

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 1698

Vragen van de leden **Dik-Faber** en **Slob** (beiden ChristenUnie) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de financiële situatie van kleine ziekenhuizen* (ingezonden 19 februari 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 26 maart 2015). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 1448.

#### Vraag 1

Kent u het bericht «20% van de ziekenhuizen financieel in de gevarezone»?<sup>1</sup> Zo ja, wat vindt u van dit bericht?

#### Antwoord 1

Ik ken het bericht en ik heb kennisgenomen van het BDO-rapport. Wanneer een ziekenhuis in financiële problemen verkeert is het belangrijk dat ziekenhuizen hun bedrijfsvoering snel op orde te krijgen. Bestuurders van zorginstellingen in Nederland hebben de vrijheid om keuzes te maken die bijdragen aan verantwoorde zorgverlening. Daarbij zijn de bestuurders ook verantwoordelijk voor de financiële consequenties van die keuzes.

#### Vraag 2

Hoe verklaart u dat kleine ziekenhuizen relatief vaker dan grote ziekenhuizen financieel in de problemen zitten?

#### Antwoord 2

Bij kleine ziekenhuizen staat, gemiddeld genomen, de vermogens- en liquiditeitspositie meer onder druk. Door hun omvang zitten kleine ziekenhuizen relatief vaker in de «gevarezone». Er zijn minder schaalvoordelen en kleinere buffers om tegenslagen op te vangen. Aan de andere kant: als ze zichzelf een goed, overzichtelijk profiel aanmeten en een goed (financieel) management hebben, dan is het zeker haalbaar om financieel gezond te blijven.

<sup>1</sup> <http://www.bdo.nl/nl/nieuws/paginas/benchmark-20-van-de-ziekenhuizen-financieel-in-de-gevarezone.aspx>

### Vraag 3

Hoeveel van de financieel zwakke ziekenhuizen bevinden zich in welke (krimp)regio's?

### Antwoord 3

Van de 10 ziekenhuizen die onderaan de lijst uit het rapport van BDO staan als het gaat om een minder goede financiële positie, liggen er drie ziekenhuizen in een krimp of anticipeer regio. Het betreft het Gemini ziekenhuis, het Admiraal de Ruyter ziekenhuis en het Orbis Medisch Centrum.

### Vraag 4

Deelt u de mening dat kleine ziekenhuizen in de regio van groot belang zijn voor de beschikbaarheid van zorg dichtbij? Bent u ook bezorgd over de toekomst van kleine ziekenhuizen?

### Antwoord 4

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

### Vraag 5

Bent u op de hoogte van het 10 puntenplan met 10 ideeën voor de ziekenhuizen van de ChristenUnie?

### Antwoord 5

Ja.

### Vraag 6

Wat vindt u van het idee van de ChristenUnie om kleine regio-ziekenhuizen niet alleen wanneer de acute hulp in gevaar komt, maar ook wanneer basiszorg dreigt weg te vallen, aanspraak te laten maken op een beschikbaarheidstoelage, zodat zorg dichtbij gewaarborgd blijft?

### Antwoord 6

Ik vind het belangrijk dat basiszorg dichtbij beschikbaar blijft. Voor basiszorg heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht jegens zijn verzekerden om deze op redelijke afstand beschikbaar te houden. Deze «redelijke afstand» kan per specialisme verschillen en een beschikbaarheidsbijdrage voor deze zorg vind ik dan ook niet opportuun. Voor wat betreft de spoedeisende hulp en de acute verloskunde wil ik er zeker van zijn dat deze binnen de wettelijke norm van 45 minuten beschikbaar zijn en wil ik dat er indien nodig een beschikbaarheidsbijdrage toegekend kan worden.

### Vraag 7

Kent u de conclusie uit het BDO-rapport waaruit blijkt dat de administratieve lasten in de zorg de laatste jaren explosief zijn gestegen, ondanks dat er meerdere malen politieke beloften zijn gedaan om dit te verlagen? Hoe komt het dat de administratieve lasten toch zijn gestegen?

### Antwoord 7

Ik heb kennisgenomen van de conclusie in het rapport van BDO Accountants en adviseurs dat de afgelopen periode de administratieve lasten hoger zijn geworden doordat de kosten van de jaarverslaggeving zijn verdubbeld. Het is VWS niet bekend waar de conclusie van BDO op is gebaseerd, aangezien dit niet in de rapportage wordt benoemd. Wel is er in de transitieperiode 2012–2013 na overgang van DBC-financiering naar DOT-financiering een

tijdelijke grote administratieve druk op de ziekenhuizen geweest. Dit heeft alles te maken met het financieel vangnet dat is ingesteld ten behoeve van de ziekenhuizen.

Dit neemt niet weg dat ik het erg belangrijk vind om de ervaren regeldruk in de zorg aan te pakken. Hiertoe zie ik bijvoorbeeld jaarlijks in het kader van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording welke uitvraag nog van toegevoegde waarde is. Is er geen sprake van toegevoegde waarde meer, dan schrap ik dergelijke overbodige uitvraag. Daarnaast zet ik mij ervoor in om de uitvraag die wel relevant is, te ontsluiten uit het primaire proces. Ook heb ik in mijn brief «Kwaliteit loont»<sup>2</sup> aangegeven er groot voorstander van te zijn dat in plaats van landelijk voorgeschreven prestatiebeschrijvingen van de NZa, zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer vrijheid krijgen om zelf afspraken te maken. Dit om te zorgen dat veelbelovende innovaties en nieuwe initiatieven gericht op kwaliteit en doelmatigheid sneller kunnen worden ingevoerd.

Verder is een belangrijke les uit de afgelopen jaren dat de uitvoerende partijen de genomen maatregelen ter vermindering van de administratieve lasten niet altijd als een lastenvermindering ervaren hebben. Hoewel de maatregelen op papier wel degelijk een effect zouden moeten hebben, bleef de ervaren regeldruk (vrijwel) onverminderd bestaan. Tegelijk zien we dat de ervaren regeldruk niet alleen door overheidsregulering wordt veroorzaakt, maar door meerdere factoren. Om tot een oplossing te komen, is het daarom ook noodzakelijk de feitelijke oorzaken van deze ervaren regeldruk aan te pakken. Met mijn brief van 18 juli 2014 heb ik u geïnformeerd over het gezamenlijk initiatief van een groot aantal veldpartijen dat zich heeft verenigd in de «Agenda voor de Zorg». Zij werken aan de vermindering van administratieve lasten en regeldruk. Ik heb dit initiatief omarmd, want voor mij is duidelijk dat de aanpak van regeldruk alleen succesvol kan zijn als overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgprofessionals daar samen de schouders onder zetten. Ik zal u hierover en over andere maatregelen om de aanpak van administratieve lasten in de zorg te verminderen, binnenkort nader informeren.

#### Vraag 8

Deelt u de mening dat er een uniforme set aan indicatoren moet komen, waarbij ook rekening met kleine ziekenhuizen wordt gehouden? Wilt u hierover harde afspraken maken met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het Zorginstituut Nederland, zorgverzekeraars en ziekenhuizen?

#### Antwoord 8

Ik vind het belangrijk dat er een uniforme set aan indicatoren is waaruit blijkt hoe het is gesteld met de kwaliteit van de geleverde zorg. Het is aan de partijen om afspraken te maken welke indicatoren dat zijn en rekening te houden met de (administratieve) verplichtingen die dat met zich meebrengt. Die afspraken heb ik al gemaakt. Het is aan het Kwaliteitsinstituut om die te toetsen.

#### Vraag 9

Kent u de conclusie uit het BDO-rapport dat fuseren niet altijd een oplossing is voor de financiële problemen van ziekenhuizen?<sup>3</sup> Wilt u bezien op welke wijze het mogelijk is meer ruimte voor samenwerking tussen ziekenhuizen te bewerkstelligen, indien dit in het belang van de patiënt is, in plaats van het vooropstellen van het mogelijk maken van concurrentie?

#### Antwoord 9

Ik heb kennisgenomen van de conclusie uit het BDO-rapport dat fuseren niet altijd een oplossing is voor financiële problemen van ziekenhuizen. Wanneer een ziekenhuis in financiële problemen verkeerd is het belangrijk dat ziekenhuizen de regie nemen om hun bedrijfsvoering op orde te krijgen. Het onderzoek onderschrijft dit. Dit hoeft echter niet te betekenen dat een ziekenhuis moet fuseren. Er zijn ook andere manieren om de bedrijfsvoering op orde te krijgen zoals specialisatie en het afstoten van onrendabele bedrijfsom-

<sup>2</sup> Kamerbrief «Kwaliteit loont» (113115-Z).

<sup>3</sup> <http://www.bdo.nl/nl/publicaties/documents/bdo-benchmark-ziekenhuizen-2015-web.pdf>

derdelen. Daarnaast is in sommige gevallen ook een minder vergaande vorm van samenwerking mogelijk. Om de ruimte voor samenwerking tussen ziekenhuizen te verduidelijken heb ik begin vorig jaar samen met de Autoriteit Consument & Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een aantal bijeenkomsten in Nederland georganiseerd. Daar heeft de ACM aangegeven wat wel en wat niet mag, waarbij zij altijd kijkt naar het effect van samenwerking of fusie voor de consument. De essentie van de mededingingregels en het toezicht daarop is dat samenwerking waar patiënten of verzekerden van profiteren gewoon kan, terwijl voor patiënten of verzekerden nadelige vormen van samenwerking worden tegengehouden.

Vraag 10

Wilt u het BDO-rapport meenemen in de visie die u in maart a.s. naar de Kamer zult sturen met betrekking tot ziekenhuiszorg in krimpregio's?

Antwoord 10

De brief curatieve zorg in krimpregio's heb ik u 6 maart doen toekomen. De uitkomsten van het BDO-rapport heb ik daar niet expliciet in meegenomen.