

29 247 Acute zorg

Nr. 319 Brief van de minister voor Medische Zorg

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 oktober 2020

Met deze brief informeer ik uw Kamer over de stand van zaken van uitvoering van een aantal aan uw Kamer gedane toezeggingen.

Houtskoolschets acute zorg

Op 3 juli jl. heeft uw Kamer de houtskoolschets acute zorg ontvangen (Kamerstuk 29 247, nr. 314). Via een internetconsultatie kan iedereen tot 1 november reageren op de houtskoolschets. Ik heb signalen ontvangen van partijen in de acute zorg dat ze in verband met de werkzaamheden voor covid-19, meer tijd nodig hebben voor hun reactie. We vinden het belangrijk dat de uiteindelijke inrichting en bekostiging van het acute zorglandschap kan rekenen op draagvlak bij de partijen die bij de acute zorg betrokken zijn. Ik heb daarom besloten de reactietermijn voor de internetconsultatie te verlengen tot 1 januari 2021. Daarna zal ik, zoals toegezegd, alle reacties samenvatten, bundelen en aanbieden aan uw Kamer.

Wet ambulancezorgvoorzieningen

Tijdens de behandeling van het voorstel voor de Wet ambulancezorgvoorzieningen op 24 juni 2020 (Kamerstuk 35 476; Handelingen II 2019/20, nr. 87, item 7) heeft mijn ambtsvoorganger toegezegd dat uw Kamer de impactanalyse nieuwe urgentie-indeling van Ambulancezorg Nederland (AZN) ontvangt zodra deze gereed is. De impactanalyse is inmiddels gereed. Ambulancezorg Nederland (AZN) heeft mij echter laten weten dat er behoefte is aan een aanvullende analyse. Ik heb AZN gevraagd mij de totale impactanalyse nadat deze is afgerond te doen toekomen. Daarna zal ik uw Kamer informeren.

Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg 2020

Op 1 oktober jongsteden heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) mij het Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg 2020 (hierna: referentiekader) aangeboden, zie bijlage¹. Dit referentiekader berekent het minimum aantal ambulances per regio waarmee de ambulancezorg in Nederland kan worden uitgevoerd. Dit gebeurt op basis van een aantal randvoorwaarden, zoals de tijd na een melding waarbinnen een ambulance ter plaatse moet zijn en de spreiding van de standplaatsen over het land. Het referentiekader is een hulpmiddel bij de jaarlijkse afspraken tussen regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) en zorgverzekeraars in het kader van de zorginkoop. Het staat deze partijen vrij om, indien zij daar aanleiding toe zien, binnen regio's voor een andere standplaatsindeling en andere aantallen ambulances te kiezen.

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Het RIVM heeft met nieuwe productiecijfers van de Nederlandse ambulancezorg, zijnde de ritgegevens uit 2019, het referentiekader geactualiseerd. Daarnaast zijn de rekenmodellen die ten grondslag liggen aan het referentiekader herzien. Hierover is uw Kamer op 23 juni 2020 geïnformeerd². Het geactualiseerde referentiekader dat uitgaat van de herziene rekenmodellen brengt een capaciteitsuitbreiding van 317 diensten met zich mee (een stijging van 3,5% ten opzichte van het aantal diensten in het referentiekader 2019). Uit het rapport van het RIVM blijkt dat dit verschillende oorzaken heeft:

- Het totaal aantal inzetten in 2019 is met 1,9% gestegen. Samen met de verandering van de gemiddelde ritduur geeft dit een stijging van het totaal aantal uren ambulancezorg van 3,3% ten opzichte van het jaar ervoor. Hierdoor zijn er voor heel Nederland 117 diensten extra nodig.
- Het standplaatsenmodel van het referentiekader is uitgebreid met acht extra standplaatsen. Dit is nodig om ervoor te zorgen dat in alle RAV's de dubbele dekking minstens 70% is. Als gevolg hiervan zijn 168 extra diensten nodig.
- In de rekenmodellen is een normering van de bezettingsgraad³ op standplaatsniveau toegevoegd tot maximaal 60%. Dit heeft tot gevolg dat een aantal RAV's er samen 32 diensten bij krijgen om de bezettingsgraad onder de 60% te krijgen.
- Oftewel, van de 317 extra benodigde diensten zijn er 117 (37%) nodig door verandering van de productie in 2019, 168 zijn er nodig door aanpassing van het standplaatsenmodel (53%) en 32 zijn er nodig door normering van de bezettingsgraad (10%).

Ik stuur het referentiekader 2020 door aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met het verzoek dit in de budgetten voor de RAV's, die conform de 'Beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening' worden vastgesteld, door te rekenen.

Landelijke kwaliteitseisen en regionale toegankelijkheid

Begin dit jaar heeft de Kwaliteitsraad het Zorginstituut geadviseerd over de invloed van kwaliteitsstandaarden op de zorg in de regio. Op 12 juni jl. heeft mijn ambtsvoorganger uw Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van dit advies en laten weten wat het Zorginstituut met dit advies heeft gedaan (Kamerstuk 31 765, nr. 496).

Naar aanleiding van het advies van de Kwaliteitsraad heeft het Zorginstituut laten weten dat het geen eenduidig antwoord ziet op de vraag over de invloed van landelijke kwaliteitseisen op regionale toegankelijkheid, maar erkent dat deze mogelijke invloed meegenomen moet worden bij de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden.

² Kamerstuk 35 471, nr.33

³ De *bezettingsgraad* is het percentage van de tijd waarop de beschikbare ambulances in actie zijn. De bezettingsgraad wordt gezien als een indicator voor de werkdruk van een standplaats.

Mede daarom heeft het Zorginstituut het Toetsingskader⁴ voor kwaliteitsinstrumenten op verschillende punten aangepast. Zodra de wet financiële toetsing voorgedragen kwaliteitsstandaarden in werking treedt, zal het Zorginstituut dit gewijzigde Toetsingskader in werking laten treden.

Eén van de aanpassingen, die het Zorginstituut heeft aangebracht in het Toetsingskader, is dat aan tripartiete partijen wordt gevraagd om in het implementatieplan bij een kwaliteitsstandaard inzichtelijk te maken wat de invloed is van de landelijke normen in de kwaliteitsstandaard op de (regionale) toegankelijkheid van zorg. Dit moet de bewustwording bij tripartiete partijen van mogelijke gevolgen voor de (regionale) toegankelijkheid van de zorg bij inwerkingtreding van de kwaliteitsstandaard stimuleren.

Notaoverleg Cure en motie-Dik-Faber en Van den Berg

Tijdens het Notaoverleg Cure, dat op 29 juni (Kamerstuk 31 765, nr. 512) en 2 juli jl. (Kamerstuk 31 765, nr. 513) plaatsvond, hebben de leden Dik-Faber (CU) en Van den Berg (CDA) een motie ingediend (Kamerstuk 31 765, nr. 506) met betrekking tot deze wijziging in het Toetsingskader. In de overwegingen bij deze motie staat onder meer dat “het Zorginstituut er hierbij automatisch van uitgaat dat dit gebeurt en er geen nadere toets plaatsvindt bij opname in het Kwaliteitsregister”. Gelet op deze overwegingen verzoekt de motie de regering “in overleg met het Zorginstituut te bezien op welke wijze de invloed van landelijke kwaliteitsnormen op de toegankelijkheid van de zorg in de regio nadrukkelijker getoetst kan worden”.

In reactie op deze motie heeft mijn ambtsvoorganger aangegeven dat het thema kwaliteitsnormen en het mogelijke effect hiervan op de zorg in de regio (nabijheid) niet eenzijdig bij het Zorginstituut zou moeten worden belegd omdat het punt van nabijheid en bereikbaarheid een politiek-maatschappelijke weging is. Hij heeft verder aangegeven dat hij met het Zorginstituut zou kunnen overleggen of de waarborgen die de voorgenomen wijziging van het Toetsingskader bevatten, voldoende informatie geven. Daarop heeft het lid Dik-Faber (CU) besloten haar motie (Kamerstuk 31 765, nr. 506) aan te houden. Minister Van Rijn heeft toegezegd uw Kamer voor de begrotingsbehandeling een schriftelijke reactie op dit punt te doen toekomen. Hierbij voldoe ik aan deze toezegging.

Reactie op toezegging

De afgelopen periode heb ik over dit onderwerp met het Zorginstituut gesproken.

Naar aanleiding hiervan informeer ik u graag als volgt.

Het kan zijn dat er bij het opstellen van een kwaliteitsstandaard hele goede redenen zijn om hogere eisen te stellen aan de kwaliteit van de zorg, ook als dit impact kan

⁴ Het Toetsingskader is een beleidsregel die het Zorginstituut in 2015 heeft opgesteld. Op basis van het Toetsingskader beoordeelt het Zorginstituut of een kwaliteitsstandaard die of meetinstrument dat partijen hebben aangeboden voor opname in het Register, kan worden aangemerkt als een verantwoorde beschrijving van de kwaliteit van een zorgproces of een verantwoord middel om te meten of goede zorg is geleverd.

