

Vergaderjaar 2022–2023

29 247

Acute zorg

Nr. 364

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 november 2022

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft mij een tweetal rapporten aangeboden met betrekking tot de benodigde capaciteit voor de ambulancezorg. In reactie op deze rapporten ontving ik een brief van Ambulancezorg Nederland (AZN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Bijgaand wil ik uw Kamer informeren over deze rapporten en de inhoudelijke reactie van AZN en ZN.

Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg

Zoals elk jaar ontving ik van het RIVM het Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg 2022 (hierna: referentiekader S&B, bijlage 1). 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 S&B 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.

Het RIVM heeft met nieuwe productiecijfers van de Nederlandse ambulancezorg (de ritgegevens uit 2021) en het vorig jaar geactualiseerde rijtijdenmodel het referentiekader S&B geactualiseerd. Het geactualiseerde referentiekader S&B brengt een capaciteitsuitbreiding van 666 diensten met zich mee. Dat is een stijging van 7,1% ten opzichte van het aantal diensten in het referentiekader S&B 2021.

Uit het rapport van het RIVM blijkt dat dit verschillende oorzaken heeft:

- Het standplaatsenmodel van het referentiekader S&B is uitgebreid met 20 extra standplaatsen. Doordat de rijtijd in het geactualiseerde rijtijdenmodel is toegenomen, zijn meer standplaatsen nodig zodat

97% van de bevolking van een RAV binnen twaalf minuten rijtijd vanaf de standplaats kan worden bereikt («dekking») en zodat 70% van de bevolking van een RAV binnen twaalf minuten kan worden bereikt vanuit minstens twee standplaatsen («dubbele dekking»). Als gevolg hiervan zijn 420 extra diensten nodig.

- Het totaal aantal uren spoedeisende ambulancezorg in 2021 is met 2,3% gestegen (B-vervoer steeg 11,5%). Hierdoor zijn er voor heel Nederland 241 diensten extra nodig.
- In de rekenmodellen is een normering van de bezettingsgraad¹ op standplaatsniveau toegevoegd tot maximaal 60%. Dit heeft tot gevolg dat een aantal RAV's er samen 5 diensten bij krijgen om de bezettingsgraad onder de 60% te krijgen.

Het referentiekader S&B 2021 ging uit van gecorrigeerde productiecijfers voor 2020 op basis van een trendanalyse, vanwege de invloed van de covidpandemie. Voor het referentiekader S&B 2022 is opnieuw gekeken naar de mogelijke invloed van covid op de productie van 2021. Hiervoor zijn de daadwerkelijke productiegegevens van 2021 vergeleken met de op basis van de trendanalyse te verwachten cijfers. Aangezien zowel het aantal werkelijke inzetten als de gemiddelde ritduur hoger waren dan op basis van de trendanalyse verwachten kon worden, resulterend in een hoger totaal aantal uren ambulancezorg in 2021, gaf dit geen aanleiding voor correctie.

Het RIVM geeft naar aanleiding van de resultaten een drietal aanbevelingen met het oog op de uitkomsten van het referentiekader S&B 2022 in relatie tot het oorspronkelijke doel, namelijk een objectief en passende capaciteitsberekening voor goede ambulancezorg:

- Overweeg het hanteren van een ondergrens voor de bezettingsgraad van standplaatsen. Met het oog op een doelmatige inzet van schaarse middelen (budgetten en personele inzet) is het de vraag hoe de sommige van de 20 extra standplaatsen, waar het dunbevolkte gebieden met geringe vraag betreft, zich verhouden tot doelmatige ambulancezorg.
- Overweeg differentiatie in type ambulances in het model, in lijn met de vernieuwde urgentieclassificatie die de ambulancezorg gaat implementeren.
- Overweeg modellering van de inputgegevens (nu: productiedata) om grote schommelingen in de uitkomsten te voorkomen.

Capaciteitsmodel Meldkamer Ambulancezorg

In aanvulling op het al bestaande referentiekader S&B voor de rijdende dienst, heeft het RIVM de afgelopen twee jaar op verzoek van Ambulancezorg Nederland (AZN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en VWS gewerkt aan een doelmatige voorspelling van de benodigde capaciteit op de meldkamers Ambulancezorg. Dit heeft geresulteerd in Capaciteitsmodel meldkamer ambulancezorg 2022 (hierna: capaciteitsmodel MKA, bijlage 2). Het capaciteitsmodel MKA beoogt te berekenen hoeveel meldtafels met een meldkamercentralist er minimaal nodig zijn per RAV of meldkamer om het aantal telefonische oproepen voor spoedeisende en niet-spoedeisende ambulancezorg te kunnen verwerken. Hiervoor worden verschillende inputvariabelen gebruikt en moeten diverse uitgangspunten en randvoorwaarden worden vastgesteld. Gedurende de ontwikkelingsfase bleek er op diverse punten nog doorontwikkeling van het model nodig te zijn. Hierop hebben de betrokken partijen gezamenlijk besloten het model nog niet in gebruik te nemen als basis voor de zorginkoop van 2023.

¹ De bezettingsgraad is het percentage van de tijd waarop de beschikbare ambulances (per standplaats) in actie zijn.

