

Vergaderjaar 2015–2016

29 247

Acute zorg

Nr. 217

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 februari 2016

Op 17 juni 2015 heb ik uw Kamer per brief geïnformeerd over de stand van zaken rond de ontwikkeling van structurele ordeningswetgeving in de ambulancezorg¹. In die brief heb ik geschetst dat het ministerie hierover nog in overleg was met Ambulancezorg Nederland (AZN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Per brief van 28 september jongstleden heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport mij gevraagd om nadere informatie over de resultaten van deze gesprekken. Met deze brief voldoe ik aan dit verzoek.

Zoals ik in mijn brief van 17 juni heb aangekondigd is de afgelopen periode gesproken met AZN en ZN over een aantal mogelijke ordenings-scenario's voor de ambulancezorg. Deze scenario's zijn nader toegelicht in die brief. Zoals ook aangegeven heeft de discussie zich de laatste periode primair gericht op twee scenario's die beide uitgaan van een ordening waarin per regio één Regionale Ambulancevoorziening (RAV) het alleenrecht heeft voor de uitvoering van ambulancezorg. Dit in combinatie met stevig toezicht dat in een monopolistische omgeving partijen maximaal aanzet tot het naleven van de bestaande prestatie-eisen. De scenario's verschillen van elkaar ten aanzien van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Minister en zorgverzekeraars bij de bepaling welke partij in de regio ambulancezorg mag aanbieden. Ten behoeve van deze gesprekken heb ik in overleg met AZN en ZN het onderzoeksbureau SiRM gevraagd een vergelijking te maken tussen de voordelen en de aandachtspunten van de twee genoemde scenario's. Deze analyse is besproken met AZN en ZN. Ik heb uw Kamer deze analyse eerder doen toekomen².

Gedurende de overleggen met AZN en ZN is echter steeds duidelijker geworden dat de omgeving waarin de ambulancezorg opereert nog volop in beweging is en dat dit nog steeds majeure onzekerheden meebrengt

¹ Kamerstuk 29 247, nr. 212

² Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 150

over de toekomstige rolverdeling tussen partijen en de taakuitoefening door de ambulancesector. Dit maakt dat ik voornemens ben de werking van de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) met een beperkte periode te verlengen. Dergelijke onzekerheden waren eerder mede aanleiding om te kiezen voor een tijdelijke wet. In de memorie van toelichting op de Twaz zijn deze aspecten destijds uitgebreid toegelicht. Zo is gewezen op het feit dat de acute zorg volop in beweging was. Denk hierbij aan ontwikkelingen rond concentratie en specialisatie van acute en electieve zorg, samenwerkingsvormen tussen de verschillende partners in de acute keten en de rol van zorgverzekeraars ten aanzien van die acute keten. Daarnaast is ook gewezen op de ontwikkelingen rond de meldkamers door de voorgenomen vorming van een Landelijke meldkamerorganisatie (LMO) en de bijbehorende verantwoordelijkheden van de verschillende kolommen daarin.

In een dergelijke onzekere omgeving werd het destijds niet verstandig geacht te kiezen voor een definitieve ordening van de ambulancezorg.

Ten aanzien van de inrichting van de acute zorg heeft één van de vraagstukken betrekking op de rol die zorgverzekeraars gezamenlijk kunnen oppakken bij de inrichting in de spoedeisende zorg in de regio. In 2013 zijn zorgverzekeraars in de regio's gezamenlijk met actieplannen aan de slag gegaan om de kwaliteit en doelmatigheid van spoedeisende ziekenhuiszorg te verbeteren. Een onderdeel daarvan was de specialisatie van complexe spoedeisende ziekenhuiszorg. Dat traject is in 2014 echter stopgezet in verband met mogelijke belemmeringen van de mededinging in termen van keuzemogelijkheden van de patiënt. Dergelijke belemmeringen kunnen gelegitimeerd zijn indien tegenover het wegvallen van keuzemogelijkheden duidelijke voordelen staan voor patiënten op het gebied van de kwaliteit van spoedeisende zorg. Om hier beter zicht op te krijgen heeft ZN aan het Zorginstituut Nederland gevraagd te stimuleren dat objectieve kwaliteitstandaarden voor spoedzorg worden ontwikkeld, opdat de beoogde kwaliteitsverbeteringen beter kunnen worden aangetoond. Eind 2015 heeft het Zorginstituut een rapport gepubliceerd³ waarin voor zes spoedzorgindicaties indicatoren en normen zijn geformuleerd die inzicht geven in de kwaliteit van de geleverde spoedzorg. Met behulp van deze indicatoren en normen kunnen alle betrokken partijen gezamenlijk een Kwaliteitskader Spoedzorg opstellen waarin wordt vastgelegd hoe de spoedzorg het beste georganiseerd kan worden. Of dit ook zal leiden tot een verdere concentratie is nu nog niet bekend. Het Zorginstituut begeleidt dit proces verder, planning is dat eind 2016 dit kwaliteitskader wordt vastgesteld. Dit traject is dus nog in volle gang en daarbij is nog onduidelijk hoe de rol van zorgverzekeraars in de acute zorgketen vervolgens uitkristalliseert. De mate waarin zorgverzekeraars een actieve rol kunnen vervullen bij de inrichting van het acute zorglandschap is nauw gelieerd aan de invloed van verzekeraars op de keuze van de partijen die in de regio's ambulancezorg mogen aanbieden. Immers, dit bepaalt voor een groot deel de mate waarin verzekeraars in staat worden gesteld de samenhang en de samenwerking tussen ketenpartners in de acute zorgketen te optimaliseren. Gezien het lopende traject ten aanzien van de acute zorg acht ik het nu nog geen goed moment voor structurele besluitvorming over de rolverdeling tussen overheid en zorgverzekeraars ten aanzien van de ordening van ambulancezorg.