hebben op de toegankelijkheid van deze zorg omdat bijvoorbeeld één of enkele zorgaanbieders niet aan deze hogere eisen kunnen voldoen. Net als in de rest van de samenleving is er ook in de zorg continu sprake van nieuwe kennis en nieuwe ontwikkelingen, die het oordeel over wanneer sprake is van goede zorg kunnen beïnvloeden. Het is vervolgens aan de partijen in het veld – zorgaanbieders/zorgverleners, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars – om hier bij het opstellen van een nieuwe kwaliteitsstandaard gezamenlijk afwegingen in te maken. Waarbij, zoals altijd in de zorg, een balans moet worden gezocht tussen de drie publieke waarden: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Wat in dit kader ten eerste van belang is, is dat de belangen van burgers en zorgaanbieders uit de regio ook nu al een belangrijke rol spelen bij de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden (zoals het kwaliteitskader spoedzorgketen). Kwaliteitsstandaarden moeten tripartiet door vertegenwoordigers van zorgaanbieders/zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten worden opgesteld en voorgedragen bij het Zorginstituut. Daarbij moeten niet alleen zorgaanbieders uit stedelijke gebieden en de grote topklinische instellingen worden vertegenwoordigd, maar ook zorgaanbieders uit dunbevolkte gebieden en kleine basisziekenhuizen. Zij zijn gedurende het gehele traject betrokken bij het opstellen van een nieuwe kwaliteitsstandaard en ook hun instemming met de nieuwe kwaliteitsstandaard is nodig voor die kan worden aangeboden aan het Zorginstituut. Ik refereer in dit kader graag aan het addendum bij de IC-richtlijn en aan het kwaliteitskader spoedzorgketen. Bij beide trajecten zijn bijvoorbeeld ook de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) betrokken en zoals ik u eerder heb gemeld, kan de SAZ zich goed in de uiteindelijke normen vinden.

In aanvulling hierop heeft het Zorginstituut, zoals ik reeds aangaf, het Toetsingskader aangepast. Het doel van de nieuwe verplichting om in het implementatieplan bij een kwaliteitsstandaard inzichtelijk te maken wat de invloed is van de landelijke normen in de kwaliteitsstandaard op de toegankelijkheid van zorg, is dat de partijen die gezamenlijk een nieuwe kwaliteitsstandaard opstellen bewust stilstaan bij de mogelijke gevolgen van nieuwe landelijke kwaliteitsnormen voor de toegankelijkheid van de zorg. Dat zij bewust nadenken over het feit dat het streven naar hogere kwaliteit van zorg effect kan hebben op de (regionale) toegankelijkheid van de zorg en dat zij gezamenlijk zoeken naar een balans hierin. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de tripartiete partijen. De taak van het Zorginstituut is om na aanbieding van een nieuwe of gewijzigde kwaliteitsstandaard onder meer te kijken of de kwaliteitsstandaard op een zorgvuldige manier tot stand is gekomen. Het Zorginstituut zal, na de inwerkingtreding van het gewijzigde Toetsingskader, in dat kader onder meer beoordelen of partijen in het implementatieplan deugdelijk motiveren wat de invloed is van de landelijke normen in de kwaliteitsstandaard op de (regionale) toegankelijkheid van de zorg. Indien het Zorginstituut de indruk heeft dat aan dit onderwerp geen of onvoldoende aandacht is geschonken, zal het hier nadere vragen over stellen aan de partijen die de kwaliteitsstandaard hebben ingediend. Anders dan de motie veronderstelt, is het dus niet zo dat het Zorginstituut er automatisch vanuit gaat dat partijen de

gevraagde afweging tussen kwaliteit en toegankelijkheid van zorg hebben gemaakt, en dat er geen nadere toets plaatsvindt vanuit het Zorginstituut.

Het Zorginstituut zal in de communicatie over het nieuwe Toetsingskader aandacht besteden aan het bovenstaande. Ook in de dialoogbijeenkomst die het Zorginstituut en de Kwaliteitsraad voornemens zijn om te organiseren (zie de Kamerbrief van 12 juni jl. , Kamerstuk 31 765, nr. 496) zal het Zorginstituut dit onderwerp aan de orde stellen. En tot slot zal het Zorginstituut in de aankomende update van zijn 'Leeswijzer relevante partijen', die partijen op weg helpt bij het beantwoorden van de vraag wat de 'relevante partijen' zijn die bij het opstellen van een kwaliteitsstandaard moeten worden betrokken, extra aandacht schenken aan het betrekken van de kleinere partijen (zoals de algemene ziekenhuizen die worden vertegenwoordigd door de SAZ). Want de kern blijft dat de partijen er gezamenlijk voor moeten zorgen dat er een goede kwaliteitsstandaard tot stand komt, waarin een balans wordt gevonden tussen de drie publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, en die draagvlak heeft van de patiëntenorganisatie(s), zorgverzekeraars, zorgverleners en zowel grote als kleine zorgaanbieders. Het addendum bij de IC-richtlijn en het kwaliteitskader spoedzorgketen zijn hier mooie voorbeelden van.

De minister voor Medische Zorg,
T. van Ark