Inhoudelijke reactie AZN en ZN

In reactie op het Referentiekader S&B en het Capaciteitsmodel MKA hebben AZN en ZN mij gezamenlijk een brief (bijlage 3) gestuurd met een inhoudelijke reactie op de beide modellen.

Zij geven daarbij aan dat, hoewel het referentiekader S&B in essentie een goed hanteerbaar model is, het gezien de toename van de productiecijfers voor 2023 in combinatie met de aanpassing van het rijtijdenmodel leidt tot een niet-realistische uitbreiding van capaciteit en standplaatsen. Zij wijzen daarbij op de krapte op de arbeidsmarkt, waardoor een dergelijke uitbreiding niet realiseerbaar is, maar ook dat deze resultaten niet noodzakelijkerwijs bijdragen aan kwalitatief goede en doelmatige ambulancezorg. Met name het bijplaatsen van extra standplaatsen leidt volgens hen tot het creëren van zorgaanbod, en daarmee inzet van budget en zorgmedewerkers, waar relatief weinig gebruik van wordt gemaakt. Om die reden hebben AZN en ZN voor de korte termijn afspraken gemaakt voor de zorginkoop voor 2023, zodat per regio gekeken wordt hoe er op basis van het referentiekader S&B en de feitelijke situatie in de regio een zinnig zorgaanbod kan worden gerealiseerd. Voor de langere termijn geven zij aan dat de blijvende volumegroei niet tot gevolg kan blijven hebben dat er een jaarlijks groeiend referentiekader S&B gerealiseerd moet worden. Dit is onhaalbaar en in het licht van de beleidsagenda acute zorg naar hun idee geen wenselijke oplossing om te komen tot toekomstbestendige zorg. Zij zien hiervoor oplossingen in de nieuwe urgentie-indeling en de ontwikkeling van zorgcoördinatie, maar zij vragen ook om voor het volgende referentiekader S&B samen met het RIVM te kijken naar diverse parameters, in lijn met de aanbevelingen van het RIVM.

Voor het capaciteitsmodel MKA concluderen ze dat het model nog doorontwikkeld moet worden in 2023 en in tweede instantie na de structurele implementatie van zorgcoördinatie. Tegelijkertijd toont het model wel aan dat uitbreiding van capaciteit op de meldkamer ambulancezorg noodzakelijk is. Zij zullen deze uitbreiding regionaal uitwerking op basis van het landelijke beeld, deels gebaseerd op het capaciteitsmodel MKA.

Vervolg

Ik deel de conclusies van RIVM, ZN en AZN dat het goed is om kritisch te blijven kijken naar een realistische spreiding en bereikbaarheid van de ambulancezorg, gezien de volumegroei van de ambulancezorg, de huidige arbeidsmarkt en de ontwikkelingen in het acute zorglandschap. Dit zijn ook enkele van de uitdagingen voor de toekomst die ik in de beleidsagenda acute zorg heb geadresseerd. De partijen roepen op tot herziening van het huidige normenkader (om daarmee de kwaliteit van zorg voor de patiënt beter te dienen) en tot verdere ontwikkeling van zorgcoördinatie; en daarnaast laten zij zien dat het loont om de samenwerking in de regio op te zoeken. Juist deze drie aspecten vormen de pijlers onder het beleid voor de acute zorg dat ik heb geschetst in de beleidsagenda.

Ik ondersteun dan ook het initiatief van AZN en ZN om samen te komen tot afspraken waardoor op basis van het referentiekader S&B wordt gekeken naar alternatieve manieren om voldoende capaciteit te realiseren, onder andere door aanwending van het beschikbare budget voor de voortzetting van de pilots Zorgcoördinatie. Ik zal de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vragen hier rekening mee te houden bij het vaststellen van hun beleidsregel Ambulancezorg 2023.

De aanbevelingen van het RIVM die zien op aanpassing van het Referentiekader S&B en de verzoeken van AZN en ZN voor doorontwikkeling van zowel het Referentiekader S&B als het capaciteitsmodel MKA kan ik niet los zien van de beleidsagenda acute zorg. Tegelijkertijd begrijp ik dat met

het oog op de almaar toenemende vraag naar ambulancezorg niet gewacht kan worden totdat alle plannen en acties uit die beleidsagenda volledig zijn uitgewerkt of afgerond. Voor de doorontwikkeling van het Referentiekader S&B zal ik daarom aan het RIVM vragen welke parameters aangepast kunnen worden zodat dit leidt tot een meer realistisch beeld, zonder dat hiermee wordt vooruitgelopen op de acties uit beleidsagenda, getornd wordt aan bestaande normen of onomkeerbare wijzigingen worden doorgevoerd.

Voor het capaciteitsmodel MKA geldt dat hier een onlosmakelijke relatie is met de structurele implementatie van zorgcoördinatie vanaf het derde kwartaal van 2023 en het samenvoegen van de gezamenlijke meldkamers tot 10 meldkamers. Ik acht het daarom niet realistisch om in 2023 dit capaciteitsmodel verder door te ontwikkelen, maar zal het RIVM vragen om dit weer op te pakken als duidelijk is welke invloed zorgcoördinatie en samenwerking op de meldkamers hebben op het model.

Ik stuur het referentiekader 2022 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 en hierbij ook de door AZN en ZN berekende benodigde groei voor de capaciteit van de meldkamer ambulancezorg mee te nemen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers