

Vergaderjaar 2014–2015

**29 247**

**Acute zorg**

**Nr. 194**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 15 december 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 10 oktober 2014 over aanpassing van de beschikbaarheidsbijdrage voor Traumazorg (Kamerstuk 29 247, nr. 192).

De vragen en opmerkingen zijn op 5 november 2014 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 12 december 2014 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

## Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de Minister	5

### I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

#### Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de voorgenomen aanwijzing voor aanpassing van de beschikbaarheidsbijdrage voor traumazorg, voor zo ver deze gaat om de kennisfunctie en coördinatie van acute zorg via het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), het opleiden, trainen en oefenen voor rampen en traumazorg door mobiel medische teams. Zij zijn trots op de zorgwerkers die geweldig werk verrichten in de trauma- en acute zorg. Deze werkers bieden belangrijke toegang tot spoedeisende hulp en zorgen voor tijdige stabilisatie en behandeling van de patiënt. Genoemde leden vinden het van groot belang dat burgers binnen 45 minuten na een spoedmelding op een spoedeisende hulp zijn. Het is fijn dat dit voor 99,85% van de Nederlanders lukt. De inzet van de leden van de PvdA is om zo min mogelijk mensen buiten de 45-minutennorm te laten vallen en dat mensen die een beroep doen op acute zorg snel, goed en op de juiste plek geholpen worden. Zij zijn van mening dat de beschikbaarheidsbijdrage traumazorg moet worden ingezet om deze doelstellingen te verwezenlijken. In dit kader vragen zij de Minister naar de stand van zaken bij de plannen van zorgverzekeraars om acute zorg te concentreren. Kan de Minister toezeggen dat de plannen altijd getoetst worden aan de 45-minutennorm en dat deze norm nooit opgerekt zal worden door zorgverzekeraars? Deelt de Minister de mening dat iedereen die beroep doet op acute zorg snel, goed en op de juiste plek geholpen moet worden en dat eventuele plannen van zorgverzekeraars hier aan bij moeten dragen? Hoe gaat de Minister hier op toezien? Daarnaast constateren de leden van de PvdA-fractie dat sommige ziekenhuizen die noodzakelijk zijn om de 45-minutennorm te handhaven, de zogenaamde gevoelige ziekenhuizen, op omvallen staan. Het meest recente voorbeeld is het Gemini ziekenhuis in Den Helder. Deze leden constateren dat dit ziekenhuis gered is door een financiële injectie van de gemeente, maar dit is wat hen betreft geen duurzame oplossing. Hoe participeert de Minister proactief op het mogelijk omvallen van gevoelige ziekenhuizen? Hoe zorgt ze voor waarborging van de 45-minutennorm voor de mensen die van deze ziekenhuizen afhankelijk zijn? Welke rol heeft de zorgverzekeraar? Heeft de Minister een noodplan klaarliggen? Zo ja, hoe ziet dit noodplan eruit? Zo nee, waarom niet? Zijn er, naast het Gemini ziekenhuis, nog andere gevoelige ziekenhuizen waar het risico op omvallen op de loer ligt? Indien de Minister dit overzicht niet heeft, is zij voornemens om deze risico's alsnog te inventariseren in het belang van de patiënten? Zo ja, wanneer kan de Kamer deze inventarisatie verwachten? Zo nee, waarom niet?

Naar aanleiding van het thema Afbakening taken en activiteiten Acute zorgnetwerken. De leden van de PvdA-fractie kunnen zich vinden in de afbakening in taken en bevoegdheden van de Acute zorgnetwerken. Het onderscheid in traumazorg, acute zorg, Regionaal Overleg Acute Zorg en voorbereiding op hulpverlening bij opgeschaalde zorg, zoals opgenomen in het rapport Bekostiging acute zorgnetwerken van het Landelijk Netwerk Acute Zorg wordt in de aanwijzing aan de zorgautoriteit overgenomen en dat zorgt voor uniformiteit. Genoemde leden vragen nog wel hoe deze afbakening en bijbehorende beschrijving tot stand is gekomen en welke partijen daarbij betrokken zijn geweest. In hoeverre kunnen alle relevante partijen zich vinden in deze afbakening en waar blijkt dat uit?

Naar aanleiding van het thema Convenant opleiden, trainen en oefenen. De leden van de PvdA-fractie zijn verheugd te vernemen dat het Convenant opleiden, trainen en oefenen (OTO), dat de basis vormt voor de afbakening van de beschikbaarheidsbijdrage, wordt aangevuld met een landelijk beleids- en kwaliteitskader dat in samenwerking met veldpartijen is opgesteld. Zij vinden dat regio's altijd snel en goed moeten kunnen reageren als er een ramp of crisis plaatsvindt en een duidelijk kader voor het opleiden, trainen en oefenen draagt hier aan bij omdat het werk in crisissituaties kan afwijken van het dagelijks werk. Wel vragen zij in hoeverre alle relevante partijen zich unaniem kunnen vinden in het vastgestelde beleids- en kwaliteitskader en daaruit voortvloeiende afspraken.

Naar aanleiding van het thema Mobiel medisch team. De leden van de PvdA-fractie kunnen zich er goed in vinden dat de vier parate Medisch mobiele teams met helikopter in Rotterdam, Amsterdam, Enschede en Groningen worden aangevuld met een beschikbaar grondvoertuig bij de mobiele medische teams (MMT's) van Utrecht en Enschede. Nu blijkt dat er gebieden rond Utrecht en Enschede zijn die sneller met een grondvoertuig zijn te bereiken dan respectievelijk met helikopter van het MMT Rotterdam/ Amsterdam/Enschede en het MMT Enschede/Groningen, is het goed dat hier in de beschikbaarheid van MMT's rekening mee wordt gehouden. Genoemde leden vragen nog wel op welke wijze rekening is gehouden met het risico op grote ongelukken of rampen waarbij veel mensen betrokken zijn en zware weersomstandigheden (zowel slecht vliegweer als onbegaanbare wegen voor grondvoertuigen).

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister en de drie toegevoegde rapporten. Zij hebben naar aanleiding hiervan nog enkele vragen over het voorstel tot aanpassing van de beschikbaarheidsbijdrage. Deze leden pleiten voor het behoud van de beschikbaarheidsbijdrage.

Kan de Minister bevestigen dat het oorspronkelijke doel van de beschikbaarheidsbijdrage was om een bijdrage te leveren voor functies die anders niet aangeboden zouden worden of waar een dusdanig hoge vergoeding voor gevraagd moet worden dat het niet reëel is deze toe te rekenen aan een individuele patiënt / verzekeraar. De leden van de SP-fractie vragen de Minister of deze noodzaak inmiddels is veranderd, en of zij daarom deze aanpassing wil doorvoeren. Indien nee, kan de Minister aangeven wat er dan aan de aanpassing ten grondslag ligt? Indien ja, kan de Minister de Kamer het onderzoek doen toekomen dat staat dat er geen noodzaak meer is?

Het doel van de acute netwerken onderschrijven de leden van de SP-fractie. Beschikbare, bereikbare en kwalitatief goede zorg willen deze leden ook. Dat er dan goede afspraken worden gemaakt over taken en functies van een netwerk en welke categorieën activiteiten daaraan verbonden zijn, is ook wenselijk. De concrete activiteiten in dit overzicht vormen de basis voor de relatie met de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage. De Minister betoogt dat de ingezette koers op concentratie en spreiding zorgt voor een veranderende taak voor de netwerken, taken welke belangrijk zijn voor de verdeling van de beschikbaarheidsbijdrage. In het rapport wordt het belang van flexibiliteit benoemd. Kan de Minister toelichten of het zo is dat als er van de ingezette koers op concentratie en spreiding afgeweken wordt, een andere bekostigingsmethodiek wellicht passender is? Zo ja, op welke gronden is dat dan beoordeeld? Genoemde leden pleiten er voor dat de Kamer volledig wordt geïnformeerd over welke keuzes voorliggen in de verschillende spoedzorgregio's. Waarom blijft de Kamer onwetend over de per regio gemaakte plannen, terwijl dit wel basis is voor bekostiging en besluitvorming?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister te reageren op het ontbreken van evidentie voor de volume-kwaliteitsrelatie in de spoedzorg. Volume staat namelijk niet gelijk aan kwaliteit, is te lezen in Medisch Contact van 30 oktober 2014. Ook wordt in hetzelfde artikel gesteld dat het merendeel van de patiënten niet gebaat is bij een concentratie van zorg. De leden van de SP-fractie vragen de Minister om een uitgebreide reactie; waarbij de Minister in ieder geval ingaat op deze resultaten in relatie tot de door haar ingezette koers. Is het niet heel duidelijk dat de verdere concentratie van zorg moet stoppen? Het merendeel van de patiënten is hierbij niet gebaat, het staat er letterlijk. Of vindt de Minister dit minder belangrijk dan kosten besparen en de zorg uitkleden?

In het rapport wordt geconcludeerd dat de gemiddelde kosten voor een acute zorgnetwerk in de huidige situatie overeenkomen met de huidige hoogte van de bekostiging, door de ontwikkelingen zal het activiteiten-niveau toenemen. Dit geeft een doelmatigheidsopgave en door concentratie en spreiding wordt nog meer gevraagd van de coördinatiefunctie. Is de Minister niet bang dat door de grote druk die op de netwerken wordt gelegd dat de uitgangspunten als rechtvaardigheid en doelmatigheid in het geding komen? De leden van de SP-fractie ontvangen graag van de Minister de ZN-spoedzorgvisie, en deze visie per zorgnetwerk-regio afzonderlijk uitgewerkt. Deze informatie hebben genoemde leden nodig om goed het gedane voorstel te kunnen beoordelen en haar controlerende taak uit te voeren.

Wanneer een dierbare of jijzelf ziek wordt, dan wil je de beste, menselijke zorg. Daarom is het waarborgen van kwaliteit in de zorg cruciaal. De concentratie van zorg gaat verder. In het artikel in Medisch Contact van 30 oktober 2014 staat dat een afname van het aantal locaties voor spoedeisende hulp zal leiden tot langere reis- en wachttijden. Begin dit jaar is vanuit de leden van de SP-fractie een rapport verschenen waarin het ambulancepersoneel aan het woord kwam. 87% van het ambulancepersoneel gaf aan de voorgescreven aanrijtijden niet altijd te halen. In het buitengebied vanwege de grote afstanden, in stedelijk gebied vooral vanwege verkeersdruk. Als 87% de aanrijtijden nu al niet haalt, kan de Minister aangeven wat de verwachtingen dan zijn voor komende jaren bij nog langere reis- en wachttijden en wat de verwachte gevolgen zijn voor de mensen die traumazorg nodig hebben? Een tekort aan ambulances en gebrek aan goede spreiding worden zowel in stedelijk als buitengebied genoemd. Kan de Minister de leden van de SP-fractie precies vertellen wat haar aanwijzing voor de ziekenhuizen in Nederland betekent die een beschikbaarheidsbijdrage voor Traumazorg ontvangen, en dan specifiek voor de acht ziekenhuizen die in het rapport «Analyse gevoelige ziekenhuizen 2013» van het RIVM als «gevoelig» zijn bestempeld door het niet halen van de 45-minuten-norm? De Minister heeft zelf gezegd dat de spreiding van acute basiszorg erg belangrijk is, om de bereikbaarheid van cruciale zorg, zoals de Spoedeisende Hulp (SEH), binnen 45 minuten na een spoedmelding met een ambulance te kunnen garanderen. Kan de Minister de leden van de SP-fractie dan ook garanderen dat het aantal ambulances dat de aanrijtijden nu niet halen door haar voorstel afneemt en niet laat toenemen? Hierbij ook gekeken naar de indicator «complexiteit van de regio».

De leden van de SP-fractie vragen waarom deze aanwijzing juist op dit moment wordt gedaan, terwijl er nog verschillende onderzoeken lopen in het hele veld. Waarom worden de resultaten van deze onderzoeken niet afgewacht?

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik enkele vragen te stellen over de aanpassing van de beschikbaarheidsbijdrage voor Traumazorg voor zover het gaat om de:

- Kennisfunctie en coördinatie van acute zorg (Regionaal Overleg Acute Zorg /ROAZ),
- Opleiden, trainen en oefenen (OTO) en
- Traumazorg door mobiel medische teams (MMT) voor wat betreft het onderdeel

beschikbaar MMT.

Genoemde leden hebben het rapport van het landelijke Netwerk Acute Zorg gelezen en begrepen dat er sinds 2012 een aantal zaken veranderd zijn. Zij willen graag van de Minister meer duiding over de geactualiseerde afbakening van taken en activiteiten ten opzichte van de situatie in 2012. Kan de Minister deze leden duidelijk aangeven wat er precies gaat veranderen. Hoe komt het financieringsmodel er precies uit te zien? Welke criteria gaat de Minister dan precies formuleren en hoe zal de Nederlandse Zorgautoriteit deze gaan invullen?

Vervolgens nog een vraag over het mobiele medische team (MMT). Kan de Minister toelichten hoe er precies rekening is gehouden met de opschaling als er geen helikopters kunnen vliegen?

Defensie wil midden volgend jaar stoppen met het vervoer van zieke bewoners vanaf de Friese Waddeneilanden naar ziekenhuizen op het vasteland. De drie reddingshelikopters die daarvoor worden gebruikt, worden afgestoten. De leden van de CDA-fractie willen graag weten of er inmiddels een goed en professioneel alternatief voorhanden is? En zo willen deze leden vervolgens weten of er al contracten voor 2015 (inclusief traumazorg) gesloten zijn.

## **II. Reactie van de Minister**

### **Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie**

*De leden van de PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de voorgenomen aanwijzing voor aanpassing van de beschikbaarheidsbijdrage voor traumazorg, voor zo ver deze gaat om de kennisfunctie en coördinatie van acute zorg via het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), het opleiden, trainen en oefenen voor rampen en traumazorg door mobiel medische teams. Zij zijn trots op de zorgwerkers die geweldig werk verrichten in de trauma- en acute zorg. Deze werkers bieden belangrijke toegang tot spoedeisende hulp en zorgen voor tijdige stabilisatie en behandeling van de patiënt. Genoemde leden vinden het van groot belang dat burgers binnen 45 minuten na een spoedmelding op een spoedeisende hulp zijn. Het is fijn dat dit voor 99,85% van de Nederlanders lukt. De inzet van de leden van de PvdA is om zo min mogelijk mensen buiten de 45-minutennorm te laten vallen en dat mensen die een beroep doen op acute zorg snel, goed en op de juiste plek geholpen worden. Zij zijn van mening dat de beschikbaarheidsbijdrage traumazorg moet worden ingezet om deze doelstellingen te verwezenlijken. In dit kader vragen zij de Minister naar de stand van zaken bij de plannen van zorgverzekeraars om acute zorg te concentreren. Kan de Minister toezeggen dat de plannen altijd getoetst worden aan de 45-minutennorm en dat deze norm nooit opgerekt zal worden door zorgverzekeraars? Deelt de Minister de mening dat iedereen die beroep doet op acute zorg snel, goed en op de juiste plek geholpen moet worden en dat eventuele plannen van zorgverzekeraars hier aan bij moeten dragen? Hoe gaat de Minister hier op toezien?*

Bij brief van 6 oktober 2014 heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot de plannen van de zorgverzekeraars om de acute zorg te concentreren (Kamerstuk 29 247, nr. 191). Deze plannen worden te allen tijde getoetst aan de 45 minutennorm. Deze plannen dienen voorgelegd te worden aan het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet in het kader van de zorgplicht toe op de 45 minutennorm.

*Daarnaast constateren de leden van de PvdA-fractie dat sommige ziekenhuizen die noodzakelijk zijn om de 45-minutennorm te handhaven, de zogenaamde gevoelige ziekenhuizen, op omvallen staan. Het meest recente voorbeeld is het Gemini ziekenhuis in Den Helder. Deze leden constateren dat dit ziekenhuis gered is door een financiële injectie van de gemeente, maar dit is wat hen betreft geen duurzame oplossing. Hoe participeert de Minister proactief op het mogelijk omvallen van gevoelige ziekenhuizen? Hoe zorgt ze voor waarborging van de 45-minutennorm voor de mensen die van deze ziekenhuizen afhankelijk zijn? Welke rol heeft de zorgverzekeraar? Heeft de Minister een noodplan klaarliggen? Zo ja, hoe ziet dit noodplan eruit? Zo nee, waarom niet? Zijn er, naast het Gemini ziekenhuis, nog andere gevoelige ziekenhuizen waar het risico op omvallen op de loer ligt? Indien de Minister dit overzicht niet heeft, is zij voornemens om deze risico's alsnog te inventariseren in het belang van de patiënten? Zo ja, wanneer kan de Kamer deze inventarisatie verwachten? Zo nee, waarom niet?*

Het is primair de plicht van de zorgverzekeraars om voldoende en bereikbare cruciale zorg beschikbaar te houden voor hun verzekerden. De spoedeisende hulp en acute verloskunde zijn in het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG aangewezen als vormen van cruciale zorg, waarvoor een beschikbaarheidbijdrage kan worden verleend, mits wordt voldaan aan de daarvoor gestelde criteria.

De spoedeisende hulp en acute verloskunde kennen daarbij een 45-minuten bereikbaarheidsnorm. Een aantal ziekenhuizen is aangemerkt als gevoelig voor de 45-minutennorm. Als een dergelijk ziekenhuis verdwijnt kunnen inwoners in de betreffende regio niet meer binnen 45 minuten naar spoedeisende hulp of acute verloskunde vervoerd worden. Het is aan de zorgverzekeraars om via hun zorgplicht te zorgen dat deze zorg toch beschikbaar en bereikbaar blijft voor deze inwoners. De manier waarop de zorgverzekeraars dat organiseren is aan de zorgverzekeraars zelf. Als de zorgverzekeraar deze zorg niet meer kan borgen is er een mogelijkheid voor de overheid om een tijdelijke vangnetstichting op te richten. Dit is het uiterste middel nadat eerst partijen zelf het maximale gedaan hebben om deze cruciale zorg overeind te houden. Een vangnetstichting wordt pas in het leven geroepen indien de zorgverzekeraar niet meer aan zijn zorgplicht kan voldoen en dit hem vanwege een overmachtssituatie niet is aan te rekenen. Als een gevoelig ziekenhuis dus dreigt om te vallen moeten de zorgverzekeraars in het kader van hun zorgplicht zorgen voor voldoende (alternatief) aanbod voor hun verzekerden. De NZa ziet hierop toe.

Ik heb geen inzicht in de financiële positie van individuele ziekenhuizen. Zoals hierboven is aangegeven gaat het niet om de continuïteit van individuele zorgaanbieders, maar om de continuïteit van cruciale zorg. Het is aan een zorgverzekeraar om de zorg te borgen en dit te monitoren. De NZa ziet toe of de zorgverzekeraars (blijven) voldoen aan hun zorgplicht.

*Naar aanleiding van het thema Afbakening taken en activiteiten Acute zorgnetwerken. De leden van de PvdA-fractie kunnen zich vinden in de afbakening in taken en bevoegdheden van de Acute zorgnetwerken. Het onderscheid in traumazorg, acute zorg, Regionaal Overleg Acute Zorg en voorbereiding op hulpverlening bij opgeschaalde zorg, zoals opgenomen in het rapport Bekostiging acute zorgnetwerken van het Landelijk Netwerk Acute Zorg wordt in de aanwijzing aan de zorgautoriteit overgenomen en dat zorgt voor uniformiteit. Genoemde leden vragen nog wel hoe deze afbakening en bijbehorende beschrijving tot stand is gekomen en welke partijen daarbij betrokken zijn geweest. In hoeverre kunnen alle relevante partijen zich vinden in deze afbakening en waar blijkt dat uit?*

Genoemde afbakening van taken en beschrijving heeft zijn basis in taken van de ziekenhuizen met een erkenning als traumacentrum, verder te noemen traumacentrum:

- in de aanwijzing van artikel 8 Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (voor het traumazorgnetwerk)
- in artikel 4 Wet toelating zorginstellingen (voor de coördinerende rol in de acute zorg) en
- in het Convenant opleiden, trainen en oefenen zoals opgesteld tussen het Ministerie van VWS, de Landelijke Vereniging van Traumacentra (thans Landelijk Netwerk Acute Zorg) GHOR Nederland, NFU, NVZ, GGD Nederland, LHV, VHN en AZN.

De beschrijving van de invulling van deze activiteiten is, op verzoek van het Ministerie van VWS en de NZa, opgesteld door de gezamenlijke traumacentra om op basis van deze aanvullende informatie te komen tot een passend bekostigingsmodel voor de taken van deze centra.

*Naar aanleiding van het thema Convenant opleiden, trainen en oefenen. De leden van de PvdA-fractie zijn verheugd te vernemen dat het Convenant opleiden, trainen en oefenen (OTO), dat de basis vormt voor de afbakening van de beschikbaarheidsbijdrage, wordt aangevuld met een landelijk beleids- en kwaliteitskader dat in samenwerking met veldpartijen is opgesteld. Zij vinden dat regio's altijd snel en goed moeten kunnen reageren als er een ramp of crisis plaatsvindt en een duidelijk kader voor het opleiden, trainen en oefenen draagt hier aan bij omdat het werk in crisissituaties kan afwijken van het dagelijks werk. Wel vragen zij in hoeverre alle relevante partijen zich unaniem kunnen vinden in het vastgestelde beleids- en kwaliteitskader en daaruit voortvloeiende afspraken.*

Het beleidskader en het kwaliteitskader voor opleiden, trainen en oefenen is opgesteld in overleg met en heeft de instemming van de veiligheidsregio's en de zorgverleners betrokken bij de opvang van slachtoffers bij rampen en crises. Het heeft ook de instemming van de organisaties die betrokken waren bij het opstellen van het convenant.

*Naar aanleiding van het thema Mobiel medisch team. De leden van de PvdA-fractie kunnen zich er goed in vinden dat de vier parate Medisch mobiele teams met helikopter in Rotterdam, Amsterdam, Enschede en Groningen worden aangevuld met een beschikbaar grondvoertuig bij de mobiele medische teams (MMT's) van Utrecht en Enschede. Nu blijkt dat er gebieden rond Utrecht en Enschede zijn die sneller met een grondvoertuig zijn te bereiken dan respectievelijk met helikopter van het MMT Rotterdam/ Amsterdam/Enschede en het MMT Enschede/Groningen, is het goed dat hier in de beschikbaarheid van MMT's rekening mee wordt gehouden. Genoemde leden vragen nog wel op welke wijze rekening is gehouden met het risico op grote ongelukken of rampen waarbij veel mensen betrokken zijn en zware weersomstandigheden (zowel slecht vliegweer als onbegaanbare wegen voor grondvoertuigen).*

Indien door omstandigheden geen helikopters kunnen vliegen, dan kunnen de betreffende Mobile Medische Teams met de grondgebonden voertuigen naar de plaats van het ongeval worden vervoerd. Indien ook wegen onbegaanbaar zijn dan kan in een dergelijke uitzonderlijke situatie de hulp van het Ministerie van Defensie worden ingeroepen.

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

*De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister en de drie toegevoegde rapporten. Zij hebben naar aanleiding*

*hiervan nog enkele vragen over het voorstel tot aanpassing van de beschikbaarheidsbijdrage. Deze leden pleiten voor het behoud van de beschikbaarheidsbijdrage.*

*Kan de Minister bevestigen dat het oorspronkelijke doel van de beschikbaarheidsbijdrage was om een bijdrage te leveren voor functies die anders niet aangeboden zouden worden of waar een dusdanig hoge vergoeding voor gevraagd moet worden dat het niet reëel is deze toe te rekenen aan een individuele patiënt / verzekeraar. De leden van de SP-fractie vragen de Minister of deze noodzaak inmiddels is veranderd, en of zij daarom deze aanpassing wil doorvoeren. Indien nee, kan de Minister aangeven wat er dan aan de aanpassing ten grondslag ligt? Indien ja, kan de Minister de Kamer het onderzoek doen toekomen dat staat dat er geen noodzaak meer is?*

De oorspronkelijke en wettelijke grondslag van de beschikbaarheidsbijdrage is niet gewijzigd. Op basis van de wet is eerst een algemene maatregel van bestuur (Besluit beschikbaarheidsbijdrage WVG) getroffen waarin de zorg die voor een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking komt in algemene termen wordt omschreven. In een aanwijzing aan de NZa is deze zorg later verder gespecificeerd. De NZa stelt op basis van die aanwijzing voor de betreffende zorg beleidsregels op waaraan een aanvraag voor een beschikbaarheidsbijdrage door de NZa wordt getoetst. Als er een wijziging komt in de afbakening van de relevante zorg en als gevolg daarvan de beschrijving in de gegeven aanwijzing niet meer actueel is, moet er een nieuwe (aanvullende) aanwijzing worden gegeven. Dat is hier het geval. In de eerdere aanwijzing is al aangekondigd dat een nadere afbakening werd voorbereid en dat te zijner tijd een aanwijzing zou volgen (Stcrt. 2012, nr. 26978). De nieuwe en door alle betrokkenen gedeelde inzichten over de organisatie en inrichting van traumazorg worden op grond van deze nieuwe aanwijzing in de beleidsregels van de NZa verankerd. Daarmee wordt de grondslag voor de toekenning van een beschikbaarheidsbijdrage geactualiseerd.

*Het doel van de acute netwerken onderschrijven de leden van de SP-fractie. Beschikbare, bereikbare en kwalitatief goede zorg willen deze leden ook. Dat er dan goede afspraken worden gemaakt over taken en functies van een netwerk en welke categorieën activiteiten daaraan verbonden zijn, is ook wenselijk. De concrete activiteiten in dit overzicht vormen de basis voor de relatie met de inzet van de beschikbaarheidsbijdrage. De Minister betoogt dat de ingezette koers op concentratie en spreiding zorgt voor een veranderende taak voor de netwerken, taken welke belangrijk zijn voor de verdeling van de beschikbaarheidsbijdrage. In het rapport wordt het belang van flexibiliteit benoemd. Kan de Minister toelichten of het zo is dat als er van de ingezette koers op concentratie en spreiding afgeweken wordt, een andere bekostigingsmethodiek wellicht passender is? Zo ja, op welke gronden is dat dan beoordeeld? Genoemde leden pleiten er voor dat de Kamer volledig wordt geïnformeerd over welke keuzes voorliggen in de verschillende spoedzorgregio's.*

Ik verwacht niet dat indien er een andere koers dan concentratie en spreiding wordt ingezet een andere bekostigingsmethodiek passender zou zijn. De keuze voor deze bekostigingsmethodiek heeft meerdere redenen. De onderhavige zorg is zo nauw gelieerd aan de dagelijkse gang van zaken bij de betrokken zorgaanbieders dat het wenselijk is om de beoordeling van de exploitatie van de reguliere zorg en de traumazorg in één hand, de NZa te houden. De NZa kan dan beslissen wat er aan opbrengsten uit in rekening gebrachte tarieven is en wat nog met een beschikbaarheidsbijdrage moet worden bekostigd. Zou er gekozen worden voor een subsidieregeling ten laste van de Rijksbegroting, die uitgevoerd door het ministerie dan heeft de zorgaanbieder steeds met twee afzonder-



lijke partijen te maken met ieder afzonderlijke regels en zou er tussen het ministerie en de NZa afgestemd moeten worden over de toekenning, eventuele bezwaren en beroepen. Dat is voor geen van de betrokkenen een aantrekkelijke werkwijze.

*Waarom blijft de Kamer onwetend over de per regio gemaakte plannen, terwijl dit wel basis is voor bekostiging en besluitvorming?*

Wat betreft spoedzorg heeft ZN in februari 2013 de gezamenlijke uitgangspunten bekend gemaakt. Op basis daarvan zijn vervolgens per regio verkennende gesprekken gevoerd tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De uitgangspunten zijn dus niet geheim en wel transparant. Uw Kamer kan de transparante uitgangspunten van de zorgverzekeraars raadplegen op de website van ZN.

Hiernaast hebben zorgverzekeraars een eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot hun individuele inkoopbeleid. Welke keuze de zorgverzekeraar uiteindelijk maakt is aan de individuele zorgverzekeraar. Dat zolang er geen definitieve keuze is gemaakt, dit nog niet bekend is, acht ik onderdeel van het inkoopproces.

De Autoriteit Consument & Markt (ACM) heeft zorgverzekeraars er inmiddels op gewezen dat hun gezamenlijke plannen voor de concentratie van spoedeisende ziekenhuiszorg de keuzemogelijkheden voor patiënten en verzekerden te veel kunnen verminderen. Op basis hiervan heeft ZN op 16 juli laten weten het gezamenlijke traject rond complexe spoedeisende zorg voor dit moment af te ronden. Er is op dit moment dus geen sprake meer van een gezamenlijk traject van de zorgverzekeraars. De kamer is bij brief van 6 oktober jongstleden geïnformeerd (Kamerstuk 29 247, nr. 191). Het is nu aan iedere zorgverzekeraar afzonderlijk om hier het eigen inkoopbeleid op te formuleren. Het inkoopbeleid van zorgverzekeraars is een individuele verantwoordelijkheid, waarbij de zorgverzekeraar moet voldoen aan de zorgplicht jegens zijn verzekerden.

Het is nu aan ZN om aan te tonen dat het collectief stellen van kwaliteitseisen per saldo goed is voor de verzekerden. Zorginstituut Nederland is door ZN verzocht om vanuit zijn onafhankelijke positie de partijen te verzoeken om zo snel mogelijk gezamenlijk de kwaliteitsstandaarden voor spoedeisende hulp te formuleren. Wat Zorginstituut Nederland betreft, zullen de kwaliteitsstandaarden waar alle partijen het wél over eens zijn, nog dit jaar in het register bij het Zorginstituut worden opgenomen. Voor de standaarden waarover nog geen overeenstemming bestaat, verwacht Zorginstituut Nederland dat deze in de loop van 2015 worden geregistreerd. Als de partijen daar niet uitkomen, zal het Zorginstituut zelf een expertcommissie instellen om voorstellen te doen.

*De leden van de SP-fractie vragen de Minister te reageren op het ontbreken van evidentie voor de volume-kwaliteitsrelatie in de spoedzorg. Volume staat namelijk niet gelijk aan kwaliteit, is te lezen in Medisch Contact van 30 oktober 2014. Ook wordt in hetzelfde artikel gesteld dat het merendeel van de patiënten niet gebaat is bij een concentratie van zorg. De leden van de SP-fractie vragen de Minister om een uitgebreide reactie; waarbij de Minister in ieder geval ingaat op deze resultaten in relatie tot de door haar ingezette koers. Is het niet heel duidelijk dat de verdere concentratie van zorg moet stoppen? Het merendeel van de patiënten is hierbij niet gebaat, het staat er letterlijk. Of vindt de Minister dit minder belangrijk dan kosten besparen en de zorg uitkleden?*

Volumenormen zijn wenselijk om ervoor te zorgen dat een patiënt bij hoog-complexe behandelingen altijd en uitsluitend door een voldoende-ervaren ziekenhuisteam wordt behandeld. Het lijkt mij derhalve niet wenselijk om de concentratie beweging voor complexe zorg te stoppen. Naast ervaring is ook een aantal kwalitatieve normen van belang voor een goede en veilige zorg.

Wat betreft de kwaliteit van zorg en de relaties met het aantal operaties hebben zorgverzekeraars met ziekenhuizen gesproken naar aanleiding van het uitbrengen van normen van de verschillende wetenschappelijke verenigingen. Een overzicht van deze normen is te raadplegen op: <http://www.minimumkwaliteitsnormen.nl/Welkom.htm>.

*In het rapport wordt geconcludeerd dat de gemiddelde kosten voor een acute zorgnetwerk in de huidige situatie overeenkomen met de huidige hoogte van de bekostiging, door de ontwikkelingen zal het activiteiten-niveau toenemen. Dit geeft een doelmatigheidsopgave en door concentratie en spreiding wordt nog meer gevraagd van de coördinatiefunctie. Is de Minister niet bang dat door de grote druk die op de netwerken wordt gelegd dat de uitgangspunten als rechtvaardigheid en doelmatigheid in het geding komen? De leden van de SP-fractie ontvangen graag van de Minister de ZN-spoedzorgvisie, en deze visie per zorgnetwerk-regio afzonderlijk uitgewerkt. Deze informatie hebben genoemde leden nodig om goed het gedane voorstel te kunnen beoordelen en haar controlerende taak uit te voeren.*

Op dit moment zijn de coördinatoren in veel regio's ook al betrokken bij de regioplannen, ik verwacht dan ook niet dat dit extra druk op gaat leveren.

Wat betreft spoedzorg heeft ZN in februari 2013 de gezamenlijke uitgangspunten bekend gemaakt. Op basis daarvan zijn vervolgens per regio verkennende gesprekken gevoerd tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De uitgangspunten zijn dus niet geheim en wel transparant. Uw Kamer kan de transparante uitgangspunten van de zorgverzekeraars raadplegen op de website van ZN.

*Wanneer een dierbare of jijzelf ziek wordt, dan wil je de beste, menselijke zorg. Daarom is het waarborgen van kwaliteit in de zorg cruciaal. De concentratie van zorg gaat verder. In het artikel in Medisch Contact van 30 oktober 2014 staat dat een afname van het aantal locaties voor spoedeisende hulp zal leiden tot langere reis- en wachttijden. Begin dit jaar is vanuit de leden van de SP-fractie een rapport verschenen waarin het ambulancepersoneel aan het woord kwam. 87% van het ambulancepersoneel gaf aan de voorgeschreven aanrijtijden niet altijd te halen. In het buitengebied vanwege de grote afstanden, in stedelijk gebied vooral vanwege verkeersdruk. Als 87% de aanrijtijden nu al niet haalt, kan de Minister aangeven wat de verwachtingen dan zijn voor komende jaren bij nog langere reis- en wachttijden en wat de verwachte gevolgen zijn voor de mensen die traumazorg nodig hebben? Een tekort aan ambulances en gebrek aan goede spreiding worden zowel in stedelijk als buitengebied genoemd.*

In de genoemde SP-enquête is aangegeven dat 87% van de ambulance-medewerkers heeft aangegeven *wel eens* de voorgeschreven aanