

Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg
Achtergrondnotitie

Inhoudsopgave

Definities en reikwijdte

A. De rol van zorgaanbieders, verzekeraars, cliënten en overheid

Zorgaanbieders

Verzekeraars

Cliënten

Overheid

B. Acute zorg

Acute eerstelijnszorg

Acute tweedelijnszorg

Acute geestelijke gezondheidszorg

Acute zorg AWBZ

C. Electieve zorg

Eerstelijnszorg

Tweedelijnszorg

AWBZ-zorg

D. Sectoroverstijgende maatregelen

Een sterke positie voor de cliënt

Ondergrenzen helder vaststellen

De continuïteit van zorg

ICT-toepassingen

Fusietoezicht

Bijlage 1: Trends en Initiatieven vanuit het veld

Bijlage 2: Overzicht toezeggingen

Bijlage 3: Overzicht gevoelige ziekenhuizen 2008

Bijlage 4: Reistijd naar dichtstbijzijnde SEH

Bijlage 5: Ziekenhuislocaties met een beschikbaarheidstoeslag

Bijlage 6: Fusietoezicht door de NMa

Bijlage 7: Vergelijking borging van publieke belangen bij fusies tussen woningcorporaties en in de zorgsector

Definities en reikwijdte

In deze achtergrondnotitie geven we een nadere toelichting op de visie op bereikbaarheid en kwaliteit van zorg zoals beschreven in de brief *Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg*. We schetsen de ontwikkelingen in schaalgrootte in de zorg en geven aan hoe we om willen gaan met de gevolgen van die ontwikkelingen op de bereikbaarheid en kwaliteit van zorg. Daarbij betrekken we de instrumenten die we nu tot onze beschikking hebben om de publieke belangen van bereikbaarheid en kwaliteit te waarborgen. De vraag of nieuw instrumentarium nodig is om de bereikbaarheid van zorg te kunnen blijven garanderen, is hierbij vanzelfsprekend ook aan de orde. We besteden naar aanleiding van eerdere discussies in uw Kamer in ieder geval ook aandacht aan het huidige fusietoezicht in de zorg en gaan in op de vraag of bij de huidige fusietoets sprake is van een goedwerkende zorgspecifieke aanpak. Wij komen tevens tegemoet aan de motie Kant c.s.¹ en de motie Jan de Vries c.s.²

Onder bereikbaarheid van zorg verstaan we: *‘het hebben van voldoende mogelijkheden om persoonlijk, via derden, dan wel via technische communicatiemiddelen binnen aanvaardbare tijd in contact te komen met en/of zorg te ontvangen van de relevante zorgaanbieder’*. Onder kwalitatief goede zorg verstaan wij veilige, effectieve en cliëntgerichte zorg. We gaan in deze visie in op twee aspecten van bereikbaarheid 1) de tijd die het kost om de afstand af te leggen en 2) op welke tijdstippen van de dag de betreffende zorgverleners bereikbaar of beschikbaar zijn. Naar aanleiding van de discussies in de Tweede Kamer zullen wij voor wat betreft de acute eerstelijnszorg ook ingaan op de toegankelijkheid van zorg zoals de triage en het probleem van de ‘zelfverwijzers’³. We komen hierbij tevens tegemoet aan de toezeggingen die zijn gedaan op dit gebied en de motie Schippers⁴ (zie bijlage 1). Deze visie bevat ook een reactie op het advies Schaal en Zorg van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)⁵.

Leeswijzer

In paragraaf A lichten we toe welke rol de overheid en andere partijen hebben bij het waarborgen van de bereikbaarheid van zorg. In paragraaf B gaan we in op de acute zorg. In paragraaf C beschrijven we de electieve curatieve en AWBZ zorg. In paragraaf D komen de nieuwe maatregelen aan de orde die zowel de curatieve als de AWBZ zorg raken. Achtereenvolgend beschrijven we de rol van cliënten en patiënten- en cliëntenorganisaties en de rol van de overheid bij het stellen van ondergrenzen, het waarborgen van de continuïteit van zorg, het bevorderen van ICT-toepassingen en het concentratietoezicht.

A. De rol van zorgaanbieders, verzekeraars, cliënten en de overheid

In de discussie rondom de bereikbaarheid en kwaliteit van zorg is het in de eerste plaats van belang te weten hoe die gewijzigde verantwoordelijkheidsverdeling bij de overgang naar vraagsturing er uit ziet. Want bij het credo van ‘meer ruimte en minder overheidsbemoeienis’ behoren vanzelfsprekend niet *geen*, maar *andere* verantwoordelijkheden voor de verschillende actoren die in de zorgsector een rol spelen. Dat geldt in algemene zin, maar ook op het gebied van het vraagstuk van bereikbaarheid van zorg. Zorgaanbieders, verzekeraars,

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31200 XVI, nr. 39

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31300 XVI, nr. 84

³ Die cliënten die met acute zorgvragen niet in eerste instantie naar een huisartsenpost gaan, maar naar de SEH van een ziekenhuis.

⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr. 68

⁵ Schaal en Zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2008

cliënten en de overheid hebben op dat terrein allen hun eigen verantwoordelijkheid, waarbij de accenten in de acute zorg anders liggen dan in de electieve zorg, en in de curatieve zorg weer anders dan in de care. In deze paragraaf beschrijven wij hoe we de rolverdeling tussen partijen zien.

Zorgaanbieders

Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij zorg zo aanbieden dat deze binnen aanvaardbare tijd geleverd kan worden, van goede kwaliteit is, op de wensen van de cliënten is afgestemd en tegen aanvaardbare kosten. Op het terrein van de electieve zorg geven wij zorgaanbieders daarom vooral meer ruimte om zich van elkaar te kunnen onderscheiden. Cliënten krijgen daarmee meer te kiezen en ontvangen zo die zorg die het beste aansluit op hun specifieke wensen, zowel op zorginhoudelijke gebied als op het niveau van dienstverlening.

Als het gaat om acute zorg geven we zorgaanbieders vooral een gezamenlijke verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat mensen, ook als zij in acute nood verkeren en er geen sprake kan zijn van het bewust 'kiezen' van een specifieke aanbieder, adequaat geholpen worden. Vanaf 2006 is deze gezamenlijke verantwoordelijkheid neergelegd bij het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ), met een initiërende rol voor de op basis van de Wet op de Bijzonder Medische Verrichtingen aangewezen regionale traumacentrum. De beleidsregels van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) verplichten alle aanbieders van acute zorg - ziekenhuizen, regionale ambulancevoorzieningen, geestelijke gezondheidszorginstellingen, verloskundigen, huisartsenposten en huisartsen - om in dit regionaal overleg afspraken te maken over de borging van de spreiding en bereikbaarheid van acute zorg. Wij gaan daarbij uit van een ketenbenadering, waarbij sprake is van een 'veldnorm' voor ambulancezorg en er op huisartsen een inspanningsverplichting rust om tijdig bij patiënten te zijn. De aanbieders in het ROAZ zijn ervoor verantwoordelijk dat er in aansluiting hierop een werkend systeem is. De consequenties van eventuele wijzigingen in het zorgaanbod dienen binnen de regio te worden opgevangen. Als het vermoeden bestaat dat er een witte vlek in de bereikbaarheid ontstaat, schakelt het keteno verleg de betrokken zorgverzekeraars in. In het uiterste geval, als partijen er zelf niet uitkomen, schakelt het regionale overleg de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in.

Verzekeraars

Verzekeraars hebben een zorgplicht en moeten zich inzetten voor een doelmatige inkoop én organisatie van zorg die tegemoet komt aan de wensen van cliënten en van goede kwaliteit is.

In de curatieve zorg verwachten wij van verzekeraars dat zij hun zorgplicht invullen door met zorgaanbieders te onderhandelen over de hoeveelheid, prijs en kwaliteit van de geleverde zorg. Verzekeraars die polissen met gecontracteerde zorg aanbieden hebben een resultaatsverplichting. Het gaat daarbij niet alleen om de omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de tijdigheid en de kwaliteit van de zorg. We verwachten van verzekeraars dat zij voldoende zorg contracteren zodat aan verzekerden tijdig zorg kan worden geleverd op redelijke afstand van hun woonplaats. Als verzekerden niet tijdig terecht kunnen bij een gecontracteerde aanbieder, dan moeten verzekeraars bemiddelen zodat zij elders terecht kunnen. Concreet betekent dit dat wij, ook waar het gaat om bereikbaarheid van zorg, van verzekeraars verwachten dat zij hun inkooprol actief oppakken, en passende oplossingen vinden voor specifieke situaties. Verzekeraars moeten bijvoorbeeld niet alleen afspraken maken over de invulling van electieve zorg of over substitutie tussen verschillende zorgvormen, maar ook over de invulling van de normen over de bereikbaarheid van spoedeisende hulp. Als aanbieders in het ROAZ constateren dat er een witte vlek dreigt te ontstaan, verwachten wij van verzekeraars dat ze actief meedenken over mogelijke

oplossingen. In voorkomende gevallen kan het invullen van de zorgplicht ook betekenen dat verzekeraars besluiten bepaalde aanbieders financieel te ondersteunen of zelf zorg te leveren.

In de care verwachten we van het zorgkantoor dat er voldoende zorgcapaciteit van voldoende kwaliteit voor een redelijke prijs wordt gecontracteerd om aan de vraag te kunnen beantwoorden. Het zorgkantoor en de zorgaanbieders bepalen in onderling contact de ontwikkeling van het zorgaanbod en het verblijfsaanbod om ook in de toekomst aan de vraag te kunnen voldoen. Zij maken daarbij keuzes ten aanzien van de spreiding van het aanbod en het intramuraal dan wel extramuraal organiseren van de zorg. Zij doen dat in samenspraak met gemeenten, cliëntenorganisaties en woningbouwcorporaties. Voor wat betreft de crisisopvang is het zorgkantoor er op grond van de beleidsregels van WTZi verantwoordelijk voor het in voldoende mate contracteren voor de opvang van mensen met (ernstige) beperkingen in crisissituaties, zowel in de sector verzorging en verpleging als in de gehandicaptensector.

Cliënten

In toenemende mate zien we dat cliënten zorg krijgen die goed aansluit op hun behoefte. Wensen van cliënten zijn een sterke prikkel om de zorg te verbeteren. De invloed van cliënten is dan ook een onmisbare impuls voor de kwaliteit en innovatie van de zorg. Cliënten of vertegenwoordigers van cliënten kunnen steeds vaker zelf de zorg kiezen die bij hen past en hun invloed uitoefenen op de geleverde zorg, bijvoorbeeld via cliëntenraden.

Er is reeds veel kennis- en informatie beschikbaar bij patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties (pgo-organisaties) waarmee invloed kan worden uitgeoefend op onder andere de bereikbaarheid en kwaliteit van zorg. Pgo-organisaties kunnen vanuit cliëntperspectief bijdragen aan de ontwikkeling van indicatoren, zorgstandaarden en richtlijnen op het gebied van welzijn en zorg.

Overheid

De overheid is verantwoordelijk voor het borgen van de publieke belangen in de zorg. Dit betekent vanzelfsprekend niet dat de overheid zelf tot in detail verantwoordelijk is voor alle zorg, maar wel dat zij heldere kaders stelt waarbinnen andere actoren het speelveld kunnen invullen, ook op het terrein van bereikbaarheid en kwaliteit van zorg.

Op het terrein van de electieve zorg betekent dit dat wij vooral voorwaarden scheppen voor daadwerkelijke vraagsturing en voldoende keuzemogelijkheden voor mensen. Wij zorgen voor 'empowerment' van cliënten en geven zorgaanbieders en –verzekeraars zoveel mogelijk de vrijheid om te bepalen hoe zij het beste aan de zorgbehoefte van mensen tegemoet kunnen komen. Bijvoorbeeld door een adequate bekostiging voor het organiseren van kleinschalige zorg. Het niet-spoedeisende karakter van electieve zorg en, in de meeste gevallen, de ook relatief lage toetredingsdrempels en een voldoende grote zorgvraag, maken het ook mogelijk om zorgaanbieders deze ruimte te geven. En dus ook zelf beslissingen te nemen over waar en in welke vorm electieve zorg aan te bieden. Waar nodig stellen wij wel eisen aan de kwaliteit van zorg. Voor zeer specialistische zorg kan dat betekenen dat wij ook eisen stellen aan de spreiding van die zorg. Dat doen wij bijvoorbeeld door met behulp van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV) te bepalen dat harttransplantaties alleen onder verantwoordelijkheid van vergunninghouders mogen worden uitgevoerd.

Bij acute zorg is meer sturing nodig omdat vooral voor die zorg geldt dat hoe eerder een cliënt behandeld kan worden, hoe meer gezondheidswinst dit oplevert. Wij stellen daarom

bepaalde aanvullende eisen aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van die zorg, zoals de norm voor spoedzorg vastgesteld in de WTZi. Daarmee borgen wij dat mensen ook in dunbevolkte gebieden binnen een bepaalde tijd geholpen kunnen worden. Indien partijen de normering van acute zorg niet adequaat op willen pakken, zullen wij ook de normen ten aanzien van overige acute zorgvragen een dwingende status geven.

Deze rol vereist, in aanvulling op professioneel bestuur en toezicht door zorgaanbieders zelf, ook adequaat toezicht door de toezichthouders in het veld, met name de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa).

De IGZ ziet toe op de staat van de volksgezondheid en op de naleving van de volksgezondheidswetten en spoort overtredingen op. Indien de bereikbaarheid en daarmee de kwaliteit van zorg in het geding komt, is de IGZ uitgerust met een aantal instrumenten. De IGZ stimuleert veldpartijen om kwaliteitskaders te ontwikkelen. Deze kaders geven een beeld van wat op dat moment de 'state of the art' is voor de te leveren kwaliteit. Daarnaast kan de Minister regels stellen in geval normen niet tot stand komen, of in het veld onvoldoende aanvaard worden of naar de mening van IGZ niet adequaat zijn. De Minister kan de IGZ dan vragen deze regels te ontwerpen. Als een instelling of individuele zorgverlener, ondanks het interne toezicht door de Raad van bestuur en Raad van Toezicht en de rol van verzekeraars, cliëntenraden en cliënten- en patiëntenorganisaties, de eigen norm of de norm van de Minister niet volgt dan zijn er verschillende mogelijkheden:

- Richting het bestuur van de instelling: 1) bevel voor 7 dagen door de IGZ indien in verband met de veiligheid of de gezondheid redelijkerwijs geen uitstel mogelijk is. Het bevel geeft gemotiveerd aan welke maatregelen moeten worden getroffen. 2) aanwijzing door de Minister waarin gemotiveerd staat aangegeven welke maatregelen moeten worden getroffen. De zorgverlener is verplicht het bevel en de aanwijzing na te leven op straffe van bestuursdwang door de minister. De bestuursdwangbevoegdheid houdt tevens in de bevoegdheid om een last onder dwangsom op te leggen.
- Richting de individuele zorgverlener niet werkzaam in een instelling: bevel door de IGZ waarin gemotiveerd staat aangegeven welke maatregelen moeten worden getroffen. De zorgverlener is verplicht het bevel na te leven op straffe van bestuursdwang.
- Bij individuele beroepsbeoefenaars kan de IGZ ook naar de tuchtrechter als de zorgverlener zich niet houdt aan de opgelegde norm en daardoor in strijd handelt met wat je van de zorgverlener mag verwachten.

De NZa houdt bij de uitoefening van haar taken rekening met de publieke belangen in de zorg: deze moet toegankelijk, kwalitatief goed, en bovendien betaalbaar zijn en blijven voor de cliënt. Door middel van monitoring worden ontwikkelingen in (deel-)markten in kaart gebracht. Daarnaast kan de NZa algemene condities stellen op zorgmarkten maar ook in individuele gevallen optreden, zoals bij een aanbieder met aanmerkelijke marktmacht. Als een zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar zoveel macht heeft in de markt, dat hij zich onafhankelijk van concurrenten of de wens van cliënten kan gedragen dan is er sprake van aanmerkelijke marktmacht. Als een aanbieder aanmerkelijke marktmacht heeft, kan de NZa verplichtingen opleggen. Daarbij stelt de NZa het consumentenbelang voorop - net als bij de uitoefening van haar andere taken. Eventuele bijzonderheden met betrekking tot de bereikbaarheid worden daarbij betrokken. De NZa geeft partijen in de zorg waar mogelijk de ruimte om de zorg zodanig te organiseren dat de patiënt nog beter binnen aanvaardbare tijd geholpen kan worden. Bijvoorbeeld is op initiatief van partijen bekostiging van innovatieve manieren van zorgverlening mogelijk gemaakt met gebruikmaking van moderne communicatiemiddelen zoals het internet.

Met betrekking tot de Zorgverzekeringswet (Zvw) houdt de NZa onder andere toezicht op de naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraars. Ingeval van een restitutiepolis houdt de zorgplicht in dat de zorgverzekeraar de plicht heeft om de (marktconforme) kosten van de zorg aan de verzekerde te vergoeden. Waar sprake is van een naturapolis, betekent dit dat de verzekeraar voldoende zorg moet contracteren zodat tijdig zorg kan worden geleverd op redelijke afstand van de woonplaats. Zorgverzekeraars moeten zich bij contractering ervan gewissens of een te contracteren zorgaanbieder het minimale kwaliteitsniveau kan (blijven) garanderen. De zorgverzekeraar heeft dus een redelijke mate van vrijheid om de zorgplicht in te vullen verzekerden kunnen daarin keuzes maken tussen de verschillende verzekeraars. Wat betreft tijdigheid en afstanden zijn geen normen in de wet opgenomen. Ten aanzien van afstanden geldt dat de maximaal aanvaardbare afstandsnorm sterk afhankelijk is van de betreffende zorgsoort en de individuele situatie van de verzekerde. De jurisprudentie-normen die zich hierover in de loop der tijd ontwikkeld hebben in de Ziekenfondsverzekering zijn integraal van toepassing in het kader van de Zvw.

Wat betreft de AWBZ heeft de NZa als taak om toezicht te houden op de zorgplicht van zorgkantoren (dat ze zorg regelen voor de cliënt die daarvoor een indicatie heeft). De zorgkantoren leggen jaarlijks verantwoording af aan de NZa in de verantwoordingsdocumenten. Op basis daarvan voert de NZa vervolgens een prestatiemeting uit, waarin zogenoemde resultaatgebieden worden gescreend. Zo wordt onder andere beoordeeld in hoeverre de zorg toegankelijk en van voldoende kwaliteit is. Ook beoordeelt de NZa de mate van continuïteit in de zorgverlening. Is zorg permanent beschikbaar of juist niet, is hier de centrale vraag. Blijkt uit een prestatiemeting dat een zorgkantoor beneden de maat presteert, dan doet de NZa aanvullend onderzoek (speerpuntenonderzoek oftewel thematisch onderzoek).

Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) beschikt de NZa over verschillende handhavinginstrumenten. Zo kan de NZa een aanwijzing geven, een last onder dwangsom en/of een bestuurlijke boete opleggen. Ook kan zij besluiten andere interventies in te zetten, zoals bijsturende of normoverdragende gesprekken en brieven.

Op de rol van de NMa komen wij in paragraaf D uitgebreid terug.

B. Acute zorg

In de praktijk wordt de term acute zorg op verschillende manieren ingevuld. Een voorstudie voor het onderzoeksprogramma Spoedzorg van het Julius Centrum van het UMC Utrecht en het Kenniscentrum Huisartsenposten en Spoedeisende zorg van het UMC St. Radboud uit Nijmegen heeft de verschillende definities onderzocht en stelt de volgende definitie van acute curatieve zorg voor: 'wanneer zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen'. De voorstudie onderscheidt naast acute zorg ook dringende zorg: 'dringende zorg gaat uit van alle medische vragen en klachten als gevolg van een aandoening of een ongeval, waarvan volgens de cliënt behandeling of beoordeling niet langer dan enkele uren tot een dag uitstelbaar is om overlijden of irreversibele gezondheidsschade te voorkomen. De RVZ (2008) sluit voor de definitie van acute zorg aan bij de bovenstaande definitie. In dat licht schrijft de RVZ dat de huisarts gemiddeld slechts 1 x per maand acute zorg levert en dat

op termijn voor de huisarts in de acute zorg die binnen 30 minuten ingrijpen vereist, anders dan als first responder, geen rol te zien.

Deze brief gaat zowel in op de bereikbaarheid ten aanzien van zeer acute zorgvragen, als wel meer dringende zorgvragen, die wij tevens onder de noemer acute zorgvragen vinden vallen. Acute zorg is een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling. Deze zorg wordt geleverd na een eerste (telefonische) opvang en beoordeling van alle vragen die door een patiënt of diens omgeving als spoedeisend worden ervaren (triage). Voor de definitie van acute zorgvraag willen wij daarom meer aansluiten bij de beleving van de zorgvrager en de zorgvraag. Een groot deel van deze zorgvragen zullen zonder acuut ingrijpen niet tot irreversibele gezondheidsschade of tot de dood leiden, maar zijn voor de patiënt wel acuut in de zin van hevige pijn, ernstig ongemak of ongerustheid. Acute zorg kan worden geleverd door bijvoorbeeld ambulances, ziekenhuizen, eerstelijnszorgverleners of traumahelicopters. Verreweg de meeste acute zorgvragen – ook die bij de spoedeisende hulpafdeling (SEH) – kunnen medisch gezien in de eerste lijn worden afgehandeld. In 2006 hebben de huisartsenposten in Nederland meer dan 3,5 miljoen binnenkomende telefoontjes ontvangen van burgers met een in hun beleving acute zorgvraag. De huisarts, maar ook bijvoorbeeld de verloskundige heeft een belangrijke rol in de acute zorg. Voor deze rol gelden andere normen dan de spoedeisende zorgvragen die in eerste instantie via 112 binnenkomen en waar ambulances onder andere een functie vervullen. De norm voor zeer levensbedreigende spoedeisende zorgvragen is wettelijk vastgelegd. Wij komen hier verderop op terug. In de volgende paragrafen gaan we nader in op de normen die nodig zijn ten aanzien van de bereikbaarheid van de acute eerstelijnszorg.

In de AWBZ moeten acute zorgvragen binnen enkele uren plaatsvinden, zoals een crisisopname in een intramurale voorziening of spoed in de thuissituatie, of uiterlijk binnen enkele dagen zoals een spoedopname.

Acute eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg levert een belangrijke bijdrage aan het bewaken van publieke belangen in het hele gezondheidszorgsysteem. Door de speciale positie van de eerstelijnszorg in het Nederlands gezondheidszorgsysteem is de toegankelijkheid van groot belang. Er komt –door diverse maatschappelijke ontwikkelingen- een toenemende druk op de eerstelijnszorg, maar ook op de tweedelijnszorg te liggen. Door een goede organisatie van de eerstelijnszorg kan beter worden ingespeeld op deze toenemende druk, waardoor de eerstelijnszorg gegarandeerd bereikbaarheid en beschikbaar blijft. Een sterke eerstelijnsgezondheidszorg moet voorkomen dat cliënten (medisch) onnodig gebruik maken van veelal duurder specialistische of intramurale zorg in de tweede lijn. Zoals in de brief *Dynamische eerstelijnszorg*⁶ is geformuleerd is een goed functionerende eerste lijn het laagdrempelig aanspreekpunt dicht bij huis voor alle zorgvragen en makkelijk bereikbaar. Voor een cliënt moet het duidelijk zijn waar hij terecht kan met zijn (acute) zorgvraag en zal het duidelijk moeten zijn binnen welke redelijke termijn hij kan verwachten om adequaat geholpen te worden. De bereikbaarheid in de eerstelijnszorg moet worden vergroot en verbeterd. Immers, als een huisarts of verloskundige goed bereikbaar is voor acute zorgvragen, zal een ziekenhuis minder geconfronteerd worden met zelfverwijzers.

Wij zijn van mening dat de eerstelijnszorg 24 uur per dag moeten kunnen beschikken over goed georganiseerde acute (dringende) zorg met professionele triage, een goede kwaliteit van behandeling

⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 247, nr. 56

en korte wachttijden. De behandeling moet, indien het kan en nodig is, in de eerste lijn worden bevorderd en gestimuleerd.

De afgelopen periode is gebleken dat de bereikbaarheid van de huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden (ANW) verbetering behoeft. Cliënten bleken veel problemen te hebben met de huisartsenposten en klaagden over tekortschietende medische zorg, een te restrictieve houding van triagisten aan de telefoon en een te grote fysieke afstand tot de hulpverlening. Ook is er nogal wat kritiek geweest op de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg. Dit geldt zowel voor de huisartsenzorg overdag als de huisartsenzorg die geleverd wordt door de huisartsenposten in de avond, nacht en weekenden.

De huisartsenzorg overdag blijkt vooral na drie uur 's middags in veel gevallen niet of nauwelijks bereikbaar. Voor de huisartsenzorg in de ANW heeft de IGZ in een aantal onderzoeksrapporten de afgelopen jaren problemen vastgesteld en maatregelen aanbevolen ten aanzien van de telefonische bereikbaarheid en kwaliteit van de huisartsenposten. De hierop volgende maatschappelijke onrust en de negatieve publiciteit inspireerden huisartsenposten zich meer te richten op zorgkwaliteit en cliëntvriendelijkheid. Uit ondermeer onderzoek van het WOK Centre for Quality of Care Research komt naar voren dat cliënten positiever zijn geworden over de dienstverlening en bereikbaarheid van de huisartsenposten. Ondanks dat de telefonische bereikbaarheid bij huisartsenposten is verbeterd (IGZ, 2006), is er nog aanleiding voor verdere verbetering. Er worden bijvoorbeeld nog niet altijd uniforme normen gehanteerd. In deze paragraaf gaan wij nader in op de huidige bereikbaarheid van de acute eerstelijnszorg en ons standpunt ten aanzien van de normering.

Ten aanzien van de bereikbaarheid spelen de volgende subthema's: 1) geografische bereikbaarheid acute eerstelijnszorg, 2) telefonische toegang acute zorgvragen en 3) triage van acute zorgvragen.

1. Geografische bereikbaarheid acute eerstelijnszorg

Een belangrijk aspect van bereikbaarheid van zorgvoorzieningen is de fysieke nabijheid: de vraag

of een zorgvoorziening binnen een 'redelijke' afstand bereikt kan worden. Immers een zorgvoorziening die te ver weg is gelegen, zal sneller als ontoegankelijk worden ervaren. Daarbij zullen zorgvoorzieningen die vaak gebruikt worden op kortere afstand gelegen moeten zijn dan zorgvoorzieningen die minder vaak gebruikt worden. Zo heeft de huisartsenzorg een dichter aanbodnetwerk dan ziekenhuizen en is topklinische zorg weer dunner gespreid. Ook is een 'redelijke' afstand voor acute zorgvragen weer een ander begrip dan voor electieve zorgvragen.

Voor de geografische bereikbaarheid richten wij ons op de volgende acute zorgvormen of zorgaanbieders die acute zorg leveren: huisartsenzorg overdag, huisartsenzorg ANW, verloskundige zorg. De apotheken betrekken we in het vraagstuk rondom de geografische bereikbaarheid van de huisartsenposten. Andere eerstelijnszorgvormen komen niet aan de orde in dit stuk, omdat deze niet of nauwelijks acute zorg leveren en er op dit moment geen aanleiding is om de bereikbaarheid van deze zorgvormen ter discussie te stellen. Wel gaan wij in paragraaf C nader in op de spanning tussen de bereikbaarheid van de eerstelijnszorg in het algemeen en het toenemend aantal (grootschalige) samenwerkingsverbanden.

Welke zekerheden en normen zijn er?

In zijn algemeenheid mag worden aangenomen dat voor alle hulpverleners tot de in artikel 453 van de Wet Geneeskundige Behandeling Overeenkomst (WGBO) geformuleerde plicht van een 'goed hulpverlener' behoort dat de arts nagaat of de patiënt met wie hij een behandelingsovereenkomst wil

aangaan, op een zodanige afstand van de praktijk woont dat hij (alsmede zijn waarnemer) in staat is tijdig hulp te bieden, met name in situaties dat acute hulp is geboden.

Huisartsenzorg

De organisatie van de huisartsenzorg kent een onderscheid tussen de avond, nacht en weekenden en de huisartsenzorg overdag. De huisarts levert overdag zowel acute zorg als electieve zorg, meestal georganiseerd vanuit een eerstelijns samenwerkingsverband of een solo- of duopraktijk. In de avond, nacht en weekenden levert de huisarts alleen acute zorg, die in bijna alle gevallen is georganiseerd in huisartsenposten (99% van de huisartsen is aangesloten bij een huisartsenpost). De huisartsen(post) levert ook de acute zorg voor de psychische problematiek. De huisartsenpost is naast de SEH van het ziekenhuis de plek waar buiten kantooruren mensen met spoedeisende hulpvragen terecht komen. Psychiatrisch spoedeisende patiënten komen, naast de huisartsenpost en de SEH ook op het politiebureau terecht. Huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden wordt over het algemeen geleverd in of vanuit huisartsenposten. Eind jaren negentig bestonden er nog bijna geen huisartsenposten zoals nu. Huisartsen hadden voornamelijk onderlinge afspraken over de waarneming in kleinschalige samenwerkingsverbanden, de zogenoemde huisartsengroepen (HAGRO). Vanwege maatschappelijke veranderingen en de behoefte om de werkdruk van huisartsen te verminderen is in 2001 middels een AMvB de bestaande Huisartsendienstenstructuren (HDS-en) onder de Kwaliteitswet zorginstellingen gebracht en zijn in slechts twee jaar tijd honderd nieuwe huisartsenposten opgericht. De Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) vertegenwoordigt als koepel deze huisartsenposten en -dienstenstructuren. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) vertegenwoordigt de huisartsenzorg.

De veldnormen over de bereikbaarheid van de huisartsenzorg kennen een onderscheid tussen de avond, nacht en weekenden en de huisartsenzorg overdag. De VHN hanteert geen normen ten aanzien van de geografische bereikbaarheid van de huisartsenposten. De LHV heeft in 2001⁷ het 15-minuten criterium verlaten en vervangen door een inspanningsverplichting die eruit bestaat, dat er op regionaal niveau openbare afspraken zijn of worden gemaakt tussen huisartsen en andere partijen zoals ambulances en ziekenhuizen over de afhandeling van spoedeisende hulpvragen (afspraken van moment tot binnenkomst van de hulpvraag tot en met de afhandeling daarvan). In die afspraken moeten worden meegenomen de inzet bij hulpvragen (wie gaat er naar toe), de telefonische bereikbaarheid, de uitrusting onderweg (instrumentarium) en de mobiliteit (bv gebruik maken van busbaan).

Een belangrijke overweging bij het verlaten van de 15-minuten criterium is geweest, dat uit het besluit d.d. 11 april 2001 van de NMa volgt dat door de 15-minuten-eis een geografische marktverdeling zou ontstaan omdat de huisartsen geen cliënten kunnen aannemen dan wel overnemen buiten een straal van 15 minuten van hun praktijk. Volgens de NMa is dit vestigingsbeleid van huisartsen in strijd met de Mededingingswet.

Verloskundige zorg

De verloskundige zorg en daarmee ook de organisatie, is afwijkend van die van en voor de huisartsen. De verloskundige zorg omvat gedurende een klein jaar de intensieve begeleiding van een (gezonde) zwangere mede als voorbereiding op de bevalling en een goede uitkomst hiervan voor moeder en kind. Een belangrijk taakonderdeel voor de verloskundige is de zogenaamde risicoselectie op grond waarvan noodzakelijkerwijs tot verwijzing naar een medisch specialist kan worden besloten. Een belangrijk instrument hierbij binnen de verloskundige keten (verloskundige, huisarts, gynaecoloog en kinderarts) is de zogenaamde verloskundige indicatielijst (VIL). In de organisatie van de verloskundige zorg wordt

⁷ Brief, 10 maart 2003 aan IGZ van KNMG, OvMS, LHV, NVVA, KNOV inzake normen noodzakelijk medische hulp

rekening gehouden met de mogelijkheid dat er een acute situatie kan ontstaan. Gelet op het risico dat dit zich voordoet worden er lokaal dan ook afspraken gemaakt in de zogenaamde verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV) tussen verloskundigen, gynaecologen en veelal ook huisartsen en kinderartsen. Deze afspraken betreffen in ieder geval de zekerstelling dat indien nodig de verloskundige voor haar cliënt, de zwangere, binnen een bepaalde tijdspanne medisch specialistische hulp kan krijgen. Dit zijn acute zorgvragen die zich tijdens de zwangerschap, de bevalling en/of de kraamperiode kunnen voordoen. Indien de zwangere onder begeleiding is van de eerstelijns verloskundige is de organisatie van de verloskundige zorg zo ingericht dat indien nodig de verloskundige *in beginsel* binnen 15 minuten bij de zwangere op haar woonadres kan zijn. Hoewel dit geen harde eis is ligt deze grens van 15 minuten wel als uitgangspunt in interne nota's van de beroepsorganisatie KNOV vast. Toch wordt bij brief van 10 maart 2003 aan de IGZ vermeld dat voor alle partijen (onder andere de Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de LHV en de Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (KNOV)) duidelijk is dat deze norm niet onderbouwd en weinig realistisch is. Ook wordt geconcludeerd dat er weinig evidence bestaat over dit onderwerp.

Is de acute eerstelijnszorg goed bereikbaar?

Huisartsenposten

Uit onderzoek van de IGZ⁸ blijkt dat voor 68% van de mensen een huisartsenpost binnen 15 (auto) minuten te bereiken is en 80% van de mensen kunnen binnen 15 minuten bij een huisartsenpost zijn of SEH zijn. Ongeveer 300.000 mensen dienen meer dan 30 autominuten te rijden om bij een huisartsenpost te arriveren. Er is dus geen onaanvaardbare situatie (0,7% van de bevolking) ten aanzien van de fysieke bereikbaarheid van huisartsenposten. Wel is het van belang om eenduidige geografische normen te hanteren. Wij komen hier later nog op terug.

Ten aanzien van toegankelijkheid van de acute zorg speelt er een vraagstuk over de organisatie van de acute zorg in zijn geheel. Veel cliënten hebben de neiging om met acute zorgvragen niet in eerste instantie naar een huisartsenpost te gaan, maar naar de SEH van een ziekenhuis. Het percentage zelfverwijzers op de SEH van een ziekenhuis is zeer groot (60%). Het is niet duidelijk waarom deze mensen direct naar een ziekenhuis toe gaan, maar wellicht ligt de oorzaak in het feit dat mensen over het algemeen beter weten waar een SEH zich bevindt, in tegenstelling tot een huisartsenpost. Het kan ook zijn dat mensen de urgentie van hun klacht niet goed in schatten of dat er –in tegenstelling tot de SEH- geen vrije inloop bestaat bij de huisartsenposten. Het probleem bij de SEH is dat er sneller medisch specialistische zorg wordt geboden, terwijl dat niet altijd nodig is en dat er een duur DBC-tarief wordt gedeclareerd door het ziekenhuis. Uit onderzoek blijkt dat een groot deel (80%) van deze groep adequaat huisartsgeneeskundig of door verpleegkundigen of middels een zelfzorgadvies geholpen moeten kunnen worden.⁹

Uit onderzoek¹⁰ blijkt dat wachttijd voor cliënten bij thuisvisites in de avond, nacht en weekenden gemiddeld 30 minuten bedroeg en bijna 90% van alle thuisbezoeken vond plaats binnen een uur. Afstand, verkeersdruk, visitedruk en de urgentie van de klacht hadden allemaal significante invloed op de wachttijd.

Huisartsenzorg overdag

⁸ Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003, IGZ: december 2006

⁹ Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands, Giessen, 2006

¹⁰ Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands, Giessen, 2006

Het RIVM heeft onderzoek¹¹ gedaan naar de afstand van de cliënt tot aan de zorgvoorziening. Bijna iedereen in Nederland heeft een huisarts binnen 15 minuten van het woonadres. In de gebieden die niet voldoen aan de 15-minutengrens wonen 145 mensen. De bereikbaarheid van de huisartsenpraktijken is dus zeer goed te noemen. Bij de berekening van de afstand wordt er vanuit gegaan dat iedere cliënt naar de dichtstbijzijnde zorgvoorziening gaat. Uit tabel 1 wordt de afstand weergegeven waarbinnen 80% van de bevolking door een zorgvoorzieningsoort wordt bediend. Voor de huisarts ligt de reikwijdte van de afstand tussen 1,7 en 9,5 km, bij verloskundigen tussen 5,6 en 36,2 km en bij apotheken 1,8 en 6,8 km. Ook hoeft de trend in schaalvergroting binnen de huisartsenpraktijk op termijn geen grote problemen op te leveren¹². Uit een internationale vergelijking blijkt dat Nederland ten aanzien van de regionale spreiding van huisartsen relatief gunstig scoort¹³.

Tabel 1 Afstand voor 80% van de bevolking

Eerstelijnszorg	Kilometers
Huisartsen	1,6
Apotheken	1,7
Verloskundigen	5,5

Verloskundige zorg

Verloskundige zorg is in Nederland goed bereikbaar. In Nederland verlenen drie beroepsgroepen verloskundige zorg: in de eerste lijn zijn dat verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen, in de tweede en derde lijn verloskundigen en gynaecologen. Er zijn op dit moment geen indicaties dat verloskundige zorg niet binnen aanvaardbare tijd kan worden geleverd. Alleen in Zeeuws Vlaanderen en Groningen is echter een lage verloskundigendichtheid te vinden. In paragraaf C gaan wij nader in op het toenemend aantal grootschalige samenwerkingsverbanden en de effecten op de bereikbaarheid en kwaliteit van de zorg daarvan. Wij komen in paragraaf C terug op de bereikbaarheid van de verloskundige zorg in het gebied in Zeeland naar aanleiding van het praktijkvoorbeeld: Zeeuwse ziekenhuizen.

Toekomstig beleid en verbeteringen

De bereikbaarheid van acute eerstelijnszorg is over het algemeen goed in Nederland. Een zeer groot deel van de bevolking kan een zorgaanbieder, in de vorm van een SEH of huisartsenpost, binnen 30 (auto) minuten bereiken om adequaat geholpen te worden. Ook de verloskundige zorg is in Nederland goed bereikbaar. Toch zijn er op een aantal punten nog verbeteringen nodig om de bereikbaarheid in de acute eerstelijnszorg te optimaliseren. Dit is ook gebleken uit de eerder genoemde rapporten van de IGZ van de afgelopen jaren. In een goed functionerende (acute) zorgketen zal de cliënt op die plek in de keten terecht moeten komen waar zijn zorgvraag adequaat en zo doelmatig mogelijk behandeld kan worden. Dit betekent dat de telefonische toegang voor acute zorg eenduidig zal moeten zijn, maar ook zal het voor verzekerden/ cliënten altijd duidelijk moeten zijn in welke acute situatie men naar welke zorgaanbieder/instelling moet gaan en dat de hulp binnen aanvaardbare tijd wordt geleverd. De komende periode willen we de volgende stappen nemen ten aanzien van de bereikbaarheid van de eerstelijns acute zorg.

Stap 1: Eenduidige normen voor acute eerstelijnszorgvragen

¹¹ Reistijd tot dichtstbijzijnde huisarts 2005, Nationale Atlas Volksgezondheid, 2005

¹² Schaal en zorg, een inventariserend naar de relatie tussen schaal, bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg, Instituut voor publieke Sector efficiëntie studies Technische Universiteit Delft, 31 maart 2008

¹³ Schaal en Zorg, Internationale vergelijking, drs. E.G. Brummelman, 10 april 2008

Uit onderzoek¹⁴ blijkt van alle cliëntencontacten 0,7% als levensbedreigend (U1) werd beoordeeld en 76,9% als niet urgent (U4). De ernst van de klacht bleek achteraf mee te vallen: van alle klachten die bij de telefonische triage werden geclassificeerd als urgent (U1- U3), werd bij 29% op basis van de diagnose de urgentie lager geschat. Ook blijkt uit onderzoek van de Utrechtse spoedweek¹⁵ dat het aandeel van de spoedvragen (U1- U2- U3) in het totaal van nieuwe afspraken 8,6% bedroeg bij huisartsenpraktijken. De realiteit die uit dit onderzoek naar voren komt, weerspreekt het idee dat huisartsenzorg buiten kantoor tijd alleen voor urgente situaties bestemd is. Meer dan driekwart van de gemelde problemen bleek niet urgent vanuit medisch perspectief. Daarbij moet worden aangetekend dat de urgentie pas na triage duidelijk is. Patiënten hebben een acute zorgvraag. Door middel van triage wordt vastgesteld hoe urgent deze is en welke vervolgactie nodig is. Een deel van de klachten blijkt dan te kunnen volstaan met een zelfzorgadvies of kunnen wachten tot de reguliere huisartsenzorg overdag. De zorgvrager blijkt in veel gevallen dus niet in staat de ernst van de acute klachten in te kunnen schatten. Eenduidige toegang tot acute zorg is dan ook van wezenlijk belang om de zorgvragen op de juiste plek in de keten te laten komen.

In Nederland zal een eenduidige, goed onderbouwde veldnorm moeten komen voor acute ofwel dringende huisartsenzorg en verloskundige zorg die overdag wordt geleverd en in de avond, nacht en weekenden. We zullen de komende periode de LHV, de NHG, de KNOV en de VHN vragen om binnen een jaar een eenduidige, goed onderbouwde norm te ontwikkelen ten aanzien van bereikbaarheid van de acute huisartsenzorg. Wij verwachten dat partijen de norm naar noodzakelijkheid en proportionaliteit kunnen onderbouwen. De IGZ zal toetsen of dit ook daadwerkelijk zo is. Wij verwachten van verzekeraars dat zij in hun contracten met de zorgaanbieders de (nieuwe) norm volgen en afspraken met aanbieders maken over de invulling van deze normen. Wij verwachten dat in 2012 het veld op basis van deze normen de zorg organiseren. Op basis van deze normen kan het ROAZ ook beter zijn rol invullen bij eventuele witte vlekken. Daarbij willen we de taak van het ROAZ beter beleggen dan nu het geval is. Aan de hand van de komende voortgangsrapportages die we ontvangen van het ROAZ zullen wij u informeren over deze taak omschrijving en wat wij daarmee verwachten van het ROAZ in de toekomst.

Indien blijkt, dat de eerder genoemde partijen geen eenduidige norm ontwikkelen ten aanzien van dit punt of de normen zijn naar de mening van IGZ niet adequaat, dan zullen deze normen door ons op basis van de Kwaliteitswet een dwingende status krijgen.

Voor de hoogste urgentieklasse kan, ook door de verloskundige, een ambulance worden ingeschakeld. De ambulance moet volgens de 45- minuten norm, die is vastgelegd in de WTZi, binnen 15 minuten ter plaatse zijn bij de cliënt. In het Algemeen Overleg ambulancezorg op 29 november 2007 hebben we toegezegd een onderzoek te zullen starten naar de onderbouwing van de aanrijdtijd van 15 minuten. We hebben dit onderzoek inmiddels uitgezet en zullen u hierover tegelijk informeren met de brief aangaande de herijking van het referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg. In de WTZi is tevens vastgelegd dat na stabilisatie van de cliënt de ambulance binnen 20 minuten op de SEH aanwezig moet zijn.

Stap 2: Naar één locatie voor de huisartsenposten en de SEH

¹⁴ Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands, Giessen, 2006

¹⁵ Nieuwsbrief public health 275, Utrechtse spoedweek, 21 oktober 2007

De RVZ adviseert zowel in 2003¹⁶ als in 2008¹⁷ om de huisartsendienstenstructuren op te heffen en te integreren met de afdelingen SEH in de ziekenhuizen. Er komt dan één locatie voor spoedeisende hulp. Volgens de RVZ¹⁸ biedt integratie van de huisartsenposten met de SEH -naast de kwaliteitswinst- een doelmatigheidswinst voordelen vooral door het afhandelen van de klachten van de zelfverwijzers door huisartsen in plaats van door de medisch specialist of SEH-arts. Op dit moment is 40% van de huisartsenposten gevestigd op dezelfde locatie als de SEH.¹⁹ De SEH moet, volgens de RVZ, binnen 30 minuten bereikbaar zijn.

De RVZ ziet de doelmatigheidswinst in een adequate mix van personele bezetting: huisarts, verpleegkundige, nurse practitioner, SEH-arts en ander ondersteunend personeel. De IGZ heeft in haar laatste rapport 'kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003' in 2006 de relevante koepelorganisatie gevraagd criteria te ontwikkelen voor de beschikbaarheid van huisartsen en triagisten op de posten. Hierbij is aangegeven dat rekening moet worden gehouden met het aantal inwoners en de reistijden binnen het verzorgingsgebied. Ook de samenstelling en specifieke problematiek van de populatie is van invloed op verantwoorde personele bezetting. We gaan er van uit dat bij de ontwikkeling van deze criteria – in overleg met andere relevante koepelorganisaties – rekening wordt gehouden met de toekomstige vestiging op één locatie van huisartsenposten en SEHs van ziekenhuizen.

Wij gaan de komende periode met de VHN en de NVZ in overleg om te streven om binnen drie jaar zo mogelijk en waar nodig de SEHs van ziekenhuizen en de huisartsenpost uit die betreffende regio functioneel op één locatie te vestigen. Het op één locatie vestigen van HAPs met SEHs zal consequenties hebben voor de bereikbaarheid van de acute huisartsenzorg. We gaan hier in stap 3 nader op in.

Op de locatie waar acute huisartsenzorg wordt geleverd vinden we het wenselijk dat tevens een uitgiftepunt voor medicijnen, een bezorgdienst voor medicijnen of een apotheekdienst beschikbaar is. Cliënten die na behandeling op de acute zorgpost medicatie nodig hebben, hoeven dan in de avond of nacht geen apotheek te gaan zoeken. In het platform acute zorg zullen we dit tevens aan de orde stellen. Het op één locatie vestigen van de SEHs met de HAPs zal parallel moeten lopen met de keuzes die gemaakt worden ten aanzien van het advies keten acute zorg die de NZa heeft uitgebracht over de wijze van bekostiging hieromtrent. Eind 2008 informeren wij u over het vervolgtraject.

Stap 3: Kleinschalige organisatie acute eerstelijnszorg waar nodig

Vestigen op dezelfde locatie van SEHs van ziekenhuizen en huisartsenposten heeft effect op de huidige spreiding van de acute zorg, geleverd door huisartsen in de avond, nacht en weekenden. Het kan betekenen dat er gebieden zullen ontstaan waar, na het op dezelfde locatie vestigen van SEHs van ziekenhuizen en huisartsenposten, niet kan worden voldaan aan de eerder genoemde norm die er eventueel gesteld zal worden ten aanzien van de geografische bereikbaarheid van de acute huisartsenzorg. De witte vlekken die ontstaan in de bereikbaarheid van de acute huisartsenhulp zullen moeten worden opgevuld door kleinschalige huisartsenposten of satellietlocaties. Satellietlocaties zijn steunlocaties, gehuisvest in een dorp of een wijk, waar tijdens piekdrukke een huisarts en doktersassistente op locatie aanwezig zijn gedurende een beperkt aantal uren. De telefonische triage vindt

¹⁶ Acute zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003

¹⁷ Schaal en Zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2008

¹⁸ Acute zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003

¹⁹ Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003, IGZ, 2006

plaats op de hoofdvestiging. Deze aanvullende kleinschalige vormen van acute eerstelijnszorg zal in overleg en op aangeven van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) plaatsvinden. Op deze wijze bestaat de mogelijkheid om de cliënt een consult aan te bieden dichterbij huis.

In termen van bekostiging dient het mogelijk te worden gemaakt de kleinschalige wijze van organiseren, indien dit geografisch gezien noodzakelijk is, te financieren. Wij zullen de NZa vragen dit aspect mee te nemen in het traject 'bekostiging keten acute zorg', welke de komende periode vervolgd zal krijgen in de vorm van uitvoeringstoetsen en wij informeren u eind dit jaar informeer.

Stap 4: Zelfde richtlijnen en logistieke afstemming van huisartsenposten en ambulancevervoer

Verder is het belangrijk dat huisartsenposten en ambulancehulpverlening elkaar aanvullen door gebruik te maken van dezelfde richtlijnen, training en logistieke afstemming. In het Regionaal Overleg Acute Zorg wordt op dit moment aandacht besteed aan dit thema 'vervoersintegratie'. Via de geplande voortgangsrapportages zal we u hierover verder op de hoogte houden.

2. Telefonische bereikbaarheid van acute huisartsenzorg

Iedereen met een acute medische zorgvraag op het gebied van somatiek, verpleging, verzorging of psychiatrie heeft twee vormen van toegang tot de acute zorgketen. Naast de mogelijkheid van een fysiek bezoek aan een acute zorgverlener (veelal de huisarts, HAP of SEH), kan de cliënt ook via de telefoon toegang krijgen tot de acute zorgketen. Zo kan de cliënt de ambulancemeldkamer (112), de huisarts of de huisartsenpost bellen. Tijdens het eerste telefonische contact wordt de urgentie van de zorgvraag en het daaraan verbonden zorgvervolgtraject beoordeeld (triage).

Telefonische toegang in de zorg is een bereikbaarheidsvorm die van grote invloed is op de cliëntenstromen binnen een keten. Als immers de telefoon niet snel genoeg wordt opgenomen, kan een cliënt bijvoorbeeld besluiten naar de instelling zelf te rijden of zelfs bij een instelling terecht te komen die in de basis niet de aangewezen instelling is die deze zorg zou moeten leveren. Ook is het van belang wie de telefoon opneemt bij een hulpvraag, of nog sterker: hoeveel ervaring en scholing heeft de betreffende hulpverlener om goed in te kunnen schatten welke zorgaanbod bij de betreffende zorgvraag past. Bereikbaarheidsinzicht dient altijd gepaard te gaan met duidelijke normatiek ten aanzien van beantwoordingstijden en de kwaliteit van beantwoording (door wie of wat beantwoord).

Welke zekerheden en normen zijn er?

De beroepsgroep heeft een duidelijke norm vastgelegd voor de huisarts voor het leveren van 24-uurs zorg zeven dagen per week. In de NHG-standaard 'bereikbaarheid/ beschikbaarheid van de huisarts staan richtlijnen geformuleerd ten aanzien van dit onderwerp. Dit zijn de minimale eisen en wenselijkheden voor de huisarts, waarbij het bij de minimale eisen niet gaat om het stellen van de eisen op zich, maar om de consequenties die voortvloeien uit de verschillende onderdelen van de functie van de huisarts. In de praktijk blijkt dat er geen eenduidige normen zijn ten aanzien van de telefonische bereikbaarheid. Dit geldt noch voor de huisartsen, noch voor de verloskundigen. Ook zijn er geen richtlijnen voor het gebruik van Voice Respons Systemen (VRS). De IGZ heeft in haar rapport uit 2006 voor de huisartsenposten wel een maximale wachttijd tot de start van de triage bij een spoedoproep van 30 seconden gesteld. Bij minder spoed 2 minuten. Toch hanteren de koepels weer andere

normen voor spoedoproepen en ook de zorgverzekeraars spreken hun eigen normen af in contracten met zorgaanbieders ten aanzien van de telefonische bereikbaarheid.

Is de acute zorg telefonisch goed bereikbaar?

De IGZ heeft onderzoek²⁰ gedaan naar de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden. De conclusies van dit onderzoek zijn: ondanks dat de telefonische bereikbaarheid bij huisartsenposten is verbeterd, is er nog ruimte voor verdere verbetering. Bij 61% (was 51%) van de huisartsenposten is de wachttijd bij spoedoproepen binnen 30 seconden en bij 90% (was 89%) van de onderzochte huisartsenposten is de wachttijd binnen een minuut. De directe nummers blijven significant beter bereikbaar dan de Voice Response Systemen. Ten opzichte van het eerste rapport van de IGZ met betrekking tot de Voice Response Systemen wordt geconcludeerd dat er weliswaar sprake is van een verbetering, maar bij lange na nog geen sprake van een uniforme, efficiënte en voor de cliënt optimale richting. 46% (was 53%) gebruikt nog steeds 0900-nummers. Deze nummers veroorzaken geen langere wachttijd dan andere reguliere nummers. Uit onderzoek van het NIVEL naar de ervaring van cliënten in 32 huisartspraktijken verspreid over stad en platteland, blijkt dat cliënten over het algemeen tevreden zijn over de toegankelijkheid van de zorg. De CQ-index brengt duidelijke verschillen aan het licht tussen de ene en de andere praktijk, ook als rekening wordt gehouden met de samenstelling van de cliëntenpopulatie. De grootste verschillen werden gemeten in de telefonische bereikbaarheid van de praktijk. Zo geeft 51,8% van de mensen aan 'soms' of 'nooit' binnen 1 minuut iemand van de praktijk aan de lijn te krijgen. Maar dit is een gemiddelde. Tussen praktijken loopt dit percentage uiteen van 18,9 tot 85,6%.

Toekomstig beleid en verbeteringen

We stellen de volgende punten voor om de telefonische toegang te verbeteren.

Stap 1: Naar eenduidige normen voor spoedoproepen

Er moet een eenduidige norm worden gehanteerd voor alle huisartsenzorg, zowel overdag als in de avond, nacht en weekenden voor spoed en minder-spoedoproepen. Daarbij willen wij dat als uitgangspunt wordt genomen de maximale wachttijd die de IGZ²¹ voor de huisartsenposten heeft gesteld voor een spoedoproep van 30 seconden en een niet spoedoproep van 2 minuten.

We zullen de komende periode de LHV, VHN en KNOV vragen binnen een jaar met een eenduidige norm te komen ten aanzien van de telefonische bereikbaarheid van de acute huisartsenzorg en verloskundige zorg. We verwachten van zorgverzekeraars dat zij in hun contracten met de zorgaanbieders deze normen volgen en afspraken met aanbieders maken over de invulling van deze norm. We verwachten dat in 2011 dat het veld op basis van deze normen de zorg organiseren. Indien blijkt, dat bovengenoemde partijen geen eenduidige normen ontwikkelen ten aanzien van dit punt, zullen deze normen door ons op basis van de Kwaliteitswet een dwingende status krijgen

Stap 2: Eenduidige telefonische toegang niet levensbedreigende acute zorgvragen (náást 112)

Eenduidige (regionale) telefonische toegang voor mensen met een niet levensbedreigende acute zorgvraag, verschaft in veel gevallen helderheid en zekerheid. Op dit moment hanteren de huisartsendienstenstructuren over het algemeen hun eigen telefoonnummers. In de praktijk

²⁰ Kwaliteit huisartsenposten verbetert sinds 2003, IGZ, 2006

²¹ Kwaliteit huisartsenposten verbetert sinds 2003, IGZ, 2006

blijkt dat mensen dit nummer over het algemeen niet voorhanden hebben, waardoor er situaties kunnen ontstaan waarbij eerst naar de 'eigen' huisarts wordt gebeld om te achterhalen welk nummer er gebeld moet worden voor de huisartsenpost. Om te komen tot verbetering van de telefonische toegankelijkheid van de acute zorg is bureau ARGO van de Rijksuniversiteit Groningen een landelijk onderzoek gestart. Dit gebeurt in opdracht van de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek zullen wij u informeren over ons toekomstig beleid hierop. Wij verwachten u in het najaar van 2008 hierover te kunnen informeren.

Stap 3: Efficiëntere inrichting van Voice Respons Systemen

Voice Respons Systemen dienen efficiënter te worden ingericht, zodat de beantwoordingstijden (met name bij spoedoproepen) verkort worden en het verwijzen naar andere nummers niet meer voorkomt. Niet beantwoorden of doorverwijzen naar 112 mag niet. Wij zullen dit punt tevens meenemen in de gesprekken die we gaan voeren met de LHV, VHN en KNOV hierover. De IGZ zal hierop toezien en eventueel de betreffende instellingen/beroepsbeoefenaars hierop aanspreken.

Stap 4: Telefonische bereikbaarheid huisartsenzorg overdag verbeteren

Op dit moment doet de IGZ in samenwerking met de NPCF onderzoek naar de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg overdag. In augustus 2008 komen de resultaten van dit onderzoek. Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek zullen we u nader informeren over de te nemen stappen. Uiteraard dient alles in samenhang te worden gezien met de normen die gelden voor de telefonische bereikbaarheid voor de acute huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden die voor het grootste deel op dit moment door de huisartsenposten worden geleverd.

3. Triage van acute zorgvragen

In de keten van acute zorg is de samenwerking tussen aanbieders er vooral op gericht om de cliënt zo snel mogelijk op de juiste plek bij de juiste zorgaanbieder te brengen. De overdracht van de cliënt tussen de verschillende zelfstandige 'zorgketten' kan doelmatiger. Een verdere standaardisering van de triage methodieken die de verschillende zorgaanbieders in de keten gebruiken en een betere overdracht van de voor de behandeling benodigde informatie hebben naar verwachting een positief effect op de snelheid en accuratesse van de cliëntenoverdracht.

Welke zekerheden en normen zijn er?

Op dit moment zijn aanbieders en verzekeraars zelf verantwoordelijk voor een doelmatige organisatie van de zorg en dienen zij onderling afspraken te maken over de standaardisatie van de triage en de overdracht van cliënteninformatie.

Uit onderzoek²² naar triage bij huisartsenposten blijkt dat 70% van de gevallen overeen te komen met de 'gouden standaard'. Van de 30% niet goed ingeschatte cases werd 11% overschat en 19% onderschat. De onderschatting levert potentiële consequenties op voor de veiligheid van zorg. Analyse van deze onderschatte cases laat zien dat de triagisten in deze gevallen onvoldoende zicht hadden op de hulpvraag, te weinig vragen stelden om de urgentiegraad te bepalen en de urgente ziektebeelden onvoldoende herkenden.

²² Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands, Giessen, 2006

Is de triage van voldoende kwaliteit in de eerstelijnszorg?

Eén op de vijf cliënten op de huisartsenpost en één op de tien cliënten bij de SEH van een ziekenhuis wordt doorverwezen naar een andere spoedeisende zorginstelling. En elk jaar komen er zeker 170.000 cliënten met een spoedeisende zorgvraag bij een verkeerde zorginstelling terecht. Dat geeft onderzoek van de NPCF aan.²³

Het reguleringskader (onder meer de WTZi) verplicht zorgaanbieders om binnen de keten van acute zorg samen te werken. Zo bepaalt de WTZi dat aanbieders deel moeten nemen aan het regionale overleg acute zorg. Verzekeraars en zorgaanbieders kunnen bij de zorginkoop met aanbieders afspraken maken over de standaardisatie van de triage en de overdracht van cliënteninformatie.

In april 2005 zijn diverse partijen uit het veld – met financiële ondersteuning van VWS- een project gestart om een systeem voor eenduidige triage en kwaliteitsborging te ontwikkelen. Het Nederlands Triage Systeem (NTS) beschrijft een eenduidig triagesysteem op basis van de medische zorgbehoefte en de context van de cliënt. Invoering van het NTS betekent een belangrijke winst voor de cliënt. Ongeacht het loket waar de cliënt zich meldt, ontvangt hij de juiste zorg van de juiste hulpverlener. Voor de huisartsenzorg betekent de structurele invoering van deze methodiek dat de veiligheid van vooral de hoogste urgentiecategorieën toeneemt. Bovendien faciliteert het NTS samenwerkingsafspraken met de Meldkamer Ambulancezorg en ondersteunt bij de totstandkoming van een gemeenschappelijk triageloket met de Meld Kamer Ambulancezorg (MKA) en ziekenhuizen. Het NTS wordt momenteel toegepast in proefregio's, waarna landelijke implementatie wordt beoogd.

De VHN heeft eind 2004 een gecertificeerde opleiding tot triage-assistent ontwikkeld. Inmiddels is de eerste kennistoets afgenomen bij 550 triagisten en in juni nemen nog eens 800 triagisten deel aan deze toets.

Toekomstig beleid en verbeteringen

De triage dient verder te worden geprofessionaliseerd, zodat het voor de uitkomst van het triageproces niet van belang is op welke plek de acute zorgketen wordt benaderd. In dit kader stelt de NZa²⁴ dat ook meer aandacht geschonken moet worden aan een centralere opleiding en de juiste toepassing van de triagesystemen. Een verbeterde zorginhoudelijke beoordeling in de triage heeft een positief effect op de doelmatigheid bij de afhandeling van zorgvragen in de acute zorgketen.

Aan de hand van de resultaten van de pilot die wordt gehouden ten aanzien van het NTS zullen we u hierover aan het eind van dit jaar informeren. We verwachten tevens dat alle triage-assistenten over 2 jaar over een diploma beschikken van de inmiddels landelijk gecertificeerde opleiding tot triage-assistent. Indien blijkt dat partijen de voorwaarde om als triagist te beschikken over een diploma van deze opleiding onvoldoende stimuleren, zullen we wettelijke maatregelen nemen om de opleiding te verplichten.

Ook zullen we met de VHN in gesprek gaan over de aanbeveling van Giesen (2006) om op een huisartsenpost altijd een tweede veiligheidszeef aan te brengen door de inzet van een getrainde continue beschikbare telefoonarts.

²³ Spoed moet goed. Een onderzoek naar de spoedeisende zorg. TNS NIPO,NPCF, januari 2005

²⁴ Uitvoeringstoets Met spoed!, NZa, februari 2008

Acute Tweedelijnszorg

Hoe staat het met de bereikbaarheid?

De acute ziekenhuiszorg is in Nederland zeer goed bereikbaar: Uit de analyse van het RIVM²⁵ uit 2006 blijkt 98,8% van de Nederlandse bevolking binnen de normtijd van 45 minuten per ambulance toegang te hebben tot de acute ziekenhuiszorg. Uit de onlangs door het RIVM²⁶ uitgevoerde actualisatie met als peildatum 1 januari 2008 blijkt dit percentage verder te zijn gegroeid naar 99,6% .

Uit de Zorgbalans 2008²⁷ blijkt voorts dat het voor 90% van de cliënten geen probleem is om een zorgvoorziening te bereiken. 80% van de Nederlandse bevolking kan binnen 11,7 kilometer een ziekenhuis bereiken. Met dit percentage mensen dat binnen 20 minuten een ziekenhuis per eigen vervoer kan bereiken, ligt Nederland boven het gemiddelde van de EU-25. De Zorgbalans meldt ook dat in 2007 98,2% van de bevolking overdag binnen 30 minuten bereikt kon worden door een mobiel medisch team. In 2006 woonde 0,6% van de bevolking (96.920) meer dan 30 minuten rijden van een spoedeisende hulpdienst. Het gaat hier met name om de Waddeneilanden, Zeeuws-Vlaanderen, Schouwen-Duiveland, Noordoostpolder en enkele delen van Friesland en Noord-Groningen. De Zorgbalans 2008 stelt vast dat ten opzichte van de Zorgbalans 2006 de toegankelijkheid van acute en levensbedreigende zorg licht is verbeterd. Uit een internationale vergelijking valt op dat in Nederland de ziekenhuizen relatief zeer gelijkmatig gespreid gelegen zijn²⁸.

In de analyse van het RIVM is gekeken naar de bestaande ziekenhuislocaties met een afdeling voor spoedeisende hulp die noodzakelijk zijn voor het garanderen van de toegang tot acute zorg binnen de normtijd van 45 minuten, de zogenaamde ‘gevoelige ziekenhuizen’. In bijlage 3 treft u een overzicht aan van deze ziekenhuizen en het aantal mensen waarvoor het ziekenhuis de acute zorgfunctie binnen een bereik van 45 minuten vervult. Dit aantal mensen wordt niet binnen 45 minuten door enig ander ziekenhuis in de omgeving bediend. De kaart in bijlage 4 toont de reistijd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een spoedeisende hulp. Zoals uit het overzicht blijkt bevinden de kwetsbare ziekenhuizen met het grootste aantallen inwoners zich vooral aan de rand van het land.

Dunbevolkte gebieden

Bovenstaande cijfers tonen aan dat de bereikbaarheid van de acute zorg in het algemeen, ook in internationaal perspectief, erg goed is. In specifieke gevallen kan de bereikbaarheid echter toch verslechteren, vaak als gevolg van het streven naar behoud of verbetering van kwaliteit. Door het gebrek aan voldoende zorgvraag (schaalgrootte) in de dunbevolkte gebieden kunnen de praktijkvaardigheden van de artsen niet op peil worden gehouden. De kwaliteit en het resultaat van de ingreep stijgen naarmate die vaker door dezelfde arts en het behorende team verricht kan worden. Daarnaast zet ook het tekort aan voldoende artsen in deze regio's de 7x24 uur beschikbaarheid van bepaalde zorg onder druk.

Veel kleine ziekenhuizen zijn in de laatste jaren van het vorige decennium en de eerste jaren van het huidige decennium gesloten of gefuseerd tot een groter geheel. Dit was een ontwikkeling die gepaard ging met grote maatschappelijke en politieke ontevredenheid.

²⁵ Analyse gevoelige ziekenhuizen RIVM, 2006

²⁶ Analyse gevoelige ziekenhuizen RIVM, 2008

²⁷ Zorgbalans 2008, RIVM, mei 2008

²⁸ Schaal en Zorg, Internationale vergelijking, drs. E.G. Brummelman, 10 april 2008

Vanuit de politiek is destijds een klemmend beroep gedaan op de ziekenhuissector met betrekking tot fusie- en concentratievoornemens, de zogenaamde ‘standstill’. Met de standstill werd de besluitvorming over de levensvatbaarheid van een klein ziekenhuis geblokkeerd. De tijdelijke maatregel van de standstill heeft ertoe geleid dat kleine ziekenhuizen genoodzaakt waren alle ziekenhuisfuncties op de verschillende locaties open te houden.

In de discussie over de bereikbaarheid van zorg in de dunbevolkte gebieden is de verschijningsvorm ‘basisziekenhuis’ van belang. Naar aanleiding van het amendement van het lid Van der Vlies²⁹ is het ‘basisziekenhuis’ nader gespecificeerd en van criteria voorzien, zodat het voorzieningenniveau en de kwaliteit van de basiszorg duidelijk zijn. Het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) heeft in 2003 aangegeven welke poortspecialismen en welke voorzieningen in een basisziekenhuis niet mogen ontbreken. Zo legt een basisziekenhuis zich toe op de veel voorkomende vormen van ziekenhuiszorg van zowel de spoedeisende als de electieve tweedelijnszorg. In een dergelijk ziekenhuis zijn minimaal acht poortspecialismen (interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie, kindergeneeskunde, neurologie, KNO-heelkunde, oogheelkunde en dermatologie) en de onmisbare ondersteunende specialismen (radiodiagnostiek, anesthesiologie, medische microbiologie, klinische pathologie, chemie en neurofysiologie) vertegenwoordigd. Een basisziekenhuis kenmerkt zich verder door het bieden van 24 uren spoedeisende zorg en de aanwezigheid van IC- en ademhalingsfaciliteiten. Om de spoedeisende hulp te kunnen geven moeten zowel de poortspecialismen als de ondersteunende specialismen in voldoende mate aanwezig zijn.

De zorg over de verdere ‘afbraak’ van kleine ziekenhuizen en het verlies aan functies behoort niet tot het verleden. De gevolgen van de onvoldoende vraag naar zorg in de dunbevolkte gebieden is nog steeds actueel. Dit gegeven leidt bij de ziekenhuizen die dit aangaat automatisch tot een herbezinning op het huidige zorgaanbod en tot de vraag welke maatregelen nodig zijn om een kwalitatief en verantwoord voortbestaan en continuïteit van zorg voor de toekomst zeker te stellen. Vanuit hun verantwoordelijkheid menen de kleinere ziekenhuizen dat intensieve samenwerking nodig is en wordt in sommige gevallen een fusie tussen ziekenhuizen zelfs als een onvermijdelijke stap gezien. Hierna wordt een tweetal actuele voorbeelden genoemd die het spanningsveld tussen kwaliteit en bereikbaarheid illustreren.

Zeeuwse ziekenhuizen

Het ziekenhuis Walcheren (Vlissingen en Middelburg) en de Oosterscheldeziekenhuizen (Goes en Zierikzee) werken al enige tijd intensief met elkaar samen om zo schaalvoordelen te behalen die moeten leiden tot het verbeteren van de kwaliteit, verhoging van de efficiëntie en besparing van de kosten. De intensieve samenwerking moet volgens de ziekenhuizen uiteindelijk leiden tot een fusie tussen de beide ziekenhuizen. Dit fusievoornemen is dan ook al enige tijd door de ziekenhuizen in voorbereiding. De fusieplannen gaan uit van een concentratie van belangrijke onderdelen van de ziekenhuiszorg, te weten de acute en complexe zorg, in Goes. Dit voornemen laat de bevolking van Walcheren niet onberoerd. Naast het ‘verdwijnen’ van het ziekenhuizen in zijn volle omvang en de hiermee samenhangende emoties wordt in het bijzonder gewezen op het ongunstige effect op de verloskundige zorg in de regio als de concentratievoornemens van de klinische kindergeneeskunde en de tweedelijns verloskunde in Goes.

²⁹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 27 659, nr. 39

De Oosterschelde regio heeft met 5.821 vrouwen van 15 tot en met 39 jaar per verloskundige in de eerste lijn een lage dichtheid. De lage verloskundigendichtheid in Zeeland wordt door relatief veel klinisch werkzame verloskundigen gecompenseerd. De rol van het ziekenhuis is in deze regio dan ook belangrijk op dit punt. Indien door fusievorming de kindergeneeskunde en gynaecologie wordt geconcentreerd in Goes, betekent dat voor sommige delen van Zeeland (Kop van Walcheren) een verlies aan bereikbaarheid. De inwoners in die gebieden zullen langer moeten reizen om die zorg te kunnen krijgen.

Delfzicht Ziekenhuis

In het verleden heeft het DelfzichtZiekenhuis overwogen de kinderafdeling te sluiten, vanwege een dreigend tekort aan kinderartsen. Een eventueel tekort maakte het voor het ziekenhuis onmogelijk 7x24 uur zorg te garanderen. Daarnaast was het gemiddelde aantal van zes tot acht opgenomen kinderen per week in het Delfzicht ziekenhuis onvoldoende om de expertise van de kinderartsen op peil te houden. Als gevolg hiervan is de continuïteit en kwaliteit van de kindergeneeskunde in het Delfzicht Ziekenhuis in het verleden onder druk komen te staan. Een sluiting van de kinderafdeling in Delfzijl zou ook in deze situatie gepaard gaan met een bereikbaarheidsverlies voor de inwoners in de directe omgeving, die voor deze zorg dan aangewezen zouden zijn op de ziekenhuizen in Groningen of Winschoten. Het ziekenhuis is er inmiddels in geslaagd om structureel nieuwe kinderartsen te werven. De dreiging van tijdelijke sluiting is daarmee voorbij. Tot zover de illustratie.

Voor de spoedeisende hulpverlening blijven we hechten aan een permanente beschikbaarheid van 7x24 uur voor de minimale vereiste poortspecialismen. Dit betekent dat, bij strikte handhaving van deze eis, bij het verdwijnen van een poortspecialisme de spoedeisende hulp van een ziekenhuis ook zou verdwijnen of dat het leidt tot samenwerking of concentratie van kleine ziekenhuizen met andere aanbieders. Hoe dan ook: de kwaliteitseis aan de minimaal vereiste poortspecialismen leidt onlosmakelijk tot een spanning met de bereikbaarheid van acute ziekenhuiszorg in de regio.

Kiezen voor kwaliteit houdt niet alleen in dat mensen een langere reistijd af moeten (en ook waarschijnlijk willen) leggen voor bepaalde zorg. We zien ook in dat het verdwijnen van functies of zelfs het ziekenhuis in zijn volledige omvang van invloed is op de brede maatschappelijke functie die een ziekenhuis vervult voor de omgeving. De keuze voor kwaliteit heeft daarmee bijna altijd gevolgen voor de maatschappelijke functie van een ziekenhuis in de omgeving.

Gelet op de verantwoordelijkheden die we hebben voor zowel de kwaliteit als de bereikbaarheid van zorg zullen we in de kwestie van Zeeland en Groningen, maar ook in vergelijkbare situaties die zich elders in het land voordoen, ons standpunt moeten bepalen. Al eerder tijdens het begrotingsdebat van november 2007 is al aangegeven dat, waar er sprake is van een spanning tussen kwaliteit en bereikbaarheid, wij in principe kwaliteit boven bereikbaarheid verkiezen. Echter, die afweging is pas aan de orde op het moment dat de definitieve informatie over de plannen ten aanzien van de acute zorg in dergelijke situaties beschikbaar is en de kwaliteitsverbeteringen daadwerkelijk kunnen worden beoordeeld.

In de afgelopen periode hebben onze voorgangers belangrijke beleidsmaatregelen genomen om de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg voldoende te waarborgen. Om de ziekenhuiszorg bereikbaar te houden is het zorgsysteem zo ingericht dat de bestaande spoedeisende ziekenhuiszorg op bepaalde locaties die voor de bereikbaarheid van belang zijn, beschikbaar te houden. Het beleid is erop gericht de waarborg van deze publieke belangen te continueren en ook voor de verdere toekomst zeker te stellen. Dat laat onverlet dat het voor bepaalde

zorg, bijvoorbeeld complexe en traumazorg, beter kan zijn verder te rijden met een ambulance dan de dichtstbijzijnde spoedeisende hulpafdeling.

Hierna volgt een overzicht van het huidige instrumentarium dat bij het waarborgen van de publieke belangen gebruikt zal worden.

Welke zekerheden en normen zijn er?

Bereikbaarheidsnorm in de WTZi

Normen voor bereikbaarheid zijn alleen gedefinieerd voor acute zorg. De bereikbaarheid van acute zorg binnen een tijdslimiet van 45 minuten is in de beleidsregels van de WTZi als norm vastgelegd. Deze norm is als volgt opgebouwd. Voor de aanrijtijden van ambulances bestaat een vuistregel van 15 minuten; professionele hulp is dus meestal binnen 15 minuten bij de cliënt aanwezig. Voor het beoordelen, stabiliseren en gereed maken voor het vervoer van de cliënt zijn 5 minuten gerekend. Er blijft dan een netto-rijtijd van 25 minuten over voor het vervoer van de cliënt van de plaats van het ongeval naar een ziekenhuis met een SEH. Veel is uiteraard afhankelijk van de geografische omstandigheden en het aanwezige zorgaanbod. De regionale zorgaanbieders hebben op grond van de WTZi de verplichting om de toegang naar acute zorg in de regio zo te organiseren en/of te wijzigen dat voldaan wordt aan de vastgestelde bereikbaarheidsnorm van 45 minuten. Via het eveneens in de WTZi verankerde Regionaal Keteno verleg Acute Zorg krijgen de regionale partijen in deze constructie de mogelijkheden om in plaats van een volledige ziekenhuisfunctie open te houden, te kiezen voor uitbreiding van ambulancezorg en/of een opgewaardeerde huisartsenpost.

De WTZi biedt een aantal belangrijke handhavingsbevoegdheden. Indien sprake zou zijn van een overtreding van de toelating, dan biedt de WTZi de mogelijkheid van bestuursdwang en, indien dat nodig zou zijn, de mogelijkheid om de toelating in te trekken. Als er geen andere mogelijkheden zijn, kunnen wij aan de toelating het voorschrift verbinden dat een bepaalde instelling bijvoorbeeld zijn spoedeisende eerste hulp moet openhouden op een bepaalde locatie. Dit is een laatste redmiddel als regionale afspraken echt niet blijken te werken, geen andere mogelijkheden zijn en als publieke belangen als gevolg hiervan aantoonbaar in het gedrang komen.

Regionaal Keteno verleg Acute Zorg (ROAZ)

Eerder in deze brief bent u geïnformeerd over de functie van het ROAZ. Het ROAZ blijkt ook een forum waar partijen met elkaar niet alleen de toegankelijkheid en bereikbaarheid bewaken, maar vooral ook de (keten)kwaliteit van de acute zorg proberen te verbeteren. Het ROAZ is derhalve een bestuurlijk forum, waar partijen met elkaar de kwaliteit en bereikbaarheid van ook de acute tweedelijns zorg op regionaal niveau (veiligheidsregio c.q. traumaregio) moeten bewaken en bevorderen. In het stuk over de eerstelijnszorg is reeds aangegeven welke verbeteringen ten aanzien van het ROAZ zullen worden doorgevoerd.

Pilot mobiel medisch team-netwerk

De elf traumacentra in Nederland beschikken over een team dat ingezet kan worden bij ernstige ongevallen, het zogenaamde mobiel medisch team (MMT). De vier traumacentra die over een helikopter beschikken, beschikken over een paraat MMT, dat binnen twee minuten ingezet kan worden. De overige centra beschikken over een beschikbaar team, waarvan de inzettijd langer is en dat met de auto naar de plaats van het ongeval wordt vervoerd.

Beschikbaarheidsstoeslag kleine ziekenhuizen

Ter versterking van de positie van de kleine ziekenhuizen hebben onze voorgangers het mogelijk gemaakt om kleine ziekenhuislocaties een toeslag te geven om bestaande spoedeisende ziekenhuiszorg voor de toekomst beschikbaar te houden. Het doel van deze specifieke beschikbaarheidstoelage is om bestaande spoedeisende ziekenhuiszorg op locaties die voor de bereikbaarheid noodzakelijk zijn, beschikbaar te houden. De beschikbaarheidstoelage voor kleine ziekenhuizen wordt verstrekt aan ziekenhuislocaties met een klinische adherentie van minder dan 72.500 inwoners met een afdeling spoedeisende hulp die van belang zijn voor de ziekenhuiszorg binnen 45 minuten. Negen ziekenhuizen ontvangen op dit moment een beschikbaarheidstoelage (zie bijlage 5). Deze betrof gemiddeld 1,5 miljoen euro per ziekenhuis, met een verdeling variërend van circa 0,4 miljoen tot 3,8 miljoen euro.

De RVZ pleit³⁰ voor het afschaffen van beschermingsconstructies voor kleine ziekenhuizen. De beschikbaarheidstoelage betreft een dergelijke beschermingsconstructie die we, in tegenstelling tot hetgeen de RVZ adviseert, ook in de toekomst willen blijven handhaven. Besloten is dat het grootste deel van de zorg in 2009 bekostigd zal blijven via de FB-systematiek. De beschikbaarheidstoelage blijft in 2009 dus ook bestaan. Uit het eerder genoemde onderzoek van het RIVM blijkt dat het aantal 'gevoelige' ziekenhuizen aanmerkelijk gedaald is. Zes van de negen ziekenhuizen die in 2008 een beschikbaarheidsvergoeding ontvangen, zijn niet meer gevoelig. Wij zullen de NZa vragen deze nieuwe informatie bij de toepassing van de betreffende beleidsregel te betrekken.

Zoals beschreven in de brief 'Waardering voor betere zorg' mag de beschikbaarheid van acute zorg niet in het geding komen. Het leent zich om die reden niet voor vrije prijsvorming en zal in het systeem van prestatiebekostiging dan ook afzonderlijk bekostigd worden. Om ook in het systeem van prestatiebekostiging tot een rechtvaardige differentiatie van deze ziekenhuizen te komen dienen nieuwe criteria en normwaarden gevonden te worden die passen in het systeem van prestatiebekostiging. De beschikbaarheidstoelage dient het tekort aan productie dat deze ziekenhuizen hebben te compenseren zodat personeel en infrastructuur beschikbaar blijven om de SEH 7 x24 uur open te houden. Momenteel wordt samen met enkele kleine ziekenhuizen gewerkt aan de ontwikkeling van die differentiatie.

Levelindeling Spoedeisende hulp

In mei 2007 is aan het veld, vertegenwoordigd in een speciale werkgroep, opdracht gegeven een set van landelijke toepasbare objectieve criteria te ontwikkelen voor de afdelingen spoedeisende hulp van ziekenhuizen. De criteria hebben betrekking op de minimale kwaliteit waaraan een basis en een top SEH van een ziekenhuis moeten kunnen voldoen. We zullen deze criteria gebruiken om de kwaliteit van de spoedeisende hulpverlening in ziekenhuizen te verbeteren en te handhaven in de toekomst. Deze maatregel is noodzakelijk om onverantwoorde situaties in de praktijk verder terug te brengen. Na ontvangst van de criteria kan worden toegewerkt naar een spoedige landelijke invoering. Hiermee wordt aangesloten bij het advies van de RVZ om wettelijke kwaliteitseisen vast te stellen aan het verlenen van acute zorg op de SEH.

Het is tegelijkertijd noodzakelijk dat in het belang van de cliënt per regio inzicht komt in het niveau van spoedeisende zorg dat elk ziekenhuis op dit moment kan leveren. Het ROAZ neemt hierin het voortouw en zal binnenkort met dit regionale overzicht komen.

³⁰ Schaal en Zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2008

De ontwikkeling van de kwaliteitsprofielen verkeert in een vergevorderd stadium en wordt momenteel besproken met de belangrijkste partijen in het veld. We zullen u na de zomer in een aparte brief hierover informeren.

Borging kwaliteit in ziekenhuizen

Alle instellingen zijn verplicht verantwoorde zorg te leveren. Dit is vastgelegd in de Kwaliteitswet zorginstellingen, die sinds 1 april 1996 van kracht is. Deze wet is een kaderwet, en is van toepassing op alle zorgsectoren. Zorginstellingen krijgen binnen deze wet de ruimte om hun eigen kwaliteitsbeleid, afgestemd op de behoeften van hun cliënten, verder te ontwikkelen.

Ook hebben de artsen zelf de verantwoordelijkheid te zorgen voor hun professionele kwaliteit. Wetenschappelijke verenigingen ontwikkelen bijvoorbeeld richtlijnen, zorgen voor nascholing, herregistratie en visitaties.

Kwalitatief verantwoorde zorg mag niet meer vrijblijvend zijn. Met de brief Koers op kwaliteit³¹ is al aangegeven dat het kwaliteitsbeleid zich op drie pijlers richt, namelijk *transparantie*, *cliëntgerichtheid* en *veiligheid*. De stand van zaken op deze drie speerpunten is uiteengezet in de voortgangsrapportage kwaliteit die eind maart naar de Kamer is gestuurd.

Bij dit beleid past een sterke toezichthouder. De IGZ houdt toezicht op verschillende manieren. Zo is in samenwerking met de NVZ, de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU) en de Orde van Medisch Specialisten de 'basisset prestatie indicatoren' ontwikkeld. Deze basisset wordt jaarlijks aan de ziekenhuizen voorgelegd. Ieder jaar stelt de IGZ daarover andere vragen.

Om het toezicht aan te scherpen is de IGZ verzocht haar toezichtsnorm zoveel mogelijk te expliciteren, liefst op basis van door het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Vervolgens zal de IGZ duidelijk maken hoe zij die norm handhaaft (handhavingskaders en plannen). Het moet duidelijk worden wat de veiligheidsnorm is en hoe die gehandhaafd wordt. Zo zal bijvoorbeeld moeten worden toegezien of een minimum aantal operaties dat vanuit het oogpunt van kwaliteit noodzakelijk is wordt gehaald. Ook de RVZ adviseert de ontwikkeling van normen voor een minimumaantal verrichtingen/behandelingen per jaar te stimuleren en vervolgens te handhaven.

Toekomstig beleid en verbeteringen

Het ingezette instrumentarium en beleid hebben er toe geleid dat er veel is verbeterd op het gebied van de bereikbaarheid en kwaliteit van zorg. Desondanks blijft aandacht voor verbetering op deze gebieden nodig. Om die reden is een aantal trajecten in gang gezet dat moet resulteren in een verdere structurele verbetering van de bereikbaarheid en kwaliteit voor de toekomst. We gaan hier nader op in.

Structurele invulling van een landelijk dekkend Mobiel Medisch Team-netwerk

Op basis van de resultaten van de pilot 'Nachtelijk inzet MMT met helikopter' hebben we besloten tot een structurele invulling van een landelijk dekkend MMT-netwerk. Dit bestaat uit vier 24-uurs parate teams, dat overdag en voor belangrijke delen van de avond en nacht, de beschikking heeft over een helikopter en/of een grondgebonden medisch mobiel team waarmee, afhankelijk van tijdstip en omstandigheden, tussen de 82% en 99% van de Nederlandse bevolking binnen 30 minuten adequate medisch specialistische hulp ter plekke kan worden geboden en zonodig snel vervoerd kan worden naar het ziekenhuis waar de

³¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 28439, nr. 98

aangewezen behandelingscapaciteit voorhanden is. Vanwege de hoge paraatheid blijft de inzet van dit team niet alleen beperkt tot traumazorg, maar wordt bijvoorbeeld ook inzet geboden bij (kinder)reanimatie en andere non-traumaindicaties, waar een snelle specialistische behandeling geboden is. Tijdens de avond en nacht blijft dit parate MMT-netwerk beschikbaar. Dan wordt een dekkingsgraad van 60-64% gerealiseerd. Naast MMT-inzet wordt altijd ook een ambulance ingezet, zodat iedere cliënt binnen 15 minuten al zo adequaat mogelijk zorg kan ontvangen. De inzet van traumahelikopters vergroot hiermee de beschikbaarheid van medisch-specialistische zorg binnen 30-45 minuten. Het MMT-helikopter-netwerk vormt daarmee, in aanvulling op de ambulancezorg, de acute zorg op huisartsenposten en die in ziekenhuizen, een extra schakel, die urgente zorg voor grote delen van Nederland binnen de vereiste tijd bereikbaar maakt.

Verloskunde

Eerder in de brief is aangekondigd, dat wij partijen zullen vragen normen te ontwikkelen ten aanzien van de bereikbaarheid van de verloskundige zorg.

Acute geestelijke gezondheidszorg

De acute geestelijke gezondheidszorg is een speciale vorm van acute zorg. Acute geestelijke gezondheidszorg kan zowel op vrijwillige basis als gedwongen plaatsvinden op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz). Over het algemeen doet acute geestelijke gezondheidszorg zich voor bij mensen die als gevolg van een psychische stoornis een gevaar voor zichzelf of anderen vormen. Als een persoon ter voorkoming van gevaar voor zichzelf of anderen tegen zijn wil wordt opgenomen, kan dit alleen op grond van de criteria van de Wet bopz plaatsvinden. Acute ggz wordt geleverd door de crisisdienst van de GGZ (is tweedelijnszorg), die op verwijzing/verzoek van de huisartsen(posten) en politiebureaus, verpleeghuizen, ziekenhuizen ingeschakeld kan worden. Ook kan op verzoek van de eerstelijns acute geestelijke gezondheidszorg thuis geleverd worden.

Welke zekerheden en normen zijn er?

De Wet bopz regelt de gedwongen opneming en (gedwongen) behandeling van psychiatrische patiënten, die een gevaar voor zichzelf, anderen of hun omgeving vormen met als doel het wegnemen van het gevaar dat door de geestesstoornis wordt veroorzaakt. Er zijn verschillende instrumenten om iemand gedwongen op te nemen te weten een Inbewaringstelling, een Voorlopige Machtiging, een Machtiging op eigen verzoek, een Observatiemachtiging en een Zelfbindingsmachtiging.

Een Bopz-patiënt kan alleen opgenomen worden wanneer de zorgaanbieder daarvoor een aanmerking in het kader van de Wet bopz heeft (Artikel 1, lid 1 onder h van de Wet bopz). De Bopz-aangemerkte instelling, afdeling of locatie moet gericht zijn op behandeling, verpleging en verblijf van personen die gestoord zijn in hun geestvermogens en dient mede geschikt te zijn voor personen die met een Inbewaringstelling, een Rechterlijke Machtiging, een Observatiemachtiging, een Zelfbindingsmachtiging of met een strafrechtelijke titel, genoemd in artikel 51 Wet bopz, zijn opgenomen in de instelling, afdeling of locatie van een psychiatrisch ziekenhuis. De beleidsregels van de WTZi stellen als voorwaarde dat elke GGZ-aanbieder (inclusief de verslavingszorg) die verblijf biedt en zich richt op de behandeling van mensen met psychiatrische cq. verslavingsproblematiek alsmede de opnames op grond van de Wet bopz verzorgt, dient te beschikken over separeerruimten en voldoende opname/crisisbedden.

Als sprake is van een levensbedreigende situatie of van een situatie waarbij uitstel van hulp ernstige gevolgen heeft voor de gezondheid dan gelden voor de geestelijke gezondheidszorg de bereikbaarheidsnormen als in de somatische tweedelijnszorg. Via het in de WTZi verankerde ROAZ worden afspraken gemaakt over voldoende plaatsen in de regio (zie voor toelichting paragraaf A). Dit betekent dat binnen het ROAZ voor de hele keten van de acute ggz het regionale aanbod wordt afgestemd tussen GGZ-aanbieders.

Acute patiënten – in veel gevallen gaat het dan om een inbewaringstelling (ibs) in het kader van de Wet bopz - moeten altijd tijdig terecht kunnen. In de Wet bopz zijn normen opgenomen over de bereikbaarheid van zorg aan personen die met een rechterlijke machtiging of met een inbewaringstelling worden opgenomen. In de wet is een periode vermeld waarbinnen de persoon die voor een gedwongen opname in aanmerking komt, ook daadwerkelijk opgenomen moet zijn. In het geval de ggz instelling die de persoon moet opnemen niet tot opname is overgegaan, kan de betrokken ggz-instelling verplicht worden om tot opname over te gaan. Op deze wijze is in de Wet bopz gewaarborgd dat de persoon die voor een gedwongen opname in aanmerking komt ook daadwerkelijk wordt opgenomen en de zorg ontvangt die noodzakelijk is om het gevaar af te wenden.

Bij niet-acute ggz, maar wél een onvrijwillige opname, is de bereikbaarheid minder stringent geregeld dan bij een acute ibs-opname.

De beschikking van de rechter waarbij een voorlopige machtiging of een machtiging tot voorgezet verblijf is verleend zijn beide bij ‘voorraad uitvoerbaar’ en dit betekent dat de persoon direct na de uitspraak van de rechter gedwongen opgenomen kan worden. Bij de gedwongen opname door middel van een voorlopige machtiging kan de officier van justitie de ggz instelling het bevel geven om tot opname over te gaan indien de patiënt niet binnen een week is opgenomen (artikel 10, tweede lid, van de Wet bopz). Niet bekend is hoe vaak het voorkomt dat er een bevel tot opname wordt afgegeven.

Bij een acute crisissituatie zal er een ibs worden gelast door de burgemeester. Bij een ibs is de noodzaak tot gedwongen opname meer acuut dan bij een rechterlijke machtiging. De zorg dient binnen een dag beschikbaar te zijn voor een patiënt aan wie een ibs is verleend. In de wet is in artikel 24 van de Wet bopz bepaald dat de burge meester aan de ggz instelling een bevel kan afgeven om tot opname over te gaan indien de ggz instelling niet binnen 24 uur na afgifte van de last tot ibs tot opname van de persoon is overgegaan.

Kwaliteit

Net als in de somatische tweedelijnszorg zijn alle ggz-instellingen op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht om verantwoorde zorg te leveren. Een belangrijk instrument om de kwaliteit in de ggz op het gewenste niveau te houden zijn de multidisciplinaire richtlijnen in de ggz. Voor de meeste belangrijke psychische stoornissen zijn de laatste jaren multidisciplinaire richtlijnen opgesteld door de beroepsgroepen. Zo zijn er bijvoorbeeld de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie, de richtlijn depressie en de richtlijn ADHD. Alleen in de richtlijn schizofrenie is bereikbaarheid een apart onderwerp; van bepaalde groepen schizofreniepatiënten is 24uurs bereikbaarheid noodzakelijk.

Om de kwaliteit van de geleverde ggz-zorg meetbaar en inzichtelijk te maken zijn sinds 2006 voor de ggz en verslavingszorg een speciale basisset prestatie indicatoren beschikbaar. Inmiddels is er een herziene basisset prestatie indicatorenset 2007 – 2008 beschikbaar voor de ggz en verslavingszorg. Ggz- en verslavingszorginstellingen zijn sinds 1 januari 2008

verplicht de basisset prestatie indicatoren aan te leveren, waardoor onderlinge vergelijking van de kwaliteit van ggz- en verslavingszorginstellingen mogelijk is.

Hoe staat het met de bereikbaarheid?

Er zijn ons geen signalen bekend dat de acute GGZ niet goed bereikbaar is.

Acute zorg AWBZ

Bereikbaarheid van acute zorg in de care is van een andere orde dan in de cure.

Bereikbaarheid van acute zorg is in de care niet kritisch in termen van minuten of uren. Een crisisopname in een intramurale voorziening of spoed in de thuissituatie dient 'vandaag' plaats te vinden en een spoedopname uiterlijk binnen enkele dagen. 'Aanrijtijd' is daarom in de care geen thema. Daarentegen is wel van belang dat er altijd goede crisis- plaatsen beschikbaar zijn in de intramurale instellingen en dat er goede procedureafspraken zijn tussen de betrokken aanbieders van zorg (en soms de rechterlijke macht) om in geval van crisis bij een cliënt adequaat op te treden. In geval van een crisis waarbij direct handelen vereist is, geldt op grond van het Zorgindicatiebesluit (art 16) de landelijke werkwijze spoedzorg. Deze afspraken zijn gemaakt tussen het CIZ, de zorgkantoren (ZN) en de Nza waarbij onmiddellijke inzet van zorg eventueel inclusief verblijf kan worden ingezet. De indicatie dient daarbij binnen 2 weken achteraf te worden gesteld. Deze werkwijze is ook van belang in geval van palliatieve zorg.

Op grond van de beleidsregels WTZi dient in elke regio voldoende capaciteit aanwezig te zijn voor de opvang van mensen met (ernstige) beperkingen in crisissituaties. Het zorgkantoor is ten behoeve van crisisopname verantwoordelijk voor voldoende capaciteit in de regio, zowel in de V&V sector als in de gehandicaptensector. Het zorgkantoor dient voldoende capaciteit van zorg met verblijf te contracteren voor cliënten in crisissituaties en dient er zorg voor te dragen dat de zorgaanbieders in onderlinge afstemming deze crisisplaatsen beschikbaar houden. Daar waar crisiszorg kan volstaan (dus zonder opname), dient het zorgkantoor ervoor te zorgen dat in de thuissituatie van de cliënt voldoende zorg geleverd wordt. Er zijn geen signalen dat de crisisopvang te kort schiet.

In geval er bij cliënten van de thuiszorgorganisatie een crisis ontstaat is de eerste weg die naar de huisarts. De huisarts is immers de eerst verantwoordelijke voor de medische zorg. In geval cliënten van de thuiszorgorganisatie naast de planbare zorg die wordt verleend ook onplanbare zorg ontvangt, beschikt de cliënt over een directe verbindingsmogelijkheid met de zorgorganisatie, een alarmknop of een andere directe verbinding, waarmee contact kan worden gelegd met de thuiszorgorganisatie. Alarmopvolging in deze situaties kan worden vergeleken met die bij intramurale opname en deze is genormeerd via de (veld-) normen voor verantwoorde (intramurale) zorg. Dit is een verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders. Dit zorgaanbod is volop in ontwikkeling en er is nog weinig bekend over de kwaliteit van deze alarmopvolging. Wij zullen de IGZ vragen de kwaliteit van alarmopvolging te monitoren en afhankelijk van de resultaten hierop beleid ontwikkelen.

C. Electieve zorg

De electieve zorg valt uiteen in de curatieve en de langdurige zorg. Electieve zorg is zorg waarvan het, in tegenstelling tot acute zorg, medisch verantwoord is om de behandeling enkele dagen tot weken uit te stellen. Het ontbreken van het spoedeisende karakter biedt

zorgvragers doorgaans voldoende tijd om op basis van bijvoorbeeld de criteria afstand, kwaliteit, kosten of toegangstijd een zorgaanbieder uit te zoeken en zich daar te laten behandelen. Deze vorm van zorg laat zich goed plannen en biedt de zorgaanbieder daarom veel ruimte om de zorg doelmatig te organiseren.

Eerstelijnszorg

Meer samenhang door samenwerking, steeds meer lokaal maatwerk

Uit onderzoek van het Nederlands instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg³² blijkt dat er de afgelopen jaren sprake is van meer samenwerking en schaalvergroting in de eerstelijnszorg. Samenwerking in de eerstelijnszorg, ook multidisciplinair, om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Het aantal huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten in solopraktijken is sterk afgenomen ten gunste van groepspraktijken. Uit de monitor blijkt dat 'het samen met andere disciplines op één locatie gevestigd zijn' al relatief gangbaar is binnen huisartsenpraktijken. Inmiddels is in de helft van alle huisartsenpraktijken in Nederland minimaal één andere discipline op dezelfde locatie gevestigd.

Dynamische eerstelijnszorg

In de brief 'dynamische eerstelijnszorg'³³ is nader ingegaan op de ontwikkelingen die op de eerstelijnszorg af komen en noodzaak voor een optimale positie van de eerstelijnszorg te bereiken én te behouden. Ook geven we aan dat eerstelijnszorg dicht bij huis en makkelijk bereikbaar moet zijn. Het beleid is erop gericht een dynamische eerstelijnszorg te creëren. Dynamisch in de zin van klantgericht, innoverend en investerend. Die dynamiek moet leiden tot aantoonbaar betere zorg. Lokaal wordt op diverse wijze invulling gegeven om naar behoefte zorg in te kopen, te innoveren en verbetering van kwaliteit te stimuleren.

Op het gebied van bereikbaarheid en capaciteit zijn er de afgelopen jaren positieve ontwikkelingen. De fysiotherapeutische zorg is direct toegankelijk geworden voor cliënten en per 1 januari 2005 zijn de tarieven voor fysiotherapie vrijgegeven. Per juli 2008 gaat deze maatregel ook voor oefentherapeuten gelden. De verwachting is dat door vrije prijsvorming fysiotherapeuten en oefentherapeuten meer zullen inspelen op de wensen van de cliënt. Bij dit laatste kan worden gedacht aan een verruiming van de openstellingstijden, klantvriendelijke vestigingslocaties en een betere algehele serviceverlening. In juli van dit jaar ontvangt u tevens onze reactie op de motie Omtzigt c.s.³⁴ waarin wij de belemmeringen voor substitutie van zorg van de tweede- naar de eerstelijns in kaart brengen en aangeven wat wij, gegeven onze mogelijkheden, zullen doen om deze belemmeringen weg te werken.

Meer specialisaties in de eerstelijnszorg, zorg rondom chronisch zieken

De organisatie van de eerstelijnszorg verandert doordat eerstelijnszorgaanbieders vaker de actieve zorg voor mensen met een chronische ziekte op zich nemen of zich gaan specialiseren op het gebied van bijvoorbeeld kleine chirurgische ingrepen. Deze ontwikkelingen leiden steeds vaker tot een regionale of lokale centralisering van zorg in geïntegreerde samenwerkingverbanden. De RVZ heeft in haar advies³⁵ erop gewezen dat de ontwikkeling van een goed georganiseerde en geïntegreerde eerste lijn absolute voorwaarde is voor vorderingen op het terrein van disease management en ketenzorg. Ook wordt de scheidslijn tussen de tweedelijnszorg en de eerstelijnszorg steeds vager. Meerdere tweedelijns GGZ aanbieders leveren nu ook eerstelijns GGZ zorg en/of ondersteuning aan de huisarts. In Ridderkerk staat bijvoorbeeld een gezondheidscentrum waar meerdere zorgverleners onder een dak werken. In dit centrum zijn niet alleen eerstelijnszorgverleners te vinden, maar ook de

³² Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn, Hansen J., Nuijen T., Hingstman L., NIVEL, 2007

³³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr. 56

³⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 689, nr. 170.

³⁵ Schaal en Zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2008

polikliniek van het ziekenhuis. Het centrum heeft zelfs een naam voor de nauwe samenwerking tussen de eerste en tweede lijn: anderhalvelijnszorg. Ze noemen het ook wel vloeiendelijnszorg om aan te geven dat de traditionele scheidslijnen verdwenen zijn.

Er zijn meer initiatieven waarbij zorg- en welzijnsorganisaties uit de regio worden gecentraliseerd. Het ziekenhuis komt dan alleen in beeld als het noodzakelijk is. Huisartsen in een dergelijk centrum, die zich gespecialiseerd hebben in een bepaald ziektebeeld, kunnen dan elkaars cliënten behandelen. Dat kan een onnodige verwijzing naar de tweede lijn voorkomen. Er komt steeds meer samenwerking rond COPD, hartfalen, diabetes, psychosociale en arbeidsgerelateerde problematiek en ouderdomsproblemen in de eerstelijnszorg, maar ook samen met de tweedelijnszorg. Het creëren van multidisciplinaire samenwerking biedt een aantal mogelijke voordelen. Het leidt tot kortere lijnen en meer contact tussen hulpverleners. Ook hebben zij hiermee meer kennis van elkaars kwaliteiten, ontstaat er een betere door- en terugverwijzing en een betere onderlinge communicatie en informatievoorziening³⁶. In het gezondheidscentrum in Ridderkerk houden enkele specialisten van het Albert Schweitzerziekenhuis spreekuur. Ook gaan een Rook Stop Poli en het Consultatiebureau Ouderen spreekuren in het centrum Ridderkerk organiseren. Daarnaast krijgt de diagnostiek ook een plek. Mensen kunnen er terecht voor functieonderzoek, laboratoriumonderzoek en radiologie. Kortom, de eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg zijn volop in ontwikkeling.

Welke zekerheden en normen zijn er?

Voor de electieve en chronische zorg zijn geen (geografische) bereikbaarheidsnormen ontwikkeld. Wel zijn in 2000 in het zogeheten Treek-overleg door ziekenhuizen, huisartsen en medisch specialisten streefnormen voor onder andere de beschikbaarheid van niet-spoedeisende hulp vastgesteld, maar ook binnen welke tijd een huisartsenconsult moet plaatsvinden. Deze streefnormen hebben betrekking op de lengte van de wachtlijst en de wachttijd van alle typen zorg en zijn daarmee van invloed op de beschikbaarheid van de zorg. De treeknorm voor electieve huisartsenzorg is 2 dagen. Wie 's morgens een huisarts belt, kan bij 97% van de huisartsen dezelfde of anders de volgende dag terecht. Wanneer dit in internationaal verband wordt beschouwd dan is dat zonder meer gunstig. In landen met een vergelijkbaar poortwachterssysteem is een wachttijd van meer dan twee dagen heel gebruikelijk³⁷.

Hoe staat het met de bereikbaarheid?

Door de ontwikkeling van meer diverse zorgvormen is de zorggebruiker niet meer alleen aangewezen op de zorg in het ziekenhuis, maar krijgt zo de beschikking over verschillende keuzemogelijkheden, ook in de eerstelijnszorg. De initiatieven die in het veld worden ontwikkeld verbeteren niet alleen de kwaliteit van zorg maar brengen de zorg in veel gevallen ook dichterbij de cliënt bijvoorbeeld via wijkpoli of steunpunten. Dit heeft een gunstig effect op de bereikbaarheid en de keuzevrijheid van zorgvragers ten aanzien van de electieve zorg.

Bereikbaarheid electieve eerstelijnszorg

Op dit moment zijn er geen indicaties dat er in de electieve eerstelijnszorg onaanvaardbare bereikbaarheidsproblemen zijn. De toenemende dynamiek in de eerstelijnszorg en de ontwikkelingen richting meer specialisaties leidt ook tot centralisering van zorg. Het centraliseren van eerstelijnszorg in samenwerkingverbanden leidt onvermijdelijk tot grotere reisafstanden van cliënten. Wij zijn van mening dat voor de chronische zorg of specialistische eerstelijnszorg, waarbij een integrale aanpak noodzakelijk is om goede kwaliteit van zorg te leveren of zorg die minder eenvoudig uitvoerbaar is, een grootschalig centrum erg

³⁶ Oude beelden, nieuwe koers. Samen werken aan patiëntgerichte eerste lijn. Presentatie Congres twee jaar in LOVE, Bensing, J.M., 2007

³⁷ Staat van huisartsenzorg, NIVEL, 2006

faciliterend kan zijn. Uiteraard heeft deze wijze van organiseren gevolgen voor de geografische bereikbaarheid van de zorg, want de patiënt moet immers verder reizen voor goede zorg. Anderzijds is de (fysieke) bereikbaarheid binnen de keten van zorg juist weer optimaler, want een cliënt kan immers in dergelijke gevallen binnen eenzelfde centrum van bijvoorbeeld de huisarts naar een fysiotherapeut voor een afspraak.

De keuze die gemaakt wordt om het grootschaliger te organiseren, om zodoende betere kwaliteit van zorg te leveren, vinden wij een logische. Daarbij is het wel van belang dat de zorg binnen 'redelijke afstand' van de cliënt moet worden geleverd. Wij verwachten dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars hier zelf voldoende bewust van zijn en daarbij hun eigen beleid hebben ten aanzien van dit bereikbaarheidsvraagstuk. Indien door grootschalige organisatie van de eerstelijnszorg de zorg niet meer in redelijke afstand van de cliënt – en dus dicht bij huis – kan worden geleverd, kan bijvoorbeeld worden gedacht aan bepaalde steunpunten in de wijk waar huisartsen spreekuren kunnen houden of het gebruik van e-health. E-mental health ontwikkelingen laten zien dat bepaalde vormen van psychische hulp geleverd kunnen (gaan) worden op het moment dat de patiënt dat zelf bepaalt, achter zijn eigen computer. Wij verwachten dat partijen zelf aanvaardbare normen zullen ontwikkelen ten aanzien van de bereikbaarheid van de electieve zorg die wordt geleverd vanuit de grootschalige samenwerkingsverbanden. Het is in dit licht aan partijen uit het veld om te bezien op welke wijze dit regionaal/lokaal moet worden georganiseerd.

Wij zien op dit moment geen aanleiding om strikte bereikbaarheidsnormen te hanteren ten aanzien van de bereikbaarheid van electieve eerstelijnszorg. Wij verwachten dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars hier zelf voldoende bewust van zijn en daarbij hun eigen beleid hebben ten aanzien van dit bereikbaarheidsvraagstuk. Wij gaan er wel vanuit dat de eerstelijns samenwerkingsverbanden het lokaal zodanig organiseren dat de acute zorgvragen binnen aanvaardbaar tijd worden geleverd.

Avondspreekuur huisartsen

Wij hebben u toegezegd terug te komen op uw verzoek of het avondspreekuur huisartsen gestimuleerd moet worden. De NZa heeft onderzocht³⁸ of het houden van een avondspreekuur voor niet-acute zorg voor de keten acute zorg een meerwaarde kan zijn en, wanneer dit het geval is, aan te geven hoe de huisartsen daartoe gestimuleerd kunnen worden. De NZa hanteert het uitgangspunt dat de zorgaanbieders zelf het aanbod organiseren. Sturing van de organisatie van een huisarts is daarom alleen opportuun als de borging van de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg dit noodzakelijk maakt. Wat de meerwaarde van een avondopenstelling voor een doelmatige organisatie van de acute zorg betreft kan het volgende worden vastgesteld. Uit onderzoek blijkt dat de grootste piek van het acute zorgvraag in de ANW uren overdag op zaterdag en zondag wordt verwerkt. Daarnaast kan de avondopenstelling van de individuele huisartsenpraktijken leiden tot een lagere zorgvraag bij met name de HAP. De HAP zal zijn kosten dan moeten goed maken over een lager zorgvolume, hetgeen leidt tot hogere kosten per behandeling. Daarbij dient bedacht te worden dat aan het houden van een avondspreekuur voor huisartsen ook extra kosten zijn verbonden. Overigens laat dit onverlet dat er onder cliënten behoefte kan bestaan aan een avondopenstelling van hun huisarts. In dit verband merkt de NZa op dat de huidige bekostiging van de huisartsenzorg het mogelijk maakt dat huisarts en verzekeraar afspraken over een dergelijke avondopenstelling maken. Verzekeraars kunnen zich op dit punt profileren in hun polissen als zij denken dat hiervoor voldoende animo is. Wij sluiten ons aan

³⁸ Uitvoeringstoets Met spoed!, NZa, februari 2008

bij dit standpunt van de NZa en neem in dit kader geen verdere stappen om het avondspreekuur van huisartsen te stimuleren.

Tweedelijnszorg

Ontwikkelingen in de tweede lijn: meer keuzemogelijkheden voor cliënten

Ook in de tweedelijnszorg heeft het geleidelijk invoeren van meer vrijheden voor het veld geleid tot een meer divers aanbod van zorg. Het zorgaanbod wordt niet meer alleen geleverd door het algemene alles-in-één-ziekenhuis, maar kent inmiddels verschillende verschijningsvormen. Gekozen kan worden om de zorg te organiseren buiten het ziekenhuis in bijvoorbeeld een zelfstandige unit (ZBC), wijkpoli of steunpunt. Tevens kunnen basisziekenhuizen samen met de eerste lijn en andere zorgaanbieders zorg in de buurt te leveren. De initiatieven die in het veld worden ontwikkeld verbeteren niet alleen de kwaliteit van zorg maar brengen de zorg in veel gevallen ook dichterbij de cliënt zelf. ZBC's worden beschouwd als zorginstellingen die meer dynamiek op de ziekenhuismarkt brengen. ZBC's zijn veelal spin-offs van ziekenhuizen of worden zelfstandig opgericht. Het aantal ZBC's in Nederland is in de afgelopen jaren sterk gestegen en nog steeds groeiende. Van 31 ZBC's in 2000 naar 158 ZBC's in 2006³⁹. Bijlage 1 geeft een impressie van initiatieven in de zorg zoals one-stop-shops, focused factory's, processen indelen naar specialismen of cliëntengroepen, organiseren van zorg in de buurt en samenwerking van eerste, tweede, en derde lijnszorg. Het is geen uitputtend overzicht maar geeft een goede indruk van hoe ziekenhuizen cliëntgericht denken en doelmatiger werken en zo invulling geven aan de zorgpraktijk.

Voor zeer specialistische behandelingen kan de kwaliteit alleen worden gewaarborgd als dat geconcentreerd wordt aangeboden. Daar ziet de specialist immers genoeg cliënten om de benodigde ervaring op te kunnen doen.

Er zijn bepaalde ggz aanbieders die gespecialiseerd zijn in de behandeling van ggz-problematiek van specifieke groepen ggz-patiënten. Deze vormen van gespecialiseerde ggz-zorg doen zich onder meer voor bij dove mensen met ggz problematiek. In Rivierduinen in Leidschendam, in Curium in Leiden en in de Gelderse Roos in Wolfhese en in Ede vindt exclusief de behandeling plaats van respectievelijk, dove volwassenen, kinderen en ouderen. Daarnaast doet deze specialistische ggz zich voor bij kinderen met autisme. Zo worden in het Leo Kannerhuis in Doorwerth en in De Steiger in Dordrecht kinderen met autisme behandeld.

Een achtergrondstudie⁴⁰ voor het RVZ advies Schaal en Zorg geeft inzicht in de bereikbaarheid van GGZ-instellingen. In elke provincie, Flevoland uitgezonderd, bevindt zich een GGZ-instelling van een bepaald type. Op de Waddeneilanden komen geen GGZ-instellingen voor en is er dus sprake van langere reisafstanden.

De richting waarin de tweedelijnszorg zich beweegt, heeft een gunstig effect op de bereikbaarheid en de keuzevrijheid van zorgvragers ten aanzien van de electieve zorg. De zorgvrager wil graag kunnen kiezen en krijgt die mogelijkheid ook bij die zorgvormen waarbij het zorgaanbod in de omgeving wordt georganiseerd. Zorgaanbieders zullen in de komende jaren verder worden gestimuleerd om in te zetten op ontwikkelingen die leiden tot een kwaliteitsverbetering en meer cliëntgerichte zorg maar ook tot efficiëntere werkmethoden. De zorgaanbieders worden uitgedaagd kritisch te zijn op de zorg die zij leveren en waar zij die leveren. Op bepaalde gebieden zal dat leiden tot een herschikking van de zorg. Wij verwachten dat dit proces zich voor een belangrijk deel automatisch zal voltrekken. Daar waar mogelijk zullen wij de ontwikkelingen blijven ondersteunen door

³⁹ Monitorspecial ZBC's, NZa, januari 2007

⁴⁰ Schaal en zorg, een inventariserend naar de relatie tussen schaal, bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg, Instituut voor publieke Sector efficiëntie studies Technische Universiteit Delft, 31 maart 2008

hiervoor de mogelijkheden te vergroten en de nodige randvoorwaarden te creëren. Wij denken hierbij aan het wegnemen van substantiële toetredingsbelemmeringen voor nieuwe aanbieders en organisatievormen, wijziging van het bekostigingssysteem en het creëren van een gelijk speelveld voor zbc's en ziekenhuizen. Uitbreiden van de onderhandelbare prijzen in het B-segment is een belangrijke stap in het vergroten van de mogelijkheden voor zorgaanbieders. Hierbij wordt aangesloten bij het advies van de RVZ om verder te gaan op de ingeslagen weg van (gereguleerde) marktwerking.

Al eerder informeerden wij u over het functioneren van de WBMV⁴¹. Wij hebben daarbij toegelicht dat op grond van artikel 2 WBMV bijzondere zorgvormen vergunningplichtig kunnen worden verklaard. Dit maakt het mogelijk het aanbod ervan via gerichte vergunningverlening te concentreren indien dit vanuit toegankelijkheids- en kwaliteitsoverwegingen nodig is, en zelfregulering op dit vlak niet tot de gewenste concentratie leidt. Met name bij nieuwe, complexe verrichtingen waarvan de indicatiestelling nog niet duidelijk is en de kwaliteitseisen nog niet uitontwikkeld zijn, ligt het in de rede het aanbod tijdelijk te concentreren binnen enkele instellingen. Het aantal verleende vergunningen dient afgestemd te zijn op de omvang van de zorgvraag. Er kunnen eisen gesteld worden aan de zorgaanbieder die een vergunning krijgt, zoals de verplichting tot het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem. Wanneer eenmaal een kwaliteitssysteem tot stand is gekomen, inclusief indicatiestelling en het minimum aantal verrichtingen dat nodig is om de kwaliteit te borgen, is regulering op grond van de WBMV niet langer nodig. Het is op dat moment immers duidelijk aan zorgaanbieders hoe betreffende verrichting verantwoord uitgevoerd dient te worden. De IGZ heeft aan het kwaliteitssysteem een concrete norm, aan de hand waarvan zij de kwaliteit kan toetsen en handhaven op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

AWBZ

Zoals al eerder aangegeven is bereikbaarheid in de care van een andere orde dan in de cure. Bereikbaarheid is van belang als voorwaarde voor leefbaarheid. Omdat de zorg langdurig wordt verleend is het van belang dat de plek waar de zorg plaatsvindt goed, zo eenvoudig mogelijk, bereikbaar is vanuit het sociale netwerk van de cliënt. Beter is nog dat de zorg kan worden verleend in, of in de directe nabijheid van, de (voormalige) woning van de cliënt.

In de AWBZ is er minder sprake van kwaliteit gebonden aan zeer specifieke specialismen en behandelvaardigheden (bijv. aantal verrichtingen), gecombineerd met hoogtechnologische voorzieningen dan in de curatieve zorg. Wel blijkt dat er in de praktijk een zekere schaalgrootte nodig is voor bepaalde vormen van zorg: ook in de care kan niet alle zorg even kleinschalig worden geleverd (vb. minimum bezetting nodig ook voor kleinschalige woonvormen; minimum schaal nodig voor het leveren van goede zorg voor mensen met specifieke aandoeningen of beperkingen).

Sommige cliëntengroepen vereisen zodanig specifieke voorzieningen dat de zorg en het verblijf in daartoe speciaal ingerichte en/of beveiligde gebouwen moet plaatsvinden en waarvoor specifieke deskundigheid beschikbaar moet zijn. Dit impliceert dat een grote mate van bereikbaarheid en spreiding voor deze groepen niet mogelijk is. Bijvoorbeeld SGLVG voorzieningen met landelijk circa 250 plaatsen. Hier gaat de keuze voor kwaliteit nadrukkelijk voor die van spreiding en bereikbaarheid.

⁴¹ Tweede kamer, vergaderjaar 2006-2007, 30800 XVI, nr. 150 en Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 30800 XVI, nr. 177

Bij cliëntengroepen met een grote omvang is het wel mogelijk om bij de voorzieningen een grote mate van spreiding te realiseren (bijvoorbeeld voor mensen met dementie). Bij in omvang beperkte cliëntengroepen blijft de spreiding echter onontkoombaar beperkt (Zo zijn er specialistische (afdelingen in) verpleeghuizen voor beademingspatiënten, voor Parkinson patiënten, Huntington patiënten e.d. waar een relatief kleine behoefte aan bestaat.).

De care sector wordt gekenmerkt door het gegeven dat een groot aantal cliënten *langdurig* is aangewezen op de geboden ondersteuning, begeleiding, zorg of behandeling. Soms het hele leven, vaak de rest van het leven. De groep cliënten die *niet langdurig* gebruikmaken van de zorg is relatief beperkt. Dit betreft de kort- verblijf cliënten van verpleeghuizen die daar ziekenhuisverplaatste zorg en op herstel gerichte behandeling en revalidatie ontvangen (bijvoorbeeld CVA patiënten in aansluiting op ziekenhuisopname). Ook betreft dit cliënten van gehandicapten instellingen en GGZ instellingen met een wisselende zorgbehoefte en als gevolg daarvan soms zelfstandig zijn en soms zijn aangewezen op begeleiding en/of opname in een intramurale setting. Dit onderscheid is voor het beoordelen van de bereikbaarheid van het zorgaanbod van belang, omdat voor de groep die langdurig is aangewezen op zorg met verblijf de bereikbaarheid van dit verblijf vanuit de sociale omgeving van groter belang is dan voor de kort verblijvende cliënt die nog een eigen woning heeft waarnaar hij na het verblijf terugkeert.

Ontwikkelingen en beleid tot nu toe

Mensen die blijvend zorg nodig hebben zijn vaak genoodzaakt hun woonwensen aan te passen aan de voorwaarden voor goede zorgverlening. Soms voldoet de eigen woning of kan voldoende worden aangepast en is die goed gelegen ten opzichte van het zorgaanbod, zodat de zorg thuis kan worden geleverd, soms is men genoodzaakt naar een beter geschikte woning te verhuizen. Soms is het zelfs noodzakelijk de eigen woonomgeving helemaal te verlaten en de intrek te nemen in een intramurale voorziening in de omgeving, of op een veraf gelegen instellingsterrein. Dit kan leiden tot het moeten loslaten van de eigen sociale omgeving en familie. In sommige care sectoren leidde dit in het verleden tot een situatie waarin zorgbehoevenden buiten de normale maatschappij kwamen te staan en daardoor geïsoleerd raakten en te afhankelijk werden van de zorgorganisatie.

Om deze reden is sinds enkele decennia ingezet op het kleinschaliger maken van de intramurale voorzieningen en de zorg een meer maatschappelijke inbedding te geven. Dit proces is ingezet in de gehandicaptensector en krijgt ook in de V&V sector steeds meer gestalte.

Het heeft in de gehandicaptensector geresulteerd, naast de nog aanwezige grotere instellingen, in een groot aantal kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk waar gehandicapten 'genormaliseerd' kunnen wonen met de noodzakelijk zorg en begeleiding. De wijze waarop en de mate waarin deze vorm van wonen kan worden gerealiseerd is mede afhankelijk van de mogelijkheden die de cliënt heeft om zich zo zelfstandig mogelijk te handhaven.

Voor de organisatie van de zorg is de opgave de kwaliteit van zorg en de veiligheid in deze kleine setting te waarborgen.

Een deel van de thuiszorg, de huishoudelijk hulp, is vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Een van de doelen van de Wmo is het bevorderen van participatie en zelfstandig functioneren van mensen met beperkingen en het

verlenen van voorzieningen in dat kader. Een ander doel van de Wmo is het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten. Leefbaarheid laat zich definiëren als: het wonen in een prettige en veilige omgeving, met de mogelijkheid om (thuis of in de buurt) gebruik te kunnen maken van (eenvoudige) zorg-, welzijns- en gemaksdiensten. Dit doel is ruim en breed geformuleerd. De gemeente heeft hier dan ook een grote vrijheid om lokaal invulling te geven. De verschillen in behoeften variëren immers tussen gemeenten, onder meer vanwege bevolkingssamenstelling en lokale tradities. Er zijn bovendien vele manieren waarop gemeenten de sociale samenhang kunnen bevorderen. Zorgen voor aantrekkelijke plekken waar burgers elkaar kunnen ontmoeten is daar een voorbeeld van. Een wijkcentrum waar verschillende zorg- en welzijnsfuncties worden gecombineerd, maakt het mogelijk dat verschillende groepen elkaar regelmatig tegenkomen. Het bevorderen van sociale samenhang en leefbaarheid raakt ook andere sectoren als wonen, ruimtelijke ordening, integratiebeleid, veiligheid en economie.

Het scherpe onderscheid tussen intramurale zorg en extramurale zorg zoals dat in het verleden bestond verdwijnt. Zorginstellingen die de zorg in het verleden uitsluitend intramuraal aanboden, bieden dezelfde zorg nu vaak ook extramuraal. Daar zijn echter grenzen aan.

Concluderend: Twee tendensen zijn voor de bereikbaarheid van de zorg van belang. 1) In toenemende mate wordt de zorg die 'traditioneel' in instellingen wordt geleverd verplaatst naar de thuissituatie. 2) De zorg wordt in toenemende mate kleinschalig en meer gespreid georganiseerd.

Doelstelling van het beleid is de zorg zo dicht mogelijk bij de mensen te brengen en de keuze van beschikbare voorzieningen voor de cliënt te verruimen. Het streven is voorts een grote spreiding van zorgaanbod te verkrijgen en betere mogelijkheden de zorg, ook in geval van een zware zorgvraag, bij de cliënt thuis te bieden. Dit geldt care-breed, dus zowel voor gehandicapteninstellingen als voor verpleeg- en verzorgingshuizen.

1. Met de NZa beleidsregel zorginfrastructuur kunnen instellingen zorgsteunpunten realiseren ten behoeve van zorg thuis aan mensen met een verblijfsindicatie.
2. Op grond van de beleidsregels WTZi hebben intramurale plaatsen die bedoeld zijn voor opname in crisis situaties bouwprioriteit. Hiermee wordt beoogd bij mensen met een zorgvraag de keuze te bevorderen langer thuis te blijven en de zorg daar te ontvangen, omdat op de achterhand bij crises onmiddellijke opname gegarandeerd kan worden. Als het bouwregime van de WTZi is afgeschaft is prioriteitstelling niet meer aan de orde. Vanaf dat moment kunnen instellingen in samenspraak met de zorgkantoren zonder tussenkomst van het ministerie bouwinitiatieven ontwikkelen voor in de regio geconstateerde prioriteiten. Dus uiteraard ook voor crisisplaatsen.
3. Daarnaast zijn er verschillende maatregelen om kleinschaligheid te stimuleren.
4. Per 1 januari 2008 heeft verruiming van de mogelijkheden om kleinschalige intramurale voorzieningen buiten het bouwregime van de WTZi te realiseren plaatsgevonden. Afschaffing van het bouwregime WTZi heeft daarom voor de realisering van kleinschalige voorzieningen verder geen gevolgen.
5. Ook initiatieven die voorzien in intramurale capaciteit op zogenoemde 'witte vlekken' hebben prioriteit.

Al deze maatregelen dragen er toe bij de spreiding van voorzieningen te vergroten, de mogelijkheden te vergroten de zorg in de normale thuissituatie te ontvangen en, als dat niet mogelijk is de zorg in zorgvoorzieningen zo kleinschalig mogelijk te organiseren.

Welke zekerheden en normen zijn er?

Er zijn geen normen geformuleerd voor spreiding van voorzieningen. De zorgindicatie door het CIZ bepaalt voor de cliënt het recht op zorg uitgedrukt in aard en omvang. Een belangrijk onderdeel van de indicatie is de indicatie voor verblijf. Met deze indicatie kan een cliënt recht doen gelden om te worden opgenomen in een intramurale instelling. De cliënt kan er echter ook, binnen zekere grenzen van doelmatigheid, voor kiezen de noodzakelijke zorg thuis te ontvangen middels het 'Volledig pakket thuis' (Daarvoor zullen de mogelijkheden per 1 januari 2009 worden uitgebreid). De diversiteit van het aanbod aan zorg dat thuis kan worden geboden neemt sterk toe. Ook het aanbod van woningen die geschikt zijn om –ook zware-zorg te verlenen neemt toe en wordt verder gestimuleerd. Dit leidt ertoe dat de vraag naar intramurale voorzieningen sterk samenhangt met de beschikbaarheid van voor zorgverlening geschikte woningen en uitbreiding van het thuiszorgaanbod. De cliënt is als marktpartij als er keuze is degene die uiteindelijk bepaalt naar welk type aanbod de meeste vraag is.

De spreiding en beschikbaarheid van zorgvoorzieningen wordt regionaal bepaald aan de hand van demografische gegevens. Het zorgkantoor ziet er op toe dat voldoende zorgcapaciteit kan worden gecontracteerd om aan de vraag te kunnen beantwoorden. Het zorgkantoor en de zorgaanbieders bepalen in onderling contact de ontwikkeling van het zorgaanbod en het verblijfsaanbod om ook in de toekomst aan de vraag te kunnen voldoen. Zij maken daarbij keuzen over spreiding van het aanbod en over de vraag of het aanbod intramuraal dan wel extramuraal zal worden georganiseerd. Zij doen dat in samenspraak met gemeenten, cliëntenorganisaties en woningbouwcorporaties. Hierdoor ontstaan regionaal accentverschillen in aard, spreiding en omvang van het aanbod die hun rechtvaardiging vinden in de demografische situatie en verschillen in de woningmarkt.

Hoe staat het met de bereikbaarheid?

Ook in de AWBZ is sprake van schaalvergroting. Schaalvergroting hoeft niet te leiden tot een verandering van het aantal locaties. Er zijn geen signalen bekend dat het aantal locaties vermindert, integendeel het aantal kleinschalige woonvoorzieningen neemt toe. De indruk bestaat dat schaalvergroting op het niveau van organisatie en bestuur vaak samen gaat met vergroting van het aantal locaties, een grotere spreiding van het aanbod en het kleinschaliger maken van het aanbod.

Er is een recente inventarisatie van locaties van verpleeg- en verzorgingshuizen beschikbaar. Bij deze inventarisatie ontbreken echter de niet grootschalige vestigingen.

Van gehandicapteninstellingen is een dergelijk overzicht nog niet in die vorm beschikbaar. Gehandicapten verblijven overigens reeds veel vaker dan cliënten van verpleging- en verzorgingshuizen in kleinschalige voorzieningen die in gewone woningen gevestigd zijn. Een overzicht waarin ook kleinschalige voorzieningen worden opgenomen zou daarom waardevoller zijn. Dit is echter moeilijk te realiseren.

Toekomstig beleid en verbeteringen

Actieplan *Beter (t)huis in de buurt*⁴² wordt de totstandkoming van allerlei (nieuwe) vormen van wonen en zorg gestimuleerd. Ook het kleinschalig wonen zal verder worden gestimuleerd. Maatregelen zijn in voorbereiding. Het voornemen is daarbij ook te letten op samenhang met aanpalende voorzieningen die tot het domein van de gemeenten behoren op grond van de Wmo, om zo een verbinding te leggen tussen verblijfsvoorzieningen voor de

⁴² Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, december 2007

zware zorg, AWBZ thuiszorg, ondersteuning op grond van de Wmo ten einde de samenhang van zorg, ondersteuning en welzijn op wijkniveau te versterken.

Het zorgkantoor is, zoals hieruit blijkt, in het kader van bereikbaarheid van zorg een belangrijke initiërende actor. In hun opdracht nu en voor komende tijd zitten waarborgen voor kwalitatief voldoende zorg vervat. In de te verlenen aanwijzing voor zorgkantoren willen wij hier ook scherpe op resultaat gerichte afspraken aan verbinden op ondermeer dit aspect. Wij verwachten van de zorgkantoren dat zij zich de komende jaren hard maken voor het versterken van de positie cliënt: het laten aansluiten van zorg en financiering bij de wensen en behoeften van cliënten en keuzevrijheid en diversiteit in wonen. Zij dienen via inkoopbeleid bij te dragen aan meer keuzemogelijkheden voor cliënten op het vlak van huisvesting. Ten aanzien van kwaliteit van zorg en van innovatie verwachten wij dat zij ketenzorg over grenzen van cure en care, kleinschalig wonen en innovatieve projecten (dementiezorg) zullen bevorderen. De brief *Zekere zorg*, die u onlangs heeft ontvangen, gaat daar verder op in.

D. Sectoroverstijgende maatregelen

In deze paragraaf lichten we nieuwe maatregelen toe die zowel de curatieve zorg als de langdurige zorg raken. Achtereenvolgend beschrijven we de versterking van cliënten en patiënten- en cliëntenorganisaties, wat de rolverdeling bij normen is, hoe wij de continuïteit van zorg zullen waarborgen en het gebruik van ICT-toepassingen bevorderen. Ten slotte komt de fusietoets aan bod.

Een sterke positie voor de cliënt

Keuzevrijheid hangt nauw samen met de toegankelijkheid van het zorgaanbod en veronderstelt dat er voldoende diversiteit in het zorgaanbod aanwezig is. Keuzevrijheid impliceert dat zorgvragers moeten kunnen zien wát de zorgaanbieder doet en hóe ze het doen, zowel kwantitatief als kwalitatief. In dit opzicht is de beschikbaarheid van adequate keuze-informatie van belang voor de toerusting van zorgvragers om gebruik te maken van de vrije toegankelijkheid tot beschikbare keuzealternatieven. Wij zien de keuzevrijheid als een middel om kwaliteitsverbetering te realiseren. Kwaliteitsverbetering komt dan tot stand doordat zorgvragers op basis van kwaliteitsinformatie de beste zorg selecteren, maar ook door het inkoopbeleid van verzekeraars en zorgkantoren, het verwijsgedrag van huisartsen en door dat zorgaanbieders geprikkeld worden om hun kwaliteit te verbeteren wanneer zij hun prestaties vergeleken zien met andere zorgaanbieders. Het is onze primaire doelstelling om de komende jaren in te zetten op meer transparantie in de kwaliteit en prestaties van zorgaanbieders en de beschikbaarheid van die informatie voor de zorgvrager. Onze verwachting is dat door meer inzicht in de kwaliteit mensen bereid zijn om verder te reizen voor goede zorg. Vooral als veiligheid en zelfs overlevingskansen aan de orde zijn zullen patiënten bereid zijn om naar de beste locatie te gaan in plaats van de locatie die het dichtst bij is.

De cliëntenraad moeten nog meer dan nu al het geval is functioneren als een serieuze gesprekspartner voor het bestuur van een instelling. Zoals aangekondigd in de brief over cliëntenrechten in de zorg⁴³ vergroten wij de inspraak van cliënten door cliëntenraden. Versterking van de inspraak van cliënten op lokaal niveau draagt bij aan minder bestuurlijke vervreemding en

⁴³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31476, nr. 1

behoud van de menselijke maat. Versterking van de inspraak van cliënten op centraal niveau draagt bij aan meer invloed van cliënten bij strategische besluiten omtrent fusies of uitbreidings- of sluitingsbeslissingen. Daarnaast vergroten wij het belang van de bejegening van cliënten bij zorginstellingen door meer transparantie van de cliëntervaringen van instellingen. Dit draagt ook bij aan minder bestuurlijke vervreemding en behoud van de menselijke maat.

Ook organisaties voor patiënten, gehandicapten en ouderen (hierna: pgo-organisaties) kunnen invloed uitoefenen op onder andere de bereikbaarheid en kwaliteit van zorg. De stem van cliënten kan door de pgo-organisaties nog beter worden gebundeld richting aanbieders, verzekeraars en overheden en andere maatschappelijke organisaties. In drie brieven aan de Tweede Kamer⁴⁴ hebben wij uiteengezet hoe de nieuwe wijze van financiering van de pgo-organisaties een concrete bijdrage levert aan het versterken van de kracht van deze organisaties

Ondergrenzen helder vaststellen

In deze brief hebben we op meerdere fronten vastgesteld dat er minimumnormen voor bereikbaarheid moeten worden opgesteld: minimum bereikbaarheidsnormen voor acute huisartsenzorg, telefonische acute huisartsenzorg en verloskundige zorg. In eerste instantie is het aan het veld om deze normen te ontwikkelen. Indien het veld bereid is om normen te ontwikkelen dan handhaaft de IGZ de ontwikkelde normen. Als deze normen niet tot stand komen, of in het veld onvoldoende aanvaard worden of naar de mening van IGZ niet adequaat zijn, kan de Minister regels stellen waarbij hij de IGZ kan vragen hem te adviseren. De IGZ kan hierbij het veld consulteren via een zwaarwegend advies van het veld. Indien het veld wel bereid is om normen te ontwikkelen dan zal de IGZ ten behoeve van de handhaving normen vaststellen. In de brief over cliëntenrechten in de zorg⁴⁵ is aangekondigd de slagvaardigheid van het toezicht te vergroten door het mogelijk te maken normen op te nemen in een ministeriele regeling. Op basis van die regels van de Minister kan de IGZ met de bevoegdheden zoals beschreven in paragraaf A aan de hand van een handavingskader naleving afdwingen.

Doordat kwaliteit de komende tijd steeds beter zichtbaar wordt gemaakt met behulp van indicatoren neemt ook het inzicht toe dat er sprake is van relatief grote kwaliteitsverschillen. Dat maakt het mogelijk om onderzoek te doen naar de oorzaken van deze verschillen. In veel gevallen blijkt dat de veiligheid en effectiviteit toeneemt als een bepaalde zorghandeling vaker wordt uitgevoerd. Er is dan sprake van meer ervaring en routine waardoor de veiligheid en de effectiviteit toenemen. Door dit inzicht neemt ook de discussie toe over de vraag in welke gevallen het gewenst is om een minimum norm te stellen voor de frequentie waarmee een bepaalde handelingen tenminste moeten worden verricht. Voor complexere handelingen heeft dat tot gevolg dat deze het beste kunnen plaatsvinden op een beperkt aantal op die handeling gespecialiseerde centra. Gesteld voor deze keuze tussen bereikbaarheid en kwaliteit kiezen wij voor het laatste.

Zoals al aangekondigd in de brief over cliëntenrechten in de zorg⁴⁶ zal om de veiligheid te bevorderen systematisch moeten worden nagegaan of vaststellen van minimumnormen voor de veiligheid van de zorg nodig is. Daartoe kan het noodzakelijk zijn dat op een aantal terreinen richtlijnen worden ontwikkeld. Het proces van richtlijnontwikkeling zal ondersteund moeten worden. We denken er nog over na hoe de richtlijnontwikkeling en het onderhoud van de richtlijnen in samenhang organisatorisch vorm te geven.

⁴⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29214, nr. 24, 30 en 31

⁴⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31476, nr. 1

⁴⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31476, nr. 1

De continuïteit van zorg

We willen bereiken dat cliënten kunnen vertrouwen op de continuïteit van zorgverlening. Met het invoeren van de prestatiebekostiging krijgen instellingen meer ruimte om hun zorg cliëntgericht te organiseren. Tegelijkertijd worden de verantwoordelijkheden van zorginstellingen meer voelbaar, hun financiële risico's nemen toe. Dit doen we om de kwaliteit en het innovatieve vermogen van de zorgsector te verbeteren. Die impuls mag echter niet ten koste gaan van de beschikbaarheid van zorg. In de brief over cliëntenrechten in de zorg⁴⁷ hebben we aangegeven dat dit concreet betekent dat wij de NZa zullen vragen een monitoringsysteem op te zetten om de financiële positie van zorgaanbieders te volgen en daarover tijdig te rapporteren, als daar aanleiding toe is. In de wetgeving zullen wij de bevoegdheden vastleggen om maatregelen te treffen die noodzakelijk zijn om de continuïteit van zorg te blijven garanderen.

ICT-toepassingen

Zorg op afstand verbetert de bereikbaarheid van zorg, omdat deze onafhankelijk van tijd en plaats kan plaats vinden. Deze zorg vervangt echter niet per definitie het face-to-face contact. ICT is een hulpmiddel en veelal maakt de inzet van ICT onderdeel uit van het reguliere zorgproces. Bij DBC vorming kan met deze inzet rekening gehouden worden. Het is overigens een misvatting dat deze zorg altijd goedkoper uitvalt, wel verbetert vanwege een betere bereikbaarheid en de mogelijkheden voor zelfmanagement de kwaliteit van zorgverlening.

De structuur voor gegevensuitwisseling in de zorg is tevens een hefboom voor allerlei andere ICT-toepassingen (door de RVZ e-health genoemd). Alle partijen in de Tweede Kamer geven net als wij grote prioriteit aan de elektronische gegevensuitwisseling in de zorg ten behoeve van de directe zorgverlening. Dat hebben we in een Algemeen Overleg over ICT in de zorg op 9 april jl nogmaals bevestigd. Het is de uitvoering van de passage over het landelijk Elektronisch Patiëntendossier (EPD) in het Coalitieakkoord.

Om de toepassing van ICT te bevorderen werkt VWS samen met zorgpartijen aan een landelijk systeem voor het veilig en betrouwbaar elektronisch delen van medische gegevens tussen zorgverleners. Dit wordt het landelijk EPD genoemd. Afgelopen jaren is er door de overheid, NICTIZ (het Nederland Instituut voor ICT in de zorg) en de zorgsector een fundament gelegd voor landelijke communicatie in de zorg. De landelijke basisinfrastructuur in de zorg is gerealiseerd en de benodigde centrale voorzieningen zijn opgezet.

Voor het landelijk Elektronisch Patiëntendossier wordt gestart met twee belangrijke onderdelen van de medische gegevens van een patiënt, namelijk de uitwisseling van medicatiegegevens van apothekers en de uitwisseling van samenvattingen van huisartsgegevens tussen huisartsen en waarnemers. Dit zijn de onderdelen Elektronisch medicatiedossier (EMD) en Waarneemdossier huisartsen (WDH). De standaarden en gegevensset voor deze uitwisseling van gegevens zijn door NICTIZ in samenspraak met zorgverleners vastgesteld. Genoemde onderdelen dienen volgens het Coalitieakkoord in 2009 landelijk te zijn gerealiseerd.

Waar nodig worden de standaarden (inclusief die voor beveiliging van) voor elektronische gegevensuitwisseling wettelijk vastgelegd. In april 2008 is de Wet BSN in de zorg door de Eerste Kamer aanvaard en deze zal per 1 juni 2008 in werking treden, waarna het gebruik van

⁴⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31476, nr. 1

het burgerservicenummer na een overgangsjaar per 1 juni 2009 verplicht moet worden gebruikt bij gegevensuitwisseling in de zorg. Tevens is in april 2008 de Wet op het EPD aan de Tweede Kamer⁴⁸ aangeboden. Aan het RVZ-advies voor het wettelijk vastleggen van standaarden voor gegevensuitwisseling is dus reeds voldaan.

Fusies in de zorg

Een belangrijke sectorbrede ontwikkeling die hierboven nog niet expliciet aan de orde is geweest is de fusievorming in de zorg. Al geruime tijd leiden fusies en overnames in de zorg tot schaalvergroting⁴⁹. De zorgsector is daarin niet uniek, maar juist de grote publieke belangen gemoeid met de zorg maken dat deze trend, ook tegen de achtergrond van de transitie naar een meer cliëntgerichte zorg, wel om extra waakzaamheid vraagt. Te meer omdat de vraag wat fusievorming betekent voor de bereikbaarheid en kwaliteit van zorg, een complexe is. Anders dan bij daadwerkelijke concentratie van *zorg* - bijvoorbeeld door het opheffen of samenvoegen van locaties, het concentreren van bepaalde zorgfuncties of het grootschaliger vormgeven van zorg - bestaat er geen eenduidig verband tussen fusies en schaalvergroting enerzijds en de bereikbaarheid en kwaliteit van zorg anderzijds.

Afhankelijk van de specifieke kracht en kwaliteit van zorgaanbieders kan een fusie meerwaarde voor cliënten bieden. Zo kan de bereikbaarheid van zorg verbeteren, bijvoorbeeld als een gefuseerde organisatie beter dan de afzonderlijke organisaties daarvoor in staat is bepaalde locaties open te houden. Een fusie stelt aanbieders soms ook in de gelegenheid gezamenlijk beter dan afzonderlijk in te zetten op het verbreden van zorgverlening of het aanbieden van een netwerk van kleinschalige woonvormen. Fusievorming kan de kwaliteit en doelmatigheid van zorg ook vergroten als gebruik kan worden gemaakt van bepaalde schaalvoordelen in de zorgverlening en in de kostenstructuur. Tot slot kunnen instellingen die op zichzelf nauwelijks levensvatbaar zijn door een fusie met andere, krachtiger partners wel zorg blijven leveren. Voor zover die zorg noodzakelijk is, is het publieke belang daarmee gediend.

Maar een fusie kan publieke belangen ook schaden. De afgelopen periode zijn van verschillende kanten, onder andere door Uw Kamer, zorgen geuit over de potentiële negatieve effecten van concentratievorming⁵⁰. Als bestuurlijke schaalvergroting leidt tot zulke machtige organisaties dat er niet meer naar mensen hoeft te worden geluisterd, dreigt de diversiteit uit het aanbod te verdwijnen en ontstaan risico's voor de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg. Fusievorming moet dan ook niet leiden tot de spreekwoordelijke 'grote moloch' waarin vrijwel niemand meer weet wat er op de werkvloer speelt en bestuurlijke vervreemding op de loer ligt. En hoewel bestuurlijke schaalvergroting niet gelijk is aan een grootschalige organisatie van zorg, kan een fusie die expliciet is gericht op het benutten van schaalvoordelen de bereikbaarheid van zorg verminderen. Vergelijkbaar met de eerdere onrust van enkele jaren geleden leeft ook nu de angst dat fusies met name in dunbevolkte gebieden ten koste van kleinschalige, bereikbare zorg kunnen gaan en dat het ziekenhuis en de huisarts om de hoek verdwijnt (zie ook paragraaf C).

Er zijn, kortom, ook risico's en schaduwkanten aan fusievorming in de zorg. Adequate wet- en regelgeving en goed toezicht op de handhaving daarvan is dan ook vereist. Daarom stellen we bijvoorbeeld eisen aan het interne toezicht en de positie van cliënten daarbinnen. Bovendien

⁴⁸ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31466, nr.2

⁴⁹ Zie bijvoorbeeld CBS, Gezondheid en zorg in cijfers, 2005 voor een overzicht van de ontwikkelingen tussen 1995 en 2004 en de recente achtergrondstudie van ISPE Studies bij het RVZ-advies over *Schaal en zorg*.

⁵⁰ Verantwoorde zorg voor gehandicapten onder druk, IGZ, november 2007

voorkomen we potentiële problemen door het ex ante toezicht op fusies door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en door slimme, risicogerichte toezichtsinstrumenten van de NZa en de IGZ. De vraag is of het huidige instrumentarium afdoende is, en of er mogelijkheden voor verbeteringen zijn. In onderstaande tekst gaan we hierop in. Daarbij betrekken we de ervaringen met het fusietoezicht in Duitsland en de fusietoets van de Minister voor WWI.

Welke zekerheden en normen zijn er?

Ons beleid is erop gericht om de cliënt in de zorg centraal te stellen en zorgverleners zoveel mogelijk vrijheid te geven om te bepalen hoe zij dat het beste kunnen doen. Daarbij stimuleren we competitie tussen partijen voor zover die dienstig is aan de publieke belangen in de zorg. En creëren wij dusdanige randvoorwaarden dat met het geven van die vrijheid de publieke belangen ook daadwerkelijk worden geborgd. Dit is ook de kern van ons beleid bij vraagstukken rondom schaalbeslissingen en fusies in de zorg.

Ruimte voor keuzes van partijen

Concreet betekent dit dat wij de verantwoordelijkheid voor schaalbeslissingen bij zorgaanbieders neerleggen omdat wij ervan overtuigd zijn dat zij beter dan wie dan ook dergelijke beslissingen kunnen maken. We vertrouwen erop dat het bestuur van een zorginstelling een gedegen afweging maakt op grond waarvan zij besluit al dan niet tot een fusie over te gaan. En we borgen dat bestuurders de stem van cliëntenraden en ondernemingsraden bij hun afwegingen betrekken. De Raden van Toezicht hebben tot taak toe te zien op de interne besluitvorming. Daarbij toetsen zij of de motieven voor het aangaan van een fusie in het belang zijn van cliënten en de rechtspersoon. Belangrijke afweging hierbij is of een instelling door een fusie in staat zal zijn in de toekomst beter aan de vraag van (toekomstige) cliënten tegemoet te komen. In het ene geval zal dit leiden tot een positief fusievoornemen, in het andere geval zullen bestuurders kiezen voor andere samenwerkingsvormen⁵¹.

Voor de goede orde: dat betekent niet dat wij denken dat elke bestuursbeslissing iedere toets der kritiek kan doorstaan. Zorg is mensenwerk, en zorginstellingen besturen ook. Het betekent wèl dat we vertrouwen op lerend vermogen van de sector en een competitieve omgeving waarin partijen elkaar door 'horizontaal toezicht' scherp houden⁵². Dit horizontale toezicht bestaat onder meer uit cliënten die door hun feitelijke keuzegedrag zorgaanbieders disciplineren, door cliëntenraden en pgo-organisaties die een rol spelen als kritische waarnemers en door verzekeraars en zorgkantoren die afspraken over bereikbaarheid en kwaliteit van zorg onderdeel van hun contracteerbeleid maken. Zo geven we niet alleen ruimte aan zorgaanbieders, maar vooral ook aan cliënten, verzekeraars en zorgkantoren om te kiezen voor juist die zorginstelling die het beste aan de wensen van cliënten tegemoet komt.

Toezicht op concentraties

De keuze om ruimte voor partijen te bieden ontslaat ons ook op het terrein van fusievorming niet om nadrukkelijk randvoorwaarden te creëren zodat met het geven van die ruimte de cliënt ook daadwerkelijk beter af is. Dat geldt bijvoorbeeld voor ons beleid rondom de transparantie van zorg en de regels rondom interne besluitvorming. Zo nodig stellen wij duidelijke grenzen aan de ruimte voor partijen, zoals ons beleid rondom de in de vorige paragrafen besproken minimumnormen aan kwaliteit en bereikbaarheid van zorg. Dergelijke regels en normen gelden altijd, en dus ook voor partijen die willen fuseren. In de vorige paragrafen is hierop al uitgebreid ingegaan. Specifiek rondom fusievorming in de zorg stellen wij daarnaast een aantal aanvullende randvoorwaarden om ervoor te zorgen dat fusies publieke belangen niet schaden.

⁵¹ Zie ook onze eerdere antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Leijten (SP), over fusies in de ouder- en geestelijke gezondheidszorg (TK 2007-2008, Aanhangsel, 2673).

⁵² Zie voor een nadere toelichting op het begrip 'horizontaal toezicht' bijvoorbeeld ook Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31 122, nr. 10.

Een belangrijk instrument is het concentratietoezicht in de zorg door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Hiermee wij borgen dat er, ook bij vrijheid om te ondernemen, voor cliënten ook na fusies voldoende alternatieven beschikbaar blijven. Sinds 2004 is de NMa actief in de zorgsector en houdt zij op grond van de Mededingingswet toezicht op de zorg. Sinds dat moment worden concentraties in de zorg nauwlettend in de gaten gehouden. Bij haar concentratiecontrole gaat de NMa, voorafgaand aan een eventuele fusie, na of de fusie *'de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze zou kunnen belemmeren, met name als het resultaat van het in het leven roepen of versterken van een economische machtspositie'*⁵³. Het te verwachten effect van de fusie op de keuzemogelijkheden voor cliënten is daarbij een van de belangrijkste toetsingscriteria, omdat zorgaanbieders alleen bij voldoende keuze voor de cliënt ook na de fusie nog voldoende worden gestimuleerd om kwalitatieve zorg tegen een aanvaardbare prijs te leveren. Overigens gaat het daarbij niet om de hoeveelheid keuzes *an sich*, maar vooral om de vraag in hoeverre een zorgaanbieder zich onafhankelijk van anderen kan gedragen, van andere aanbieders, van verzekeraars of hun cliënten. Dat is zeker ook van belang voor mensen in een beschermde woonomgeving die al een integraal arrangement van zorg en dienstverlening hebben. Voor hen telt vooral de cliëntgerichtheid van hun directe zorgverleners, hun sociale netwerk en de kwaliteit van de leefomgeving. Overstappen naar andere zorgaanbieders is van hen lang niet altijd een reëel alternatief, waardoor zij veel afhankelijker zijn van hun zorgaanbieder. De vraag is of het aannemelijk is dat zorgaanbieders in een bepaalde regio na de fusie nog voldoende druk op elkaar uitoefenen, wat cliënten en patiënten ten goede zal komen in de vorm van meer keuze, betere kwaliteit en/of een lagere prijs of in ieder geval niet zullen leiden tot een verslechtering daarvan.

Significante belemmering van de mededinging

Om te onderzoeken of er bij een bepaalde voorgenomen concentratie sprake kan zijn van een significante belemmering van de mededinging, hanteert de NMa een *case-by-case* benadering. Centraal in het onderzoek staat het bepalen van de zogenaamde *'relevante markt'*, de positie van de beoogde fusiepartners op die markt (waaronder hun huidige *marktaandeel*) alsook de niet bij de fusie betrokken aanbieders. Dit onderzoek heeft betrekking op specifieke 'markten' voor specifieke zorgvormen en in specifieke regio's. In de langdurige zorg zijn deze regio's vaak relatief klein, op regionaal of gemeenteniveau, omdat blijkt dat voor die zorg vaak alleen de zorgaanbieders in de buurt relevante opties zijn. In de medisch-specialistische zorg, waar mensen afhankelijk van hun zorgvraag vaker bereid zijn verder te reizen, zijn de markten veelal regionaal of bovenregionaal. Hoe dan ook: hoe kleiner een markt, des te groter de kans dat ook een fusie tussen relatief kleine aanbieders – als ze in dezelfde regio actief zijn – tot mededingingsproblemen kan leiden. In haar onderzoek hanteert de NMa bij het inschatten van de mate van marktmacht in regio's in de (Europese) rechtspraak vastgelegde indicatoren, waaronder bepaalde grenswaarden van de marktaandeelpercentages. Marktaandelen van meer dan vijftig procent kunnen volgens deze rechtspraak, uitzonderingen daargelaten⁵⁴, op zichzelf voldoende bewijs vormen van het bestaan van een economische machtspositie. Bij marktaandelen beneden de vijftig procent onderzoekt de NMa altijd additionele factoren, zoals de mogelijkheid voor nieuwe zorgaanbieders om zorg aan te bieden, de posities van andere aanbieders en van bijvoorbeeld verzekeraars of zorgkantoor. Een afweging gebaseerd op marktaandelen alleen volstaat niet⁵⁵. Als de voorgenomen fusie op basis van dit onderzoek naar verwachting leidt tot een mededingingsprobleem en daarmee de keuzevrijheid wordt beperkt, dan is de fusie – uitzonderingen op basis van het zogenaamde *'efficiëntieverweer'* of *'reddingsfusieverweer'* daargelaten - niet toegestaan. (Zie Bijlage 6 voor een nadere toelichting op de onderzoeksmethode van de NMa).

⁵³ Mededingingswet, artikel 37, tweede lid

⁵⁴ Tenzij er sprake is van specifieke marktomstandigheden waardoor kleinere concurrenten toch een voldoende disciplinerende kracht hebben.

⁵⁵ Overigens is een precieze afbakening ook niet altijd vereist. De NMa laat, zowel in de zorg als daarbuiten, een exacte marktafbakening in het midden als bij elke denkbare marktafbakening ofwel duidelijk is dat er mededingingsproblemen ontstaan, ofwel duidelijk is dat er geen probleem zal ontstaan.

Zienswijzen belanghebbenden

De NMa betreft bij al haar onderzoeken ook de mening van andere partijen. Zij kan deze echter alleen in haar beoordeling meenemen voor zover deze van invloed zijn op haar mededingingsanalyse. Zo benadert de NMa veelal andere zorgaanbieders, verzekeraars of zorgkantoren om de positie van de partijen in een bepaalde regio te bepalen. Als zij daar aanleiding toe ziet raadpleegt de NMa ook cliëntenraden. Daarnaast kunnen andere belanghebbenden, zoals (nog) niet door de NMa benaderde zorgaanbieders of cliëntenraden, desgewenst hun visie op de fusie aan de NMa meegeven. De NMa maakt daarom ook altijd openbaar dat zij een fusiemelding of vergunningsaanvraag heeft ontvangen.

Daarnaast maakt de NMa bij haar onderzoek gebruik van de zienswijze van de NZa. Die zienswijze bevat onder meer opmerkingen en aandachtspunten bij de (wijze van) marktafbakening en gaat in op de mogelijke gevolgen die de voorgenomen fusie heeft op de publieke belangen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Met betrekking tot het publieke belang van kwaliteit geeft de IGZ input aan de NZa voor haar zienswijze. De NMa geeft een samenvatting van deze zienswijzen in haar besluit, waarbij zij in ieder geval ingaat op onderdelen die afwijken van haar uiteindelijke beoordeling. Zoals ook de RVZ opmerkt in haar advies over Schaal en zorg heeft de NZa in het kader van de voorgenomen fusie tussen Evean, Philadelphia en Woonzorg Nederland voor het eerst haar zienswijze openbaar gemaakt. Conform de werkafspraken tussen de NMa en de NZa over concentratiezaken maakt de NZa haar zienswijzen openbaar nadat de NMa haar besluit waarop de zienswijze betrekking heeft openbaar heeft gemaakt.

Feiten en cijfers

Sinds 2004 heeft de NMa 70 fusiezaken (exclusief zorgverzekeraars) in de zorg beoordeeld. Daarbij heeft de NMa, vergeleken met andere sectoren, relatief vaak ingegrepen door nadere, soms aanzienlijke eisen te stellen voordat een fusie plaats mocht vinden. Hierbij dient voorts opgemerkt te worden dat van de fusietoets door de NMa een anticiperende werking uitgaat. Uit onderzoek blijkt dat bijna twintig procent van de meldingsplichtige fusieplannen niet of in gewijzigde vorm doorgang vindt, omdat bij de uitwerking ervan vooruitgelopen wordt op de verwachte reactie van de NMa⁵⁶

Sinds 1 januari 2008 zijn de omzetrempels voor melding van fusies specifiek voor de zorgsector meer dan gehalveerd. Sinds die tijd vallen meer fusies onder de toets van de Mededingingswet. Dat is van belang, juist omdat cliënten en ouders of begeleiders in de zorg veelal slechts een beperkte reisafstand willen of kunnen afleggen. Dat betekent in de praktijk dat ook kleinere aanbieders met een relatief bescheiden omzet in een bepaald gebied al snel een hoog marktaandeel kunnen hebben. Bij dergelijke fusies kan het daardoor zijn dat er in zo'n gebied dan al vrij snel weinig meer te kiezen valt voor mensen. De huidige drempels, die gelden sinds 2008 voor een periode van 5 jaar, houden hier rekening mee. Voor concentraties die boven de omzetrempels uitkomen geldt dat, zolang de concentratie niet is gemeld en de NMa de concentratie niet heeft beoordeeld, het verboden is de concentratie tot stand te brengen. Dat kan pas na goedkeuring door de NMa, al dan niet onder voorwaarde van het zorgen voor een oplossing ('remedie') voor geconstateerde mededingingsproblemen, bijvoorbeeld het afstoten van bepaalde onderdelen.

Toezicht op instellingen met een machtspositie

De NMa beoordeelt fusies *vooraf* onder meer om het ontstaan en versterken van machtsposities te voorkomen en daarmee te borgen dat er ook na een eventuele fusie voldoende keuze voor cliënten en daarmee voldoende competitie tussen aanbieders is. Maar vooraf toetsen is niet voldoende. Soms hebben zorgaanbieders al een stevige machtspositie, bijvoorbeeld omdat zij zijn gefuseerd voordat het fusietoezicht van de NMa van toepassing was op de zorgsector of simpelweg omdat zij zelfstandig groot zijn geworden en veel cliënten hebben weten aan te trekken. Om ervoor de zorgen

⁵⁶ Twynstra Gudde (2005), Onderzoek naar anticipatie op concentratiecontrole.

dat dergelijke zorgaanbieders de publieke belangen niet schaden, hebben zowel de NMa, de NZa als de IGZ aanvullende bevoegdheden.

Zo kan de NZa ingrijpen als zorgaanbieders 'de ontwikkeling van de daadwerkelijk concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan *kunnen* belemmeren'. Zij kan daarbij, naast haar algemene instrumentarium om het belang van cliënten te borgen⁵⁷, gebruik maken van slimme, risicogerichte toezichtsinstrumenten zoals het zogenoemde Aanmerkelijke Marktmacht-instrument (AMM) op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg). Met dit instrument heeft de NZa de bevoegdheid om na het constateren van AMM bij zorgaanbieders die alleen dan wel gezamenlijk over aanmerkelijke marktmacht beschikken verplichtingen op te leggen aan deze zorgaanbieders om te voorkomen dat deze misbruik kan maken van hun positie en overgaan tot uitsluiting en uitbuiting. Afhankelijk van het geval kan de NZa soms zeer ingrijpende maatregelen treffen om partijen te disciplineren, zoals het verplichten tot het vaststellen van tarieven volgens een door de NZa bepaalde methode, het verplichten tot ontbundeling van het aanbod of het doen van een openbaar aanbod⁵⁸. In aanvulling op het toezicht door de NZa kan de NMa op basis van het algemene mededingingsrecht achteraf misbruik van een economische machtspositie ('ex post') aanpakken⁵⁹.

Tot slot heeft de IGZ bevoegdheden om in te grijpen als de kwaliteit van zorg in het geding is, ook als zij reden heeft om aan te nemen dat die kwaliteit onder druk komt te staan door de grootte van een instelling of door fusieplannen van instellingen. Fusietrajecten zijn vaak trajecten die een lange adem vereisen. Het besluit om al dan niet te gaan fuseren komt soms in enkele weken, maar soms ook pas na jaren tot stand. Vervolgens kan het, als het besluit tot fusie of een andere vorm van samenwerking eenmaal is genomen, nog geruime tijd duren voordat de beoogde veranderingen zijn doorgevoerd en de nieuwe organisatie op poten staat. In de tussentijd moet de kernactiviteit, het leveren van goede, cliëntgerichte zorg, doorgaan. Dat vereist een heldere prioriteitenstelling van het bestuur en goed werkend intern en 'horizontaal' toezicht, o.a. door verzekeraars die een vinger aan de pols houden.

Fusies: Duitse Bundeskartellamt

Net als in Nederland zijn fuserende ziekenhuizen in Duitsland verplicht zich te melden bij de nationale mededingingsautoriteit als de gezamenlijke omzet een bepaalde drempelwaarde overstijgt. Deze omzeldrempel geldt voor alle ondernemingen in Duitsland en bedraagt € 500 mln. Naast publieke ziekenhuizen opereren in Duitsland ook zeer grote private ziekenhuisconcerns, bestaande uit tientallen algemene ziekenhuizen en gespecialiseerde klinieken. Voorbeelden hiervan zijn Rhön Klinikum (€2,0 mld. omzet in 2007) en Asklepios (€2,3 mld. omzet in 2007).

Tot op heden heeft de Duitse mededingingsautoriteit, de Bundeskartellamt (BKa), in vier gevallen een ziekenhuisfusie verboden. In drie van de vier verbodszaken was één van bovengenoemde grote concerns betrokken. Daarnaast heeft de BKa in drie gevallen een fusie toegestaan onder de voorwaarde dat een ziekenhuis werd afgestoten of een nieuwe toetreders werd toegelaten. De betrokken concerns beschikten in bovengenoemde gevallen in de relevante regio's (en soms ook in aangrenzende regio's) reeds over een aanzienlijke marktpositie en vestigden of versterkten door de concentratie hun machtspositie. In een aantal andere gevallen zijn fusies en overnames van

⁵⁷ Zoals het nemen van maatregelen om transparantie te bevorderen, toetredingsdrempels te slechten of in te grijpen in de prijsvorming.

⁵⁸ Als de NZa besluit een AMM-onderzoek te starten, dan zal zij vergelijkbaar met de NMa overgaan tot de afbakening van de zogenaamde 'relevante markt' en de positie van partijen op deze markt om vast te stellen of er daadwerkelijk sprake is van (potentiële) mededingingsproblemen. Als indicator voor marktmacht hanteert zij daarbij dezelfde normen als de NMa, waarbij ook hier geldt dat het marktaandeel altijd in z'n context wordt gezien.

⁵⁹ In gevallen die zowel door de NMa op basis van de Mededingingswet als door de NZa op basis van de Wmg kunnen worden behandeld, voorziet artikel 18 Wmg in een voorrangregeling. Hoofddlijn daarvan is dat belanghebbenden zich in eerste instantie tot de NZa dienen te wenden.

bovengenoemde (of vergelijkbare) concerns echter probleemloos gepasseerd, hetzij omdat er geen sprake was van geografische overlap, hetzij omdat er voldoende alternatieven in de regio overbleven. In het laatste geval betrof het bijvoorbeeld overnames in grote steden waar nog voldoende alternatieven overbleven.⁶⁰ Voorts heeft de Duitse Minister van Economische Zaken recentelijk in één geval alsnog goedkeuring verleend aan een door de BKa afgekeurde fusie. Deze goedkeuring vond plaats op basis van specifieke publieke belangen, onder andere gerelateerd aan de onderwijs- en onderzoeksfunctie van een bij de fusie betrokken universitair ziekenhuis, en was mogelijk op basis van een wetsartikel vergelijkbaar met artikel 47 van de Mededingingswet⁶¹.

Uw Kamer heeft tijdens het recente interpellatiedebat-Jan de Vries en bij Kamervragen aandacht voor het Duitse fusietoezicht gevraagd⁶². De casus is in een aantal opzichten interessant om te vergelijken met de Nederlandse situatie, i.e., de omzetrempels voor melding en de beoordelingspraktijk.

De omzetrempel waarboven fuserende zorgaanbieders in Nederland verplicht zijn een fusie bij de NMa te melden ligt op € 55 mln. Dit is lager dan de generieke omzetrempel van € 113,45 mln. en vele malen lager dan de in Duitsland geldende € 500 mln. Mede door de aanzienlijk hogere Duitse omzetrempels konden daar bovengenoemde grote concerns ontstaan, bestaande uit tientallen algemene ziekenhuizen en gespecialiseerde klinieken.

Wat betreft de beoordelingspraktijk geldt dat de beoordelingswijze van de BKa in hoofdlijnen overeenkomt met die van de NMa. Er zijn wel accentverschillen, met name waar het gaat om de afbakening van de relevante geografische markt. In haar verbodsbesluiten heeft de BKa zich voor wat betreft de geografische marktafbakening tot op heden vrijwel volledig gebaseerd op de zogenoemde historische patiëntenstroomgegevens. Daarmee hanteert de BKa bij de geografische marktafbakening een zogenaamde 'statische benadering' gebaseerd op historische reisstromen, waarbij uitsluitend de situatie voorafgaand aan de fusie in ogenschouw wordt genomen.

In de economische literatuur kan deze testmethode stevast op forse kritiek rekenen omdat het weinig zegt over de effecten van de fusie op de mededinging. Een statische benadering kan zowel tot een onderschatting als overschatting van mededingingsproblemen leiden. De NMa is van mening dat met een uitsluitend statische benadering zoals gehanteerd door de BKa onvoldoende recht wordt gedaan aan de daadwerkelijk te verwachten situatie na een ziekenhuisfusie. Daarom kiest de NMa er in het algemeen voor om de resultaten die voortkomen uit de statische benadering (zoals ook door de BKa gehanteerd) aan te vullen met dynamische elementen, onder andere gebaseerd op *reistijdenanalyses*. De NMa geeft daarnaast aan dat een beoordeling die geen rekening houdt met dynamische elementen naar alle waarschijnlijkheid door fuserende ondernemingen zou worden bestreden en geen stand zou houden bij de Nederlandse rechter.

Hoe staat het met het borgen van de publieke belangen rondom fusies?

De vraag is in hoeverre ons huidig instrumentarium afdoende is om de publieke belangen in de zorg bij fusieprocessen te borgen. Zoals hierboven aangegeven is fusievorming niet zonder risico's, met name als die fusievorming de alternatieven voor cliënten teveel inperkt. Een gebrek aan cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden voor cliënten en een gebrek aan competitie tussen zorgaanbieders kan alle in de discussie rondom fusievorming genoemde publieke belangen bedreigen. Als zorginstellingen onvoldoende gemotiveerd worden om de cliënt centraal te stellen, dan is er geen garantie dat de hen geboden ruimte voor die cliënt meerwaarde zal opleveren, niet in

⁶⁰ Net als de BKa heeft de NMa om vergelijkbare redenen eerder fusies tussen ziekenhuizen in grootstedelijke gebieden goedgekeurd (Den Haag en Rotterdam). In deze regio's bleven nog voldoende alternatieven over.

⁶¹ Op basis van Artikel 47 Mw. kan de Minister van Economische Zaken besluiten om een door de NMa geweigerde vergunning te verlenen indien naar zijn oordeel gewichtige redenen van algemeen belang die zwaarder wegen dan de te verwachten belemmering van de mededinging, daartoe nopen.

⁶² Zie ook mijn antwoorden op vragen van de leden Jan de Vries, Omtzigt en Schermers van 19 mei jl. over het toetsen van ziekenhuisfusies door de NMa (TK 2007-2008, Aanhangsel, 2438).

termen van bereikbaarheid en kwaliteit van zorg, en niet in termen van keuzevrijheid, diversiteit, leefbaarheid of maatschappelijke functie.

De conclusie die wij trekken uit de analyses in de voorgaande paragrafen is dat de fusievorming in de zorg op zich geen reden is tot grote zorg. Fusies vormen, net als andere veranderingen in de schaal van zorg, een onlosmakelijk onderdeel van een zorgstelsel waarin cliënten centraal staan en creëren soms juist meerwaarde. Daar waar bovengenoemde negatieve effecten op de publieke belangen dreigen, zien wij dan ook geen aanleiding om ons huidig instrumentarium rondom fusies drastisch te wijzigen. De NMa toetst fusies om te voorkomen dat, onder meer door het wegvallen van keuzemogelijkheden voor cliënten, de mededinging tussen zorgaanbieders wordt belemmerd en doet dat sinds 2008 op basis van verlaagde meldingsdrempels. De NMa gaat ook misbruik door zorgaanbieders met machtsposities tegen. De NZa kan verplichtingen opleggen aan zorginstellingen met Aanmerkelijke Marktmacht. De IGZ houdt toezicht op het leveren van verantwoorde zorg. We hebben geen concrete signalen rondom specifieke fusies dat de publieke belangen *vanwege* die fusies in het geding zijn.

Daar waar publieke belangen *wel* in het geding zijn en de bereikbaarheid en kwaliteit van zorg moet worden verbeterd, is het fors wijzigen van ons huidige fusietoezicht – bijvoorbeeld door fusies te verbieden of direct te sturen op fusiebesluiten van zorginstellingen – bovendien disproportioneel en, belangrijker, weinig zinvol. Het al dan niet fuseren zegt op voorhand bijzonder weinig over het effect op bereikbaarheid en kwaliteit van zorg, maar zal afhangen van de specifieke (re)organisatiebeslissingen die instellingen maken. Die beslissingen nemen zij niet alleen rondom fusies, maar continu. Datzelfde geldt voor beslissingen rondom thema's als de leefbaarheid en maatschappelijke functie van zorginstellingen. Wij delen dan ook de mening van de RVZ dat het niet logisch is om 'fusieplannen op voorhand als uitgangspunt van overheidsinterventie te nemen', juist omdat er geen eenduidig causaal verband bestaat tussen schaalgrootte van instellingen en effecten op publieke belangen. Om de publieke belangen van bereikbaarheid en kwaliteit van zorg structureel te borgen zetten wij daarom vooral in op meer algemene maatregelen, zoals het stellen van minimum(veld)normen en het verbeteren van de acute zorgketen. Die gelden permanent, niet alleen bij fusiebesluiten. In paragraaf B en C zijn wij hier uitgebreid op ingegaan.

Dat neemt niet weg dat de ontwikkeling rondom fusies in de zorg, in combinatie met het meer op afstand plaatsen van de overheid, voor ons *wel* reden is om voorzichtigheid te betrachten. Juist in delen van de zorg waar het publieke belang vooral moet worden gerealiseerd en geborgd door zorgaanbieders ruimte te geven en competitie te stimuleren, blijft waakzaamheid geboden. Die competitie moet dienstig zijn aan de publieke belangen en ertoe leiden dat de cliënt centraal komt te staan. Dit gaat echter niet vanzelf en behoeft in de huidige transitiefase extra aandacht. Want hoewel er sprake is van positieve ontwikkelingen, is de competitie tussen zorgaanbieders nog begrensd. Er zijn nog belangrijke stappen te zetten in de invoering van een bekostiging die prestaties beloont en cliënten volgt. Ook is er nog onvoldoende sprake van transparantie van de geleverde kwaliteit en behoeft de inkooprol van verzekeraars en zorgkantoren verbetering⁶³. Daarmee is op dit moment onvoldoende duidelijk in hoeverre de huidige schaalvergroting daadwerkelijk meerwaarde voor cliënten creëert of, in een omgeving met toenemende risico's, toch vooral een defensieve keuze is van instellingen die 'groot' willen zijn zonder dat duidelijk is dat de cliënt bij de zorg die de nieuwe, gefuseerde organisatie biedt centraal komt te staan. Bovendien zijn er geluiden dat reorganisaties binnen zorginstellingen (zoals deze ook na fusies kunnen plaatsvinden) soms de aandacht dusdanig afleiden van de zorgverlening dat ze ten koste gaan van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Causale verbanden zijn hier zoals gezegd moeilijk aan te tonen, maar de geluiden zijn belangrijk genoeg om ter harte te nemen.

Toekomst beleid en verbeteringen

⁶³ Zie ook de brieven *Waardering II* (TK 2007-2008, 29 248, nr. 47) en *Zeker van zorg, nu en straks* (TK 2007-2008, 30597, nr 15)

Om ervoor te zorgen dat ook daar waar de competitie (nog) begrensd is ontwikkelingen rondom concentratievorming de publieke belangen borgen, stellen wij, aanvullend op het reeds bestaande interne en externe toezicht, de volgende maatregelen voor. Kern van deze maatregelen is dat zij erop zijn gericht de transparantie in de besluitvorming te vergroten, zonder te tornen aan de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor beslissingen over schaalgrootte.

Stap 1 Investeren in de rol van cliënten binnen organisaties

Wij gaan investeren in de rol van cliënten binnen organisaties. Zo wordt bestuurlijke concentratievorming geen synoniem voor bestuurlijke vervreemding en kunnen cliënten hun stem beter doen laten gelden bij fusieprocessen. Op dit moment is het bestuur van een zorginstelling op grond van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) verplicht een voornemen tot fusie voor advies voor te leggen aan de cliëntenraad. Zoals ook gemeld in de brief over cliëntenrechten in de zorg, willen wij de effectieve invloed van de cliëntenraad borgen door voor besluiten die gericht zijn op fusies een verzwaaard adviesrecht in te stellen. Dit betekent dat een zorgaanbieder in de toekomst niet van het advies mag afwijken tenzij een vertrouwenscommissie heeft geoordeeld dat dat redelijk is. Een vetorecht voor cliëntenraden is niet aan de orde. Bestuurders moeten kunnen blijven besturen. Conflicten tussen cliëntenraden en besturen kunnen worden voorgelegd aan de landelijke commissie voor vertrouwenslieden.

Om op deze wijze effectieve inspraak van cliëntenraden te borgen is financiële zelfstandigheid een essentiële voorwaarde. Daarom moet de cliëntenraad zelfstandig, op basis van een ingediende begroting en werkplan, kunnen beschikken over een budget. Cliëntenraden kunnen bij het indienen van de begroting en het werkplan rekening houden met bijzondere omstandigheden die voorzienbaar tot meer inspanning van de cliëntenraad of van cliënt en leiden, zoals een voornemen tot fusie⁶⁴.

Om de positie van cliënten bij fusies structureel te versterken zullen wij - zoals recent ook aangekondigd in de brief over cliëntenrechten - in wetgeving borgen dat cliënten en hun vertegenwoordigers via de centrale cliëntenraad invloed kunnen uitoefenen via een verzwaaard adviesrecht en dat de cliëntenraad kan beschikken over voldoende budget om daar effectief gebruik van te maken.

Stap 2: Adequate informatie verschaffen over alternatieve samenwerkingsvormen

In aanvulling daarop zullen wij stimuleren dat alternatieve samenwerkingsvormen onder de aandacht worden gebracht opdat zorgaanbieders en andere belanghebbenden bij organisatiebeslissingen over adequate informatie beschikken. Zorgaanbieders hebben verschillende instrumenten om hun strategische positie te versterken en fusievorming is daar één van. Soms kunnen alternatieve samenwerkingsverbanden de voordelen van fusies op een andere, misschien zelfs betere manier realiseren, bijvoorbeeld door het gezamenlijk aanbieden van bepaalde diensten of door het oprichten van netwerkorganisaties. De vraag is wat in specifieke gevallen de beste optie is. Wij kunnen en zullen dat antwoord niet geven, maar borgen wel de beschikbaarheid van adequate informatie over de verschillende oplossingsrichtingen. Overigens dient hierbij opgemerkt te worden dat alternatieve vormen van samenwerking tussen zorgaanbieders altijd binnen de grenzen van de Mededingingswet moet geschieden, om te voorkomen dat deze samenwerking leidt tot belemmering van de competitie tussen zorgaanbieders. Die wet biedt overigens ruimschoots mogelijkheden voor samenwerking. In het algemeen geldt dat samenwerkingsverbanden die puur gericht zijn op het beperken van de competitie niet zijn geoorloofd, terwijl samenwerkingsverbanden die de zorgkwaliteit dienen of doelmatigheid bevorderen, wel zijn toegestaan⁶⁵.

⁶⁴ Zie voor een meer uitgebreide toelichting onze brief over cliëntenrechten.

⁶⁵ Zie voor verschillende toegelaten samenwerkingsvormen o.a. NMa (2007), Richtsnoeren voor de Zorgsector

Om, in aanvulling op onze analyse en beleidsagenda in deze brief, nadere uitwerking te geven aan de motie Jan de Vries c.s.⁶⁶ om instellingen te wijzen op samenwerkingsvormen anders dan fusies zullen wij brancheorganisaties van zorgaanbieders verzoeken hier in hun contacten met en communicatie naar individuele leden expliciet aandacht voor te vragen.

Stap 3: Aanscherpen concentratietoezicht van de NMa

Daarnaast nemen wij maatregelen om het concentratietoezicht van de NMa nog aan te scherpen en de transparantie van de fusietoets te vergroten.

Hiertoe zal de Minister van Economische Zaken in overleg met ons een beleidsregel voorbereiden op het gebied van het concentratietoezicht in de zorg. Daardoor zal de NMa in alle gevallen waarin fuserende partijen op de relevante markt gezamenlijk een marktaandeel van 35% of meer hebben, vanzelfsprekend met inachtneming van adviezen van de NZa en IGZ,

- in haar fusietoets in de meldingsfase nader onderzoeken of er reden is om aan te nemen dat de fusie de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze zou kunnen belemmeren, met name als resultaat van het in het leven roepen of versterken van een economische machtspositie;*
- bij de beoordeling van een dergelijke fusie rekening houden met voor de zorg specifieke elementen, zoals de rol van verzekeraars en zorgkantoren bij de inkoop van zorg, de nog op gang komende competitie tussen zorgaanbieders, de nog beperkte mate van sturing door verzekeraars, de nog gebrekkige transparantie van de geleverde kwaliteit van zorg en het belang van de mate van reisbereidheid van cliënten. Dit laatste betekent ook rekening houden met relevante verschillen tussen cliënten en hun zorgbehoeften, zoals het belang van de persoonlijke band met directe zorgverleners, sociale netwerken en de leefomgeving voor mensen met een relatief zware en langdurige zorgvraag⁶⁷. Voor die kwetsbare mensen is het overstappen naar andere zorgaanbieders lang niet altijd een reëel alternatief, waardoor zij veel afhankelijker zijn van hun zorgaanbieder. De NMa zal in haar fusiebesluiten motiveren hoe de voor de zorg specifieke elementen van invloed geweest zijn op haar oordeel.*

Daarnaast zal in de beleidsregel nader worden bepaald hoe de NMa structureel de zienswijze van cliëntenraden en andere belanghebbenden in haar besluit zal betrekken.

Stap 4: Aanscherpen toezicht op aanmerkelijke marktmacht door de NZa

De RVZ beveelt ook aan om de bevoegdheden van de NZa in het kader van aanmerkelijke marktmacht zo nodig uit te breiden, mochten zich risico's van schaalvergroting voor de publieke belangen manifesteren, bijvoorbeeld omdat een instelling besluit bepaalde zorgfuncties te concentreren of locaties te sluiten. Vooralsnog zien wij geen reden om hiervoor concrete stappen te nemen. Er zijn nu geen aanwijzingen dat het huidige AMM-instrumentarium ontoereikend is voor het doel waarvoor het in het leven is geroepen: het voorkomen van beperkingen van de mededinging door misbruik van machtsposities. Op dit moment is aanscherpen van het AMM-instrumentarium niet de meest geëigende weg om te borgen dat essentiële functies of locaties worden opgehouden. Op basis van de Wet toelating zorginstellingen kunnen wij nu voorschriften verbinden aan de toelating van een instelling. Deze voorschriften kunnen ook betrekking hebben op specifieke eisen aan de bereikbaarheid van individuele instellingen. Als instellingen zich niet aan dergelijke voorschriften houden, staat de mogelijkheid van bestuursdwang open. In de brief over cliëntenrechten hebben wij aangekondigd dat dit instrumentarium wordt vervangen door een aanwijzingsbevoegdheid van de toezichthouder, zoals de Kwaliteitswet die ook kent. De mogelijkheid van bestuursdwang en last onder dwangsom blijft bestaan. De sturingsmogelijkheden zullen daarmee niet verminderen. De IGZ kan de zorgaanbieder een aanwijzing geven als de bereikbaarheid van acute zorg in gevaar komt en indien nodig een bevel voor zeven dagen. De Minister kan eventueel het bevel verlengen.

⁶⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31 200 XVI, nr. 84

⁶⁷ Zie bijvoorbeeld het Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

Wel ondersteunen wij het advies van de RVZ dat de NZa zijn monitoringstaak scherper kan toepassen op de effecten van schaalbeslissingen. Wij zullen hierover met de NZa in gesprek gaan.

Stap 5: Aanscherpen toezicht op de kwaliteit van zorg bij fusies door de IGZ

Tot slot nemen wij ook maatregelen om de kwaliteit van zorg gedurende een fusietraject te borgen en wij het toezicht van de IGZ aan rondom fusies.

De IGZ zal structureel toezicht houden bij zorgaanbieders die in een fusietraject verkeren. Dit extra toezicht zal een onderdeel zijn van het gefaseerde toezicht als een fusietraject als een risico wordt gezien die de kwaliteit van zorg kan doen verslechteren.

Bijlage 1: Trends en Initiatieven vanuit het veld

One-stop-shop-systeem

Dit zijn de initiatieven die zorgen dat een cliënt achter elkaar een aantal onderzoeken doorloopt volgens een vast protocol. Zo volstaat één bezoek aan het ziekenhuis voor alle noodzakelijke onderzoeken. Deze systematiek krijgt veelal vorm in een polikliniek en is dus ingebed in de ziekenhuisorganisatie. De cliënt wordt beter bediend en het ziekenhuis kan door doelmatiger organiseren middelen besparen.

Het IJsselland Ziekenhuis heeft een Hartfalen/Dyspnoe-polikliniek geopend.⁶⁸ Hier werken cardiologen en longartsen samen met als doel een snelle diagnose te stellen. Binnen enkele uren worden cliënten geholpen en ontvangen eventueel een behandeladvies.

Het St. Jans Gasthuis in Weert biedt one-stop poli's. Ook hier is het doel cliënten snel en gericht te helpen in één bezoek en om de zorg doelmatiger te organiseren. Zo hebben zij o.a. een diabetes-, mamacare-, hartfalen-, geheugen-, stoma- en CARA-poli. Daarnaast hebben zij ook zelfde soort poli voor diabetes, ADHD en astma ingericht voor kinderen. Ook het Meander Medisch Centrum en 't Lange Land Ziekenhuis bieden dergelijke poli's.

Focused factory

De term 'health care focused factory' is geïntroduceerd door Herzlinger. Het is een zorgonderneming die zich richt op één specialisme of soort ingreep. Dit biedt mogelijkheden om het kwaliteitsniveau te verhogen en processen gerelateerd aan de specialistische zorg te stroomlijnen. Expertise, ervaring en organisatie worden zo optimaal afgestemd op het leveren van een goed product. Focused factories staan in tegenstelling tot een one-stop-shop (juridisch) los van het ziekenhuis en daarmee ook van de beperkingen voortkomend uit een grotere ziekenhuisorganisatie. Vaak zijn ze wel gevestigd in of bij het ziekenhuis.

Het Dermatologisch centrum Isala in Zwolle is een goed voorbeeld van een focused factory. Het is een BV waarin de Isala klinieken en de maatschap aandeelhouders zijn. Door o.a. intensieve dagbehandelingen voor chronische huidaandoeningen binnen één centrum aan te bieden zijn zij uniek in de regio. De Isala klinieken willen hiermee inspelen op marktwerking in de zorg en ondernemerschap faciliteren.

AlNatal is een centrum voor zwangerschap in Nieuwegein. Het is zelfstandig maar werkt nauw samen met het St. Antonius Ziekenhuis, waar zij ook gevestigd zijn. Het centrum staat onder leiding van een gynaecoloog, verloskundige en operationeel manager. Vele specialismen integreren hier de zorg rondom zwangerschap en geboorte. Continuïteit van zorg wordt meer gewaarborgd, dit was voorheen een probleem in de regio. De aanpak is zeer cliëntgericht.ⁱ AlNatal is onderdeel van Alant Medical, een organisatie die tot doel heeft medische centra te exploiteren zich richten op doelgroepen en zich positioneren tussen de huisartsen en het ziekenhuis in. Alant Vrouw, waarmee het UMC Utrecht een samenwerking heeft, is een centrum dat bekkenbodemp- en overgangsklachten behandelt en ook tot Alant Medical behoort. Het UMC Utrecht heeft hiermee de planbare zorg voor deze doelgroep elders ondergebracht waardoor wachttijden werden verkort door efficiënte logistiek rondom het operatietraject. 't Lange Land ziekenhuis heeft de Lange Land kliniek voor cosmetische chirurgie opgericht (dus ook zorg behorend tot het derde compartiment). Dit is gedaan om aan de wens van cliënten tegemoet te komen ook niet verzekerde ingrepen uit te voeren.ⁱⁱ

Het Oogziekenhuis in Rotterdam is een onderneming die zich uitsluitend richt op oogheelkundige

⁶⁸ IJsselland Ziekenhuis opent Hartfalen/Dyspnoe-kliniek, Ziekenhuiskrant, nr 15, 26-09-2007

zorg. Zij profileren zich als topzorginstituut met innovatie als belangrijk speerpunt. Voor de regio Rijnmond verzorgen zij de tweede lijn oogheelkundige zorg. Verder doen zij derde lijn (top)zorg voor geheel Nederland. De oogartsen zijn opgedeeld in subspecialistische groepen (zoals netvlieschirurgie of corneachirurgie) en er zijn specialistische spreekuren (diabetes, cornea en retina). De organisatie van het ziekenhuis is gericht op het leveren van een goed product en heeft een marktgerichte bedrijfsvoering. Ervaringen uit andere bedrijven (KLM, Albert Heijn) worden gebruikt om planning van behandelingen te verbeteren, de kwaliteit te bewaken en de magazijnfunctie te beperken. Het ziekenhuis is in alles erop gericht om bij cliënten de angst om blind te worden weg te nemen. De organisatiestructuur is ingericht naar behandelteams. Doel daarvan is onder andere om service, efficiency en cliëntgericht denken verder te versterken. Al gerealiseerde initiatieven daartoe zijn een avondspreekuur, telefonische post-operatieve controle en drie klinisch paden (verzorgingsplannen die de behandeling voor, tijdens en na verblijf beschrijven).

Processen indelen naar specialisme of cliëntengroep

Het Oogziekenhuis is een goed voorbeeld hoe processen en zorg in te delen naar specialismen.

Ziekenhuizen doen dit ook steeds meer.

Het Meander Medisch Centrum Amersfoort heeft een avondspreekuur Fertilititeit, een Duizeligheidpoli en een Cardiovasculaire Preventie Poli. Deze initiatieven zijn anders dan de one-stop-poli's meer gericht op informeren dan op het afstemmen van meerdere onderzoeken. Ook de zorgprocessen op de diverse afdelingen zijn opnieuw ingericht zodat de totale doorlooptijd voor cliënten en ziekenhuis verkort wordt.

Organiseren van zorg in de buurt

Verder organiseren ziekenhuizen zorg steeds meer buiten het ziekenhuis. Redenen hiervoor zijn meer inspelen op wensen van de cliënt en afbakenen markeren van het eigen zorggebied.

Voorbeeld is het Meander Medisch Centrum waar zwangere vrouwen thuis kunnen worden opgenomen. De gespecialiseerde obstetrie verpleegkundige komt dagelijks aan huis en doet dezelfde controles als in het ziekenhuis. Tevens vindt dagelijks overleg plaats met de gynaecoloog. De uitgebreidere controles vinden één keer per week in het ziekenhuis plaats.

Ook het Academisch Medisch Centrum Amsterdam biedt intensieve zorg thuis. De soms dagelijks noodzakelijke 'Cardio Toco Gram' (CTG) kan ook thuis gemaakt worden.

't Lange Land Ziekenhuis heeft in 2006 decentrale prikposten ingesteld die dit jaar verder uitgebreid zullen worden. Het Lievenberg Ziekenhuis in Bergen op Zoom is gestart met een wekelijks spreekuur van het Zeeuws Radio Therapeutisch Instituut zodat patiënten niet de regio uit hoeven.

Het Wilhelmina Ziekenhuis Assen heeft een nazorgafdeling in verpleeghuis Anholt en de maatschap reumatologie bedient ook het Refaja Ziekenhuis in Stadskanaal.

Het St. Jans Gasthuis in Weert organiseert het revalideren van chronische longpatiënten samen met het Centrum voor Integrale Revalidatie Orgaanfalen (CIRO) in Horn. Hierdoor kunnen patiënten dicht bij huis en zonder opname revalideren.ⁱⁱⁱ

Samenwerking eerste, tweede en derde lijn

Samenwerking tussen eerste, tweede en derde lijn wordt steeds beter regionaal vormgegeven. Een aantal ziekenhuizen biedt bijvoorbeeld multidisciplinaire revalidatieprogramma's aan.

Het Diaconessenhuis in Utrecht heeft een colonherstelprogramma die de opnameduur moet halveren.

De fysiotherapie afdeling van 't Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer werkt samen met Parnassia psycho-medisch centrum om mensen met een oncologische aandoening te helpen revalideren. Daarnaast heeft het 't Lange Land het project 'peri-operatieve voedingszorg' dat patiënten moet helpen beter te herstellen na een operatie. Dit is gesubsidieerd door een van de verzekeraars.

Het Martini Ziekenhuis in Groningen is op 1 januari van dit jaar gestart met een pilot om het zorgpad van patiënten met onverwachte heupoperatie te verbeteren. Werkafspraken zijn gemaakt met alle partijen van spoedeisende hulp tot ziekenhuisopname en verpleeghuis en/of thuis. Ook zijn er andere transmurale samenwerkingsverbanden vaak rondom diabetes en verloskunde.

Het Meander Medisch Centrum en het Martini Ziekenhuis werken met een regionaal verwijfsmodel.

Ook het diabetes project van het Wilhelmina Ziekenhuis Assen is multidisciplinair. Het richt zich op uniformering van controle en begeleiding van diabetespatiënten. Het Lievenberg Ziekenhuis in Bergen op Zoom profileert zich met een geheugenpolikliniek als specialist voor ziekenhuiszorg voor ouderen met als doel de ketenzorg in de regio aan te vullen.^{iv}

ⁱ Uniek centrum voor zwangerschap, Ziekenhuiskrant, nr 15, 26-09-2007

ⁱⁱ Totaalpakket cosmetische chirurgie, Ziekenhuiskrant nr 16, 10-10-2007

ⁱⁱⁱ Jaarverslag 2006, St. Jans Gasthuis Weert

^{iviviviv} Jaardocument 2006, Lievenberg Ziekenhuis Bergen op Zoom

Overzicht toezeggingen en moties voldaan in deze brief

Toezeggingen AO eerstelijnszorg d.d. 31 januari 2008

- In het voorjaar 2008 ontvangt de Kamer een brief over kwaliteit en bereikbaarheid van de zorg.

Motie Schippers d.d. 18 februari 2008

- Het behoud van bereikbaarheid in de eerstelijnszorg, en in te zetten op veel grotere bereikbaarheid dan thans in de praktijk bestaat. Voor de zomer zal de Kamer de brief over kwaliteit en bereikbaarheid ontvangen waarin onder andere wordt ingegaan op de spreiding van huisartsenposten en normen voor bereikbaarheid bij spoedoproepen, met eventuele sancties.

Motie Kant c.s. d.d. 15 november 2007

- Verzoek om bij het onderzoek naar een adequate toetsing van fusies van zorginstellingen en/of concentraties van zorgvoorzieningen het criterium «maatschappelijke functie en leefbaarheid» bij dit onderzoek te betrekken.

Motie Jan de Vries c.s. d.d. 21 november 2007

- Verzoek om lopende het onderzoek bij de zorginstellingen het belang van bereikbaarheid, kwaliteit, maatschappelijke functie, leefbaarheid, diversiteit en keuzevrijheid onder de aandacht te brengen en deze instellingen te wijzen op alternatieve samenwerkingsvormen.

Toezeggingen begrotingsbehandeling d.d. november 2007

- De witte vlekken in kaart brengen met betrekking tot huisartsenpraktijken die steeds minder fysiek bereikbaar zijn.
- Onderzoeken of de bereikbaarheid van de verloskunde in het geding komt door toenemend aantal eerstelijns samenwerkingspraktijken.
- Een aparte brief aan de Kamer te sturen over het vraagstuk van bereikbaarheid in relatie tot kwaliteit, leefbaarheid en keuzevrijheid. Aan de hand van de uitwerking van dit vraagstuk bezien of een aparte fusietoets voor de zorg nodig is.

Bijlage 3: Overzicht gevoelige ziekenhuizen 2008

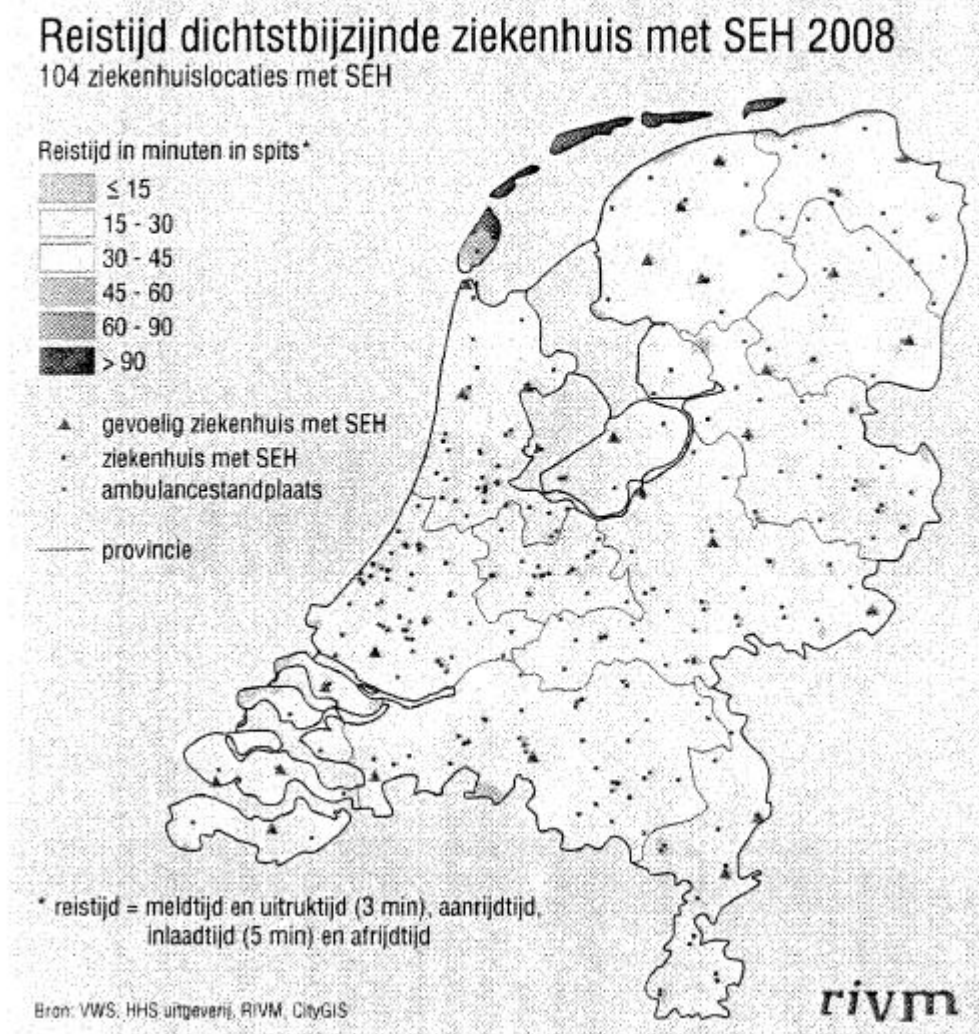
<i>Vaam organisatie</i>	<i>Locatiennaam</i>	<i>Plaats</i>	<i>Aantal inwoners waarvoor het ziekenhuis gevoelig is</i>
Ziekenhuis Zeeuws-Vlaanderen	De Honte	Terneuzen	58.400
Stichting het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	Van Weel-Bethesda Ziekenhuis Dirksland	Dirksland	34.500
Gemini Ziekenhuis	Gemini Ziekenhuis	Den Helder	33.900
Vestfries Gasthuis	Westfries Gasthuis	Hoorn Nh.	31.800
Antonius Ziekenhuis	Antonius Ziekenhuis	Sneek	24.300
Jsselmeer Ziekenhuizen	Zuiderzeeziekenhuis	Lelystad	21.000
Zorggroep Suydevelt	Scheperziekenhuis	Emmen	20.000
Laurentius Ziekenhuis	Laurentius Ziekenhuis	Roermond	11.000
Stichting Christelijke Zorgvoorzieningen Talma Sionsberg	Ziekenhuis Talma Sionsberg	Dokkum	8.000
Zorgcombinatie Noorderborg	Diaconessenhuis Meppel	Meppel	7.100
Oosterscheldeziekenhuizen	Oosterschelde ziekenhuis	Goes	5.700
Medicuri Medisch Centrum	Venlo	Venlo	5.500
Ziekenhuis Walcheren	Ziekenhuis Walcheren	Vlissingen	4.100
Stichting Ziekenhuis Lievensberg	Ziekenhuis Lievensberg	Bergen Op Zoom	2.700
St. Jansdal	St. Jansdal	Harderwijk	2.700
Ruwaard Van Putten Ziekenhuis	Ruwaard van Putten Ziekenhuis	Spijkensisse	2.100
Streekziekenhuis Koningin Beatrix	Streekziekenhuis Koningin Beatrix	Winterswijk	1.900
De Tjongerschans	De Tjongerschans	Heerenveen	1.800
St. Elisabeth Ziekenhuis	St. Elisabeth Ziekenhuis	Tilburg	1.700
Zorggroep Noorderbreedte	Medisch Centrum Leeuwarden	Leeuwarden	1.600
Delfzicht Ziekenhuis	Delfzicht Ziekenhuis	Delfzijl	1.200
Sophia Klinieken	Sophia	Zwolle	700
Medisch Centrum Alkmaar	Medisch Centrum Alkmaar	Alkmaar	500
St. Lukes Ziekenhuizen	Lukas	Apeldoorn	100

Vilhelmina Ziekenhuis Assen	Wilhelmina Ziekenhuis Assen	Assen	100
Totaal			282.400

Bijlage 4

Kaart 1 toont voor de 104 locaties de reistijd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met SEH-afdeling. In de oranje en rode gebieden liggen de reistijden boven de 45 minuten. Het gaat hierbij om de eerder genoemde 57.000 inwoners.

Kaart 1: Reistijd naar dichtstbijzijnde SEH



Bijlage 5

Op dit moment krijgen negen kleine ziekenhuislocaties beschikbaarheidstoelage met klinische adherentie van minder dan 72500 personen met een afdeling SEH die van belang zijn voor de ziekenhuiszorg binnen 45 minuten. In de onderstaande tabel worden locaties weergegeven op basis van informatie van de NZa (juni 2008).

Naam organisatie ^{iv}	Locatiennaam	Plaats
1 IJsselmeer Ziekenhuizen	Dokter J.H. Jansenziekenhuis	Emmeloord
2 Van Weel-Bethesda Ziekenhuis Dirksland	Van Weel-Bethesda Ziekenhuis Dirksland	Dirksland
3 St. Chr. Zorgvoorzieningen Talma Sionsberg	Ziekenhuis Talma Sionberg	Dokkum
4 Delfzicht Ziekenhuis	Delfzicht Ziekenhuis	Delfzijl
5 Bethesda Ziekenhuis	Bethesda Ziekenhuis	Hoogeveen
6 St. Lucas Ziekenhuis	St. Lucas Ziekenhuis	Windschoten
7 Prof. Chr. Ziekenhuis Refaja	St. Chr. Ziekenhuis Refaja	Stadskanaal
8 Streekziekenhuis Coevorden-Hardenberg	Locatie Röpcke Zweers	Hardenberg
9 Medisch Spectrum Twente	Locatie Oldenzaal	Oldenzaal

Bijlage 6: Fusietoezicht door de NMa

Concentratiecontrole in de Mededingingswet

Het begrip 'concentratie' is in de Mededingingswet gedefinieerd als fusies en afspraken die verkrijging van zeggenschap met zich meebrengen. Ziekenhuizen en AWBZ-instellingen zijn privaatrechtelijke instellingen en 'ondernemingen' in de zin van de Mededingingswet. Het merendeel daarvan valt onder het concentratietoezicht van de NMa.

Het concentratietoezicht van de NMa is van toepassing op alle concentraties die een bepaalde gezamenlijke jaaromzet overstijgen, de zogenoemde omzetrempels. Op verzoek van de Tweede Kamer zijn voor de zorgsector sinds 1 januari 2008 verlaagde omzetrempels van toepassing (Kamerstukken II 2005/06, 30 071, nr. 31 (Motie Ten Hoopen c.s.)). De omzetrempels voor fuserende zorgaanbieders zijn daarmee meer dan gehalveerd en zijn van toepassing op alle concentraties tussen twee of meer zorgaanbieders die een gezamenlijke jaaromzet hebben van meer dan € 55.000.000, minstens twee daarvan een jaaromzet in Nederland hebben behaald van meer dan € 10.000.000, en ten minste twee van de betrokken ondernemingen ieder afzonderlijk een zorgomzet hebben van meer dan € 5.500.000. Een concentratie boven die omzetrempels mag niet tot stand worden gebracht zonder voorafgaande melding bij de NMa. Deze verlaagde drempels gelden voor een periode van 5 jaar.

Voor concentraties die boven de omzetrempels uitkomen geldt dat, zolang de concentratie niet is gemeld, het verboden is de concentratie tot stand te brengen. Dat kan pas nadat vier weken zijn verstreken na aanmelding van de fusie bij de NMa, danwel na goedkeuring door de NMa, al dan niet onder voorwaarde van het zorgen voor een oplossing ('remedie') voor geconstateerde mededingingsproblemen, bijvoorbeeld het afstoten van bepaalde onderdelen.

Tegen beslissingen van de NMa kan door belanghebbenden (bijvoorbeeld de fusiepartners zelf maar ook directe concurrenten, cliënten of andere belanghebbenden) een beroep worden ingesteld bij de Rechtbank Rotterdam. Het College van Beroep voor het bedrijfsleven oordeelt in hoger beroep. Indien de NMa een fusie niet toestaat kan de Minister van Economische Zaken alsnog een vergunning verlenen indien er naar zijn oordeel gewichtige redenen van algemeen belang zijn die zwaarder wegen dan de te verwachten belemmering van de concurrentie als gevolg van de concentratie (artikel 47 van de Mededingingswet).

Hoe bepaalt de NMa of er sprake is belemmering van de 'daadwerkelijke mededinging'?

De procedure voor toetsing van concentraties bestaat uit twee fases: de meldingsfase en de vergunningfase. In de meldingsfase onderzoekt de NMa of *er reden is om aan te nemen* dat de concentratie de daadwerkelijke mededinging op (een deel van) de Nederlandse markt op significante wijze zou kunnen belemmeren, met name als het resultaat van het in het leven roepen of het versterken van een economische machtspositie. Als dat niet zo is, dan is voor de fusie geen vergunning vereist en kan die tot stand worden gebracht. Indien er wel voor moet worden gevreesd dat de mededinging op significante wijze kan worden belemmerd, is een vergunning vereist. In de vergunningsfase onderzoekt de NMa vervolgens of de

voorgenomen concentratie *zal* leiden tot een significante belemmering van de daadwerkelijke mededinging op (een deel van) de Nederlandse markt, met name als het resultaat van het in het leven roepen of het versterken van een economische machtspositie.

Een instelling beschikt over een economische machtspositie als deze zich in belangrijke mate onafhankelijk van anderen kan gedragen, van andere aanbieders, van verzekeraars of hun cliënten. Om te onderzoeken of er sprake is van zo'n machtspositie hanteert de NMa in haar onderzoeken een *case-by-case* benadering. Centraal daarbij staat het bepalen van de zogenaamde 'relevante markt' en de positie van de beoogde fusiepartners en overige niet bij de fusie betrokken aanbieders op die markt, inclusief de mogelijkheden voor nieuwe zorgaanbieders om zorg aan te bieden. De NMa kijkt hier naar twee niveaus. Het eerste niveau bestaat uit alle zorg of diensten die vanuit het perspectief van de cliënt als onderling verwisselbaar en daarmee als daadwerkelijke alternatieven kunnen worden gezien. (De NMa spreekt hier van de 'relevante productmarkt'.) Bij het bepalen van het relevante geografische niveau bekijkt de NMa in welk gebied de fuserende instellingen (vooral) zorg aanbieden, waar hun cliënten vandaan komen en wat hun voorkeuren zijn (De NMa spreekt hier van de 'relevante geografische markt'.) Hoe geringer de reisbereidheid, hoe kleiner het gebied met eventuele alternatieve zorgaanbieders dat de NMa bij haar onderzoek betreft. In delen van de zorgsector is met name deze geografische afbakening van groot belang omdat reisbereidheid en reisafstand een prominente rol speelt.

Casus: fusiezaak Vizier/De Wendel

In de fusiezaak Vizier/De Wendel, twee in 2005 beoogde fusiepartners van zorg voor verstandelijk gehandicapten met overlappende activiteiten in Noord-Limburg, heeft de NMa onderzoek gedaan naar factoren die de relevante geografische markt bepalen. Zo heeft de NMa met behulp van informatie van het CIZ onderzocht wat de voorkeursinstelling van mensen met een verblijfsindicatie is. Het bleek dat het overgrote deel van cliënten afkomstig uit Noord-Limburg een duidelijke voorkeur voor een instelling in Noord-Limburg had. Bovendien bleek uit de cliëntenstroom dat het merendeel van de cliënten van de drie bestaande aanbieders in Noord-Limburg ook afkomstig was uit die regio.

Daarnaast verwees de NMa in haar besluit naar wetenschappelijk onderzoek dat sociale netwerken van cliënten van grote betekenis zijn binnen de behandeling en ondersteuning en dat cliënten bijna allemaal hun familie aanwijzen als belangrijkste relatie. Omgekeerd bleek de betrokkenheid van de familie van cliënten in de huizen groot.

Het verrichte onderzoek maakte aannemelijk dat de zogenaamde 'geografische markt' slechts een klein gebied rond de betrokken instellingen betrof. Door zonder meer te fuseren zou het aantal keuzemogelijkheden in die regio, en daarmee ook de mogelijkheid voor competitie op kwaliteit, diversiteit en service, worden beperkt. Uiteindelijk leidde dit tot het slechts onder voorwaarden toestaan van de fusie. Vizier moest afzien van een voorgenomen groei van 55 plaatsen en die capaciteit overdragen aan een (in die regio) nieuwe aanbieder, Plurn. Daarmee werd gegarandeerd dat het aantal reële keuzemogelijkheden voor cliënten ondanks de fusie ongewijzigd bleef.

Als de NMa op grond van haar onderzoek concludeert dat er geen sprake is van significante belemmering van de mededinging, en de fusie bijvoorbeeld niet zal leiden tot een dusdanige (versterking van een) machtspositie dat de daadwerkelijke keuze wordt beperkt, dan kan de fusie doorgang vinden. Er is dan vanuit mededingingsoogpunt geen reden om zorgaanbieders te beperken in hun mogelijkheden om aan de zorgvraag te voldoen. Als de voorgenomen fusie naar verwachting wél leidt tot bijvoorbeeld een (ver)sterk(t)e machtspositie en daarmee de keuzevrijheid van mensen beperkt, dan is de fusie in principe niet toegestaan. Het is dan aan de fuserende partijen om

desgewenst met voorstellen te komen die aan deze geconstateerde mededingingsproblemen tegemoetkomen.

Verweer op basis van te behalen kwaliteitsverbeteringen of reddingsfusie

Dat neemt niet weg dat er omstandigheden denkbaar zijn die maken dat een fusie toch een goede oplossing is en uiteindelijk wel in het belang is van mensen die zorg nodig hebben. Daarom is er feitelijk sprake van een 'nee-tenzij'. Het systeem van de Mededingingswet laat ruimte voor een aantal uitzonderingsgronden, waaronder een verweer gebaseerd op te behalen kwaliteitsverbeteringen en het zogenaamde 'reddingsfusieverweer'.

In sommige gevallen zou een fusie kunnen leiden tot dusdanige kwaliteitsverbeteringen (of ook efficiencywinsten) dat de voordelen daarvan tegenwicht bieden tegen de nadelige effecten op de mededinging die de fusie anders zou hebben veroorzaakt. Het gaat dan met name om kwaliteitsverbeteringen die gerelateerd zijn aan schaalvoordelen, bijvoorbeeld verwachte kwaliteitsverbeteringen door concentratievorming dankzij schaal- en leereffecten bij relatief complexe vormen van zorg. Wil dit zogenaamde 'efficiëntieverweer' geaccepteerd worden door de NMa, dan moet wel aan drie voorwaarden worden voldaan:

- Er moet door de fuserende zorgpartijen worden aangetoond dat de verbeteringen ten voordele komen van cliënten en daarmee de te verwachten negatieve effecten op het keuzeaanbod tegengaan.
- Daarnaast moeten de verbeteringen specifiek uit de concentratie voortvloeien en niet in dezelfde mate kunnen worden bereikt met minder concurrentie beperkende middelen, zoals andere vormen van samenwerking, contacten, en dergelijke.
- Ten slotte moeten de verbeteringen verifieerbaar zijn. In kwantitatieve en/of kwalitatieve zin moet duidelijk zijn dat de te behalen verbeteringen echt substantieel zijn. Een marginale verbetering is onvoldoende om de te verwachten negatieve gevolgen voor de mededinging te kunnen compenseren.

Als een voorgenomen fusie als enige mogelijkheid wordt gezien om een bepaald noodlijdend zorginstelling toch nog open te kunnen houden, dan kan de NMa besluiten dat een fusie niettemin is toegestaan. Dit is het zogenaamde 'reddingsfusieverweer'. Dit verweer houdt in dat de concentratie noodzakelijk is voor de in moeilijkheden verkerende aanbieder om te kunnen blijven bestaan. De belangrijkste voorwaarde is dat de verslechtering van de keuzemogelijkheden niet wordt veroorzaakt door de fusie zelf. Dit is het geval als de zogenaamde 'concurrentiedruk' in een bepaald gebied en/of bepaalde vormen van zorg zonder de fusie of overname minstens evenveel zou afnemen, omdat de zorgaanbieder zonder de overname of fusie van de markt zou zijn verdwenen.

Overigens wordt in de praktijk weinig tot geen gebruik gemaakt van deze mogelijkheden en zoeken potentiële fusiepartners, zodra duidelijk is dat er grote bezwaren zijn, veelal naar andere wegen om het beoogde resultaat te krijgen.

Samenwerking NMa, NZa en IGZ

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft ten aanzien van de concentratiecontrole van de NMa een adviesrol. In het samenwerkingsprotocol tussen de NMa en de NZa is vastgelegd dat de NZa de mogelijkheid heeft om aan de NMa een zienswijze af te geven over concentraties in de zorgsector. De NZa gaat in de zienswijze in op de gevolgen die een voorgenomen concentratie heeft op de publieke belangen: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Het belang van de cliënt staat hierbij centraal. Ook de keuzevrijheid is een hierbij een element. De nadere werkafspraken inzake concentratiezaken tussen de NMa en de NZa regelen onder andere dat die zienswijze opmerkingen en aandachtspunten bij de (wijze van) marktafbakening bevat, waarbij de NZa sectorspecifieke kennis kan inbrengen. In dat protocol is ook vastgelegd dat de NMa in geval haar besluit afwijkt van de zienswijze die afwijking gemotiveerd zal weergeven. Een en ander is nog nader uitgewerkt in nadere

werkafspraken die tussen de NMa en de NZa zijn gemaakt. Deze nadere werkafspraken zijn ook gepubliceerd in de Staatscourant (d.d. 5 maart 2008).

De IGZ geeft input aan de NZa voor haar zienswijze, ook in het kader van de beoordeling van mogelijke kwaliteitsverbeteringen relevant voor een onderzoek in het kader van het zogenaamde 'efficiëntieverweer'. Daarnaast komt het soms ook voor dat er tijdens de behandeling van een zaak direct contact tussen IGZ en NMa, bijvoorbeeld om een nadere toelichting te ontvangen op specifieke kwaliteitsgerelateerde argumenten die in de zaak naar voren komen.

NMa-besluiten

Sinds 2004 heeft de NMa 70 fusiezaken in de zorg (exclusief zorgverzekeraars) beoordeeld en daarbij relatief vaak, namelijk veertien keer ingegrepen, waarvan één keer in de curatieve zorg en dertien keer in de langdurige zorg. In de overige sectoren van de Nederlandse economie tezamen heeft de NMa sinds 1998 dertien keer bij fusies ingegrepen. Van de veertien ingrepen in zorgzaken heeft de NMa 4 keer ingrepen door in de meldingsfase goed te keuren na remedies, 1 keer door in de vergunningsfase goed te keuren na remedies. In 4 gevallen hebben partijen nadat de NMa een vergunningseis heeft gesteld hun fusieplannen gestaakt, in 5 gevallen hebben partijen hun vergunningsaanvraag ingetrokken nadat de NMa mededingingsbezwaren heeft kenbaar gemaakt.

Een bijkomend effect van de ex-ante concentratiecontrole door de NMa is het zogenoemde anticipatie-effect. De NMa heeft hier enkele jaren geleden onderzoek naar laten doen (Twynstra Gudde (2005), Onderzoek naar anticipatie op concentratiecontrole). Uit dit onderzoek blijkt dat ondernemingen rekening houden met een eventueel ingrijpen van de NMa: in die gevallen waarin de kans gering wordt geacht dat de concentratie zal worden goedgekeurd, lopen veel ondernemingen daarop vooruit. Volgens het onderzoek vindt twintig procent van de fusieplannen geen of slechts in gewijzigde vorm doorgang, omdat bij de uitwerking van de plannen vooruit gelopen wordt op de verwachte reactie van de NMa. Ondernemingen die wel een fusie aanmelden zijn veelal vooraf - vaak al samen met een mededingingsadvocaat - tot de inschatting gekomen dat de fusie niet tot mededingingsproblemen zal leiden, dan wel dat eventuele problemen met remedies zijn op te lossen.

Bijlage 7 Vergelijking borging van publieke belangen bij fusies tussen woningcorporaties en in de zorgsector.

WWI	VWS
<p>Het Centraal Fonds voor de Volkshuisvesting (CFV) beoordeelt de financiële continuïteit (de verwachting of binnen 5 jaar een saneringsplan zal worden ingediend) en de matching van middelen (beoordeling van de huidige financiële gezondheid).</p>	<p>Momenteel kunnen instellingen in financiële problemen bij de NZa vragen om hulp in geval de continuïteit van zorg in gevaar komt.</p> <p>Zoals in de brief over cliëntenrechten is aangekondigd zal de NZa een monitoringssysteem opzetten om de financiële positie van zorgaanbieders te volgen en daarover tijdig te rapporteren als daar aanleiding toe is. In de wetgeving zullen de bevoegdheden worden vastgelegd om maatregelen te treffen die noodzakelijk zijn om de continuïteit van zorg te blijven garanderen. Daarbij kunnen de bewindspersonen van VWS ook gebruik maken van de adviezen en signalen van de IGZ.</p>
<p>De Minister voor WWI toetst of een fusie een volkshuisvestelijke meerwaarde heeft. De punten waar de Minister voor WWI bij fusies aan toetst zijn:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Wat zijn de gevolgen voor de huurontwikkeling?. 	<p>De NZa heeft verschillende bevoegdheden om onder andere de zorg betaalbaar te houden waaronder het stellen van algemene condities zoals kostentoe rekeningsprincipes en prijsreguleringsinstrumenten. Daarnaast kan de NZa in individuele gevallen optreden, zoals met het AMM-instrumentarium.</p>

<ul style="list-style-type: none"> Blijft de lokale binding behouden? Hieronder wordt in ieder geval verstaan de aanwezigheid van een lokaal aanspreekpunt in die gemeenten waar de gefuseerde corporatie 100 of meer huurwoningen heeft, welk aanspreekpunt minimaal de zelfstandige bevoegdheid heeft om klachten van huurders af te handelen en als aanspreekpunt voor de gemeente fungeert. 	<p>Momenteel moeten instellingen verplicht een klachtencommissie hebben. In de brief over cliëntenrechten in de zorg stellen we voor dat instellingen in plaats van klachtencommissie een klachtenfunctionaris moeten hebben. Daarnaast moeten instellingen zijn aangesloten bij een laagdrempelige externe commissie die oordeelt over klachten en geschillen. Cliëntenraden hebben verzwaaard adviesrecht bij besluiten die de persoonlijke levenssfeer raken.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Wordt de investeringscapaciteit van de gefuseerde corporatie ingezet ten behoeve van de lokale en/of regionale behoeften, zodanig dat de huurdersorganisaties en de gemeenten de corporatie daarop, ook in de jaren na de fusie, kunnen aanspreken? Om te oordelen over de individuele prestaties van gefuseerde corporaties, worden de prestatieafspraken tussen gemeenten en corporaties bekeken. 	<p>In de brief over cliëntenrechten in de zorg hebben we aangegeven dat we bij besluiten van financiële, strategische en beleidsmatige aard, zoals beslissingen over inkrimping of uitbreiding van de werkzaamheden van de zorgaanbieder, de effectieve invloed van cliënten en hun vertegenwoordigers willen borgen via het adviesrecht van de centrale cliëntenraad, voor fusies via het verzwaaard adviesrecht. Ook stellen we voor dat de cliëntenraad kan beschikken over voldoende budget om daar effectief gebruik van te maken. Onderzocht wordt of de lijst van onderwerpen die nu onder het adviesrecht en het verzwaaard adviesrecht vallen, geactualiseerd moet worden. De Minister van VWS oordeelt op basis van de beleidsregel inzake behoud van vermogen of bij rechtshandelingen met onroerend goed (zoals een fusie) ook in de jaren na de rechtshandeling de waarde van onroerende zaken voor de zorg behouden blijft.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Is er sprake van matching van middelen tussen rijke en arme corporaties? 	<p>Dit is geen doel in de zorg.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Verbeterd de professionaliteit en de doelmatigheid van de organisatie enerzijds en de kwaliteit van de dienstverlening aan de huurders anderzijds? Dit onder meer door middel van een paragraaf m.b.t. de efficiency, opgesteld door de RvT of de RvC. Ook wordt gekeken naar andere aangeleverde stukken, zoals zienswijzen van huurdersorganisaties. Tevens wordt na de fusie een evaluatietraject gehouden door de corporatie, waarbij ook gemeenten en huurdersorganisaties worden betrokken. De corporaties rapporteren hierover aan de Minister voor WWI. 	<p>Allereerst hebben de instelling of individuele zorgverlener samen met Raad van Toezicht en de verzekeraars, cliëntenraden en cliënten- en patiëntenorganisaties een rol om de doelmatigheid en kwaliteit te borgen. Voorstel in deze brief is, om in aanvulling hierop, de IGZ structureel toezicht te laten houden op de kwaliteit van zorg bij zorgaanbieders die in een fusietraject verkeren. De NZa houdt bij de uitoefening van haar taken rekening met de publieke belangen in de zorg: deze moet toegankelijk, kwalitatief goed, en bovendien betaalbaar zijn en blijven voor de cliënt.</p>

De Minister voor WWI verwacht van corporaties dat zij een zienswijze op de fusie vragen van de huurdersorganisaties en betrokken gemeenten. Indien er sprake is van een negatief advies kunnen betrokken corporaties dit van een onderbouwde reactie voorzien. Indien de betrokken organisaties geen advies vragen aan de relevante gemeenten en huurderorganisaties dan vraagt de Minister voor WWI om een zienswijze.

In de brief over cliëntenrechten in de zorg stellen we voor in wetgeving te borgen dat cliënten en hun vertegenwoordigers via de centrale cliëntenraad invloed kunnen uitoefenen op in ieder geval fusies via een verzaamd adviesrecht en dat de cliëntenraad kan beschikken over voldoende budget om daar effectief gebruik van te maken. Voorstel in deze brief is om in een beleidsregel nader te bepalen hoe de NMa structureel de zienswijzen van cliëntenraden en andere belanghebbenden in haar besluiten zal betrekken.