance bereikt kan worden. Daarnaast schrijft het referentiekader de benodigde capaciteit van ambulances voor om te zorgen dat bij spoedgevallen in 95% van de gevallen een ambulance ter plaatse kan zijn. De leden van de D66-fractie vragen of deze percentages op dit moment ook worden gehaald. Zij vragen daarnaast of de nieuwe financiering kan bijdragen aan het verbeteren van de bereikbaarheid en beschikbaarheid.

Op dit moment wordt de 95% norm in een groot aantal regio's nog niet gehaald. Wel zien we daar de afgelopen jaren voortdurende verbeteringen in optreden. De sector publiceert sinds 2007 jaarlijks een uitgebreid overzicht van deze prestaties per regio. De laatste publicatie dateert van medio 2012 (Ambulancezorg Nederland, *Ambulances in-Zicht 2011*). De actualisatie van het referentiekader spreiding en beschikbaarheid, waar ik in mijn antwoord op één van de vragen van de leden van de SP-fractie naar verwees, zal in combinatie met de nieuwe

bekostigingssystematiek bijdragen aan een verdere verbetering van de bereikbaarheid en beschikbaarheid. Dit is ook door de sector aangegeven.

Kenmerk
129983-106444-CZ

De leden van de D66-fractie stellen vast dat in de Twaz is vastgelegd dat de minister de Regionale Ambulance Voorzieningen in de 25 veiligheidsregio's aanwijst. Deze leden vragen in hoeverre het voor buitenlandse toetreders mogelijk is om toe te treden tot de Nederlandse ambulancezorg en of de nieuwe financiering dit naar verwachting makkelijker zal maken.

De Twaz is per 1 januari 2013 van kracht geworden. Belangrijk onderdeel van de Twaz is dat bij de inwerkingtreding van de Twaz door mij per veiligheidsregio een reeds bestaande aanbieder zou worden aangewezen als Regionale Ambulancevoorziening. Dat is ook gebeurd. Afgezien van de onverhoopte situatie dat ik genooddaakt zou zijn een bestaande aanwijzing in te trekken, is nieuwe toetreding tot de Nederlandse ambulancezorg niet mogelijk zolang de Twaz van kracht is. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen Nederlandse of buitenlandse toetreders. Voor beide is het niet mogelijk toe te treden.

Genoemde leden constateren dat verzekeraars straks verplicht zijn om gedurende een periode van vijf jaar zorg in te kopen bij de vergunninghouder. Deze leden stellen echter vast dat de verzekeraar bij de verlening van de vergunningen aan de ambulanceaanbieders een beperkte rol heeft. Wil de minister in de Twaz daarom een meer structurele inbreng van de verzekeraar bij de vergunningverlening geven?

Zoals ik in mijn vorige antwoord heb aangegeven is zolang de Twaz van kracht is in principe geen nieuwe toetreding van de markt aan de orde. Bij de vormgeving van nieuwe, structurele regelgeving zal ik de positie van de zorgverzekeraars bij de vergunningverlening vanzelfsprekend betrekken.

De leden van de D66-fractie hebben voorts nog enkele vragen bij de genoemde inhoudelijke aspecten die de nieuwe beleidsregels volgens de minister dienen te omvatten. Deze leden vragen op welke wijze bij de bekostiging straks rekening moet worden gehouden met de kwaliteit van de geleverde zorg. Genoemde leden vragen tevens om een toelichting op de suggestie dat het nieuwe bekostigingssysteem de mogelijkheden in zich moet hebben om samenwerking met of substitutie tussen verschillende 'ketenpartners in de acute zorg' te faciliteren. Zij vragen hoe ik dat dit voor mij zie.

In het voorgestelde bekostigingssysteem is een belangrijke rol weggelegd voor het overleg op lokaal niveau tussen RAV's en verzekeraars. Op dat niveau wordt immers gesproken over de daadwerkelijke inrichting van de ambulancezorg in de regio, binnen de kaders van de vigerende kwaliteits- en bereikbaarheidseisen en de door de zorgautoriteit afgegeven maximumbudgetten per regio. RAV's en verzekeraars hebben daarbij de vrijheid zelf invulling te geven aan de wijze waarop men op lokaal niveau denkt de bereikbaarheid en de kwaliteit van de ambulancezorg het best vorm te geven. Relevant daarbij is te vermelden dat op initiatief van AZN een traject is gestart met betrokkenheid van de sector en het ministerie van VWS, om de kwaliteit van de ambulancezorg beter in beeld te krijgen door middel van de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. Dergelijke indicatoren kunnen het lokaal overleg in de toekomst ondersteunen. Wat betreft de samenhang in de rest van de acute zorgketen: zoals eerder geschetst speelt op dit moment een aantal ontwikkelingen in de acute zorg. Voorbeelden zijn de

concentratie van ziekenhuiszorg, zowel electief als acuut, samenwerkingsverbanden binnen de acute zorgketen tussen huisartsenposten en spoedeisende hulp, samenwerkingsverbanden tussen RAV's en andere mobiele acute zorgverleners en dergelijke. Ik streef er naar dat dergelijke ontwikkelingen kunnen worden ondersteund door de vormgeving van de bekostiging en door de mogelijkheid van het directer kunnen doorvertalen van de budgettaire gevolgen voor de verschillende sectoren als gevolg van substitutie van zorg. Een concreet voorbeeld betreft bijvoorbeeld het feit dat ik bij de bekostiging van de ambulancezorg, het referentiekader spreiding en beschikbaarheid flexibeler wil maken voor veranderingen in de ziekenhuissector. Zodat bij concrete regionale ontwikkelingen (denk bijvoorbeeld aan sluiting of verplaatsingen van spoedeisende hulplocaties), de op dat referentiekader gebaseerde bekostiging van de ambulancecapaciteit zo nodig snel kan worden aangepast aan de veranderende omstandigheden.

Kenmerk
129983-106444-CZ

Deze leden vragen ten slotte in hoeverre ik verwacht dat dit systeem leidt tot een afname van de administratieve lasten en of ik dat kan kwantificeren? De leden van de D66-fractie vragen ook of ik naar het advies van de NZa in een transitieperiode van drie jaar wil voorzien. De leden van de D66-fractie vragen tot slot of ik de nieuwe bekostiging vijf jaar na de invoering wil evalueren.

In de kern blijft de bekostiging gebaseerd op onderhandelingen tussen RAV's en zorgverzekeraars. Partijen krijgen daarbij wel meer vrijheden – natuurlijk binnen de vigerende kwaliteits- en bereikbaarheidseisen en de bestaande budgettaire grenzen - om afspraken te maken over alles wat zij relevant vinden om de ambulancezorg in de regio vorm te geven. Het is vooral aan de partijen om te bepalen welke informatie daarbij wordt uitgewisseld. Zoals ik heb aangegeven bij mijn antwoord op één van de vragen van de leden van de SP-fractie ben ik voornemens het advies van de zorgautoriteit over te nemen om een transitieperiode van drie jaar aan te houden. Tevens ben ik bereid de nieuwe bekostigingssystematiek na vijf jaar te evalueren.