

Vergaderjaar 2013–2014

**33 253**

## **Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg alsmede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg**

**H**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juni 2014

Met deze brief reageer ik op de motie Flierman c.s. (nr. 2192) waarin wordt gevraagd om te komen tot een visie op de spreiding van algemene ziekenhuizen in ons land, ingediend tijdens het plenair debat van uw Kamer over concentratietoetsing in de zorg. Allereerst zal ik u de ontwikkeling schetsen van de spreiding en positie van de algemene ziekenhuizen in Nederland. Daarna komen de rollen van de partijen in het zorgstelsel aan bod.

#### *Enkele feiten en cijfers*

Op dit moment is er weliswaar een daling te zien in het aantal ziekenhuizen, maar het aantal locaties waar medisch specialistische zorg wordt geleverd stijgt. Er zijn momenteel 82<sup>1</sup> algemene ziekenhuizen (waarvan 28 topklinische ziekenhuizen) en 8 universitaire medische centra (UMC's). Het aantal locaties van waaruit ziekenhuiszorg wordt geleverd, groeit omdat er meer buitenpoliklinieken worden geopend, van 61 in 2009 naar 97 in 2012. Het aantal zelfstandige behandelklinieken is gegroeid van 220 in 2009 tot 268 in 2013. Voor de concentratie van ziekenhuiszorg is op dit moment één wettelijke ondergrens van belang, te weten de 45 minutennorm voor acute zorg. Deze norm kent inmiddels geen medische onderbouwing meer, maar is voor mij erg belangrijk als het gaat om het behoud van een goede spreiding en infrastructuur van ziekenhuiszorg in Nederland.

#### *Veranderingen in de medisch specialistische zorg*

De UMC's bieden hoog complexe zorg aan in lage volumes. Alle UMC's (naast drie andere niet-UMC's) hebben ook een rol als traumacentrum. Dit

<sup>1</sup> Marktscan medisch specialistische zorg 2013, 17 december 2013, kenmerk, TK 2013–2014 29 248

zijn ook op bepaalde gebieden de centers of excellence met internationale reputatie. De UMC's kennen een goede spreiding over het land. Daarnaast zijn er enkele tientallen topklinische ziekenhuizen die complexe (acute) medisch specialistische zorg aanbieden.

Ook de algemene ziekenhuizen in de regio's, vaak kleiner van omvang, hebben een belangrijke rol. Zij zijn doorgaans goed gepositioneerd voor het dichtbij leveren van zorg. Deze regionale algemene ziekenhuizen kunnen zich nog meer ontwikkelen tot voorzieningen waarin een groot volume aan laag complexe zorg in samenspraak met ketenpartners in de buurt geleverd wordt. Kleine ziekenhuizen zullen in het belang van de patiënt intensief samen gaan werken (en vaak doen ze dit ook al) met de eerste lijn, de langdurige zorg en andere ziekenhuizen in de regio. Deze ontwikkeling is nodig om te voorkomen dat dergelijke kleinere algemene ziekenhuizen die belangrijk zijn voor de bereikbaarheid van zorg, verdwijnen. Dat zou het geval kunnen zijn als ze niet meer kunnen voldoen aan de noodzakelijkerwijs steeds strenger wordende normen voor kwaliteit van complexe zorg en zich ook niet heroriënteren op hun profiel. Ik vind het essentieel dat er een stevige basisinfrastructuur in de regio is.

#### *Visie op de spreiding van algemene ziekenhuizen*

Ik heb niet de ambitie om de zorg zelf in te richten anders dan op basis van generieke normen (zoals de 45 minuten norm). Ik wil dat niet, het past niet bij mijn opvatting over het functioneren van de zorg en ik acht mijzelf er ook niet toe in staat. Van achter de Haagse tekentafel heb ik niet de kennis en de kunde om voor een regio te bepalen hoe de inrichting van de zorg daar het beste er uit kan zien. Een dergelijke planmatige aanpak is ook niet nodig. Ik zie enerzijds concentratie omwille van kwaliteit van bepaalde vormen van zorg door onder andere een verdergaande introductie van kwaliteitseisen en volumennormen. Anderzijds zie ik spreiding in het ontstaan van zogenoemde anderhalvelijns centra die ook zorg verlenen die vroeger in de ziekenhuizen werd verleend. Hiermee zien we verdere spreiding en grotere toegankelijkheid van met name chronische zorg. Voor de toekomst verwacht ik ook steeds meer van uitkomstindicatoren. In het huidige zorgstelsel, inclusief de zorgplicht van de verzekeraar en de 45 minuten norm, ontstaat er een goede spreiding. Mijn adagium is: zorg dichtbij waar dit kan en zorg concentreren waar dit moet vanwege de kwaliteit. Ik zie dat de zorg zich in grote delen van het land ook zo ontwikkelt.

Conform het hoofdlijnenakkoord 2011 heeft de sector het initiatief genomen om de kwaliteit van zorg in alle ziekenhuizen te verbeteren, onder andere door het stellen van kwaliteits- en volume-eisen aan bepaalde complexe specialistische handelingen en concentratie van complexe medisch specialistische zorg. Die ontwikkeling wordt opgepakt door de zorgverzekeraar die met zijn zorgplicht daar vorm aan geeft in de regio door middel van de zorginkoop. De zorgverzekeraar kan via de zorginkoop sturen op de spreiding van zorgvoorzieningen en kan partijen vragen om tot inhoudelijke afstemming te komen. Door zijn inkooprol heeft de zorgverzekeraar zowel de positie als de mogelijkheid om concentratie, spreiding, kwaliteit en bereikbaarheid te bevorderen. In de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden van 2011 en 2013<sup>2</sup> is afgesproken dat zorgverzekeraars sturen op een doelmatige inrichting van de zorg waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid uitgangspunten zijn.

<sup>2</sup> Zie de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden van 2011 (TK 2010–2011 29 248, nr. 215) en 2013 (TK 2012–2013 29 248, nr. 257).

Ik heb aan uw Kamer toegezegd om aan ZN te vragen om patiënten bij de herinrichting van de ziekenhuiszorg te betrekken (EK-T01410). Volgens mijn informatie is de NPCF door ZN betrokken bij het opstellen van de «Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg». De NPCF heeft aangegeven het van belang te vinden dat zorgverzekeraars in de regio Zorgbelang betrekken. ZN heeft dit bij zorgverzekeraars onder de aandacht gebracht. Ik vertrouw er op dat ZN en zorgverzekeraars de NPCF en Zorgbelang betrekken bij de herinrichting van de ziekenhuiszorg waarmee de betrokkenheid van patiënten gewaarborgd is. Natuurlijk kan een ziekenhuis zelf ook sturen, door te toetsen waar zij goed in zijn en welke behandelingen andere ziekenhuizen beter kunnen.

#### *Veranderingen in de inrichting van de zorg*

De veranderingen in de inrichting van de zorg zullen gevolgen hebben voor alle aanbieders van medisch specialistische zorg. We zien daarbij gewenste en ongewenste ontwikkelingen. Samenwerking tussen ziekenhuizen, zonder kwaliteitsslag te maken, maar om optisch de aangescherpte normen te halen is onwenselijk. Evenals de vorming van regiomaatschappen als die feitelijk monopolistisch worden op hun gebied in een regio. Ik heb over deze ontwikkelingen advies gevraagd van de NZa en ACM. De herinrichting van het aanbod aan ziekenhuiszorg brengt met zich mee dat patiënten voor (hoog)complexe zorg wellicht verder zullen moeten gaan reizen. Voor nazorg of polikliniekbezoek kunnen patiënten wel bij ziekenhuizen in de buurt terecht. Uit verschillende onderzoeken<sup>3</sup> blijkt echter dat patiënten veel minder bezwaar hebben tegen een grotere reisafstand voor complexe ziekenhuiszorg, als daar een betere kwaliteit tegenover staat.

De groeiende mogelijkheden van de medische technologie, de toenemende specialisatie en de afgesproken volume- en kwaliteitsnormen, stimuleren ziekenhuizen en zorgprofessionals om tot nieuwe samenwerkingsverbanden te komen. Zo zien wij bijvoorbeeld in de praktijk samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en verschillende ZBC's. Of tussen een UMC, een algemeen ziekenhuis en ZBC's waar kennis en kunde wordt gedeeld en taken herschikt. Samenwerking tussen ziekenhuizen die in het belang zijn van de patiënt, gebeurt gelukkig steeds vaker. Bijvoorbeeld een complexe ingreep die plaats heeft in een gespecialiseerd centrum. Daarnaast is samenwerking met topklinische en academische ziekenhuizen van cruciaal belang voor de kwaliteit van complexe zorg. Het toezicht van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de zorgspecifieke fusietoets van de NZa worden soms als belemmerend ervaren wanneer partijen verdergaand willen samenwerken. Ik heb de afgelopen maanden samen met de ACM en de NZa een rondgang gemaakt door het veld. We hebben hierbij gesproken over welke belemmeringen partijen uit het veld ervaren en hoe we ervoor kunnen zorgen dat samenwerking ten behoeve van de patiënt mogelijk blijft. Zoals aangekondigd in mijn brief van 20 december 2013 (kenmerk 114427-mc) zal ik de Tweede Kamer hierover een brief met het verslag van de rondgang toezenden waarin ik kenbaar maak welke acties ik ga ondernemen naar aanleiding van de uitkomsten van de rondgang.

U ontvangt van mij voor de zomer een brief over de specifieke situatie in krimpgebieden. Centraal staat hierin goede bereikbaarheid en het overeind blijven van zorg. Ook hier is samenwerking cruciaal.

<sup>3</sup> TNS NIPO, «Kiezen in de gezondheidszorg» 2003, Motivaction, «Trendwatch zorgconsumenten 2010», augustus 2010.

### *Wel een specifieke overheidsrol bij de acute zorg*

Zoals hiervoor omschreven heeft de overheid een rol om het systeem te laten werken en langs deze lijnen de kwaliteit, bereikbaarheid en doelmatigheid van zorg voor iedereen die dat nodig heeft, te realiseren. Ook op dit terrein is het aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om keuzes te maken over concentratie en sluitingen van ziekenhuislocaties, maar dat moet wel gebeuren binnen de 45 minuten norm en de zorgplicht van de zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet toe op deze zorgplicht van de zorgverzekeraar(s). De IGZ zal vanuit haar rol als toezichthouder op de kwaliteit van zorg een oordeel hebben over de uiteindelijke plannen. Het beeld dat er aan de lopende band wordt gefuseerd en locaties worden gesloten berust niet op de feiten. Ten aanzien van de medisch specialistische zorg is het aantal locaties en aanbieders juist toegenomen.

Acute zorg valt onder de zogenoemde cruciale zorg. De overheid heeft wanneer cruciale zorg in het geding is, een directe verantwoordelijkheid. Constateert de NZa in reactie op een melding van overmacht van een zorgverzekeraar dat deze niet langer de cruciale zorg voor haar verzekeren kan garanderen, dan richt de overheid een tijdelijke vangnetstichting op. Dit is het uiterste middel nadat eerst partijen zelf het maximale gedaan hebben om deze cruciale zorg overeind te houden. De kosten voor de oprichting van deze vangnetstichting kunnen dan worden voldaan vanuit een beschikbaarheidsbijdrage. Onder cruciale zorg vallen onder andere de spoedeisende eerste hulp en de verloskunde. Alleen als partijen zelf het maximale gedaan hebben om de cruciale zorg overeind te houden en de bereikbaarheid van cruciale zorg in het geding is, dat wil zeggen als de 45 minuten norm waarbinnen men met een ambulance naar een SEH of verloskunde afdeling vervoerd zou moeten kunnen worden, niet meer gerealiseerd wordt, dan wel als de veiligheid van de zorg in het geding lijkt te komen, ligt er een taak voor de overheid. Deze 45-minutennorm zorgt ervoor dat de spreiding van de zorg over Nederland goed is. Iedereen heeft basis medisch specialistische zorg en basis spoedeisende hulp op vrij korte afstand ter beschikking.

Een andere specifieke overheidsrol is dat sommige instellingen een financiële bijdrage kunnen ontvangen om de continuïteit en beschikbaarheid van bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vormen van cruciale zorg te garanderen, de zogenaamde beschikbaarheidsbijdrage. De NZa kan, indien een zorgaanbieder aantoont dat een aangewezen vorm van zorg, zoals de SEH en de verloskunde, zonder een dergelijke beschikbaarheidsbijdrage niet beschikbaar kan zijn, een beschikbaarheidsbijdrage toekennen. Deze bijdrage wordt betaald vanuit het zorgverzekeringsfonds of Algemeen fonds bijzondere ziektekosten<sup>4</sup>.

#### *Tot slot*

Zoals hierboven geschetst hebben de verschillende partijen in het zorgstelsel een eigen verantwoordelijkheid aangaande de spreiding van algemene ziekenhuizen. Deze partijen geven ook steeds meer invulling aan die verantwoordelijkheid. Zo is er een grote kwaliteitsverbetering

<sup>4</sup> Ziekenhuizen komen in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage wanneer ze voldoen aan drie criteria:

1. Het ziekenhuis biedt 24/7 spoedeisende hulp of acute verloskundige zorg.
2. Het ziekenhuis is cruciaal voor de 45 minutennorm.
3. De reguliere inkomsten via tarieven zijn onvoldoende om de SEH en/of acute verloskunde in de lucht te houden.
4. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) toetst of de aanvragers aan deze eisen voldoen.

mogelijk in de complexe acute zorgverlening. Ik zie op dit moment dan ook geen reden om in de verantwoordelijkheidsverdeling veranderingen aan te brengen. Ik verwacht van alle partijen dat de afspraken uit de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden de komende jaren hun uitwerking krijgen teneinde kwalitatief goede ziekenhuiszorg te leveren, dichtbij als het kan en verder weg als het moet. Alleen op die manier zorgen we voor de benodigde verbetering van kwaliteit en doelmatigheid en houden we de zorg tegelijkertijd betaalbaar.

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