Bij de vormgeving en de precieze uitwerking van de taken en bevoegdheden van de LMO is een groot aantal partijen betrokken die alle een eigen verantwoordelijkheid in dit proces kennen. De vormgeving van een dergelijke organisatie inclusief alle raakvlakken met de direct betrokken

³ Zorginstituut Nederland, *Spoed moet goed, indicatoren en normen voor zes spoedzorgindicaties*, 16 december 2014

organisaties dient zorgvuldig te gebeuren. Dit blijkt een ingewikkeld proces te zijn dat meer tijd in beslag neemt dan eerder verwacht. De Minister van Veiligheid en Justitie heeft uw Kamer op 4 januari jongstleden per brief geïnformeerd over de noodzaak van een heroriëntatie op het proces om te komen tot een LMO⁴. In die brief is aangegeven dat de eerste prioriteit wordt gelegd bij de regionale samenvoegingstrajecten en het vormen van de landelijke ICT die noodzakelijk is om de 10 meldkamers als één virtuele organisatie te laten samenwerken. Er wordt meer tijd genomen voor het uitwerken van de samenwerkingsmogelijkheden tussen de verschillende kolommen in de meldkamers en de multidisciplinaire taakuitvoering. Om te kunnen bepalen wat ambulancezorg is en wat toebehoort aan het meldkamerdomein moet helder worden wat de reikwijdte van het zogenoemde multi-intake proces is wat op de meldkamers plaats vindt. Daartoe zal dit voorjaar een pilot worden gestart die naar verwachting eind 2016, begin 2017 wordt afgerond. Samen met de Minister van Veiligheid en Justitie zal ik er maximaal op inzetten dat zo snel als mogelijk na het uitvoeren van deze pilot een definitieve keuze wordt gemaakt over de reikwijdte van het multi-intake proces. De organisatorische vormgeving van de LMO zal daarna verder vorm gegeven worden.

Helder is dat goed functioneren van de meldkamer van groot belang is voor een kwalitatief goede en doelmatige inzet van ambulancezorg. Zolang nog onduidelijkheden bestaan over de exacte verantwoordelijkheden van de RAV binnen het gehele meldkamerproces en de verantwoordelijkheidsverdeling tussen RAV en LMO nog niet bepaald is, is het voor een (potentiële) aanbieder van ambulancezorg niet goed mogelijk om een goede positie te kunnen bepalen voor een meerjarige vergunning of contract binnen de sector. De ontwikkeling van een nieuwe wet voor de ambulancezorg en de realisatie van een landelijke meldkamerorganisatie zijn onderling afhankelijk van elkaar en dienen zodoende in nauwe betrokkenheid met elkaar tot stand te komen.

Daarnaast is van belang dat sinds de inwerkingtreding van de Twaz hard is gewerkt aan de totstandkoming van een bredere set van kwaliteitsindicatoren voor de ambulancezorg. Op initiatief van AZN en in samenwerking met de medisch managers in de ambulancezorg, de Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden in de ambulancezorg en het Ministerie van VWS, is onder begeleiding van het CBO, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, een eerste set indicatoren ontwikkeld rond de medisch-inhoudelijke kwaliteit van de ambulancezorg. Deze eerste indicatorenset is in 2014 vastgesteld en is in 2015 getest op uitvoerbaarheid vanuit de systemen van de RAV's. Volgens de huidige planning zullen de indicatoren over 2016 voor het eerst landelijk worden uitgevraagd en vervolgens in 2017 worden gepubliceerd. Rekening houdend met «kinderziektes» van dergelijke indicatoren bestaat dus op korte termijn nog beperkt objectief zicht op de kwaliteit van de ambulancezorg.

Bij de voorbereiding van de Twaz was de verwachting dat ongeveer drie jaar na inwerkingtreding van de Twaz bovenstaande ontwikkelingen voldoende uitgekristalliseerd zouden zijn om de ordening van de ambulancezorg vorm te geven in structurele wetgeving. Alles overziend ben ik echter van mening dat dit laatste vooralsnog niet het geval is. Om die reden acht ik enig uitstel van de structurele beslissing over de

⁴ Kamerstuk 29 517, nr. 108

toekomstige vormgeving van de Nederlandse ambulancezorg noodzakelijk en gerechtvaardigd en ben ik voornemens de werking van de Twaz met een periode van 2 jaar te verlengen tot en met 2019.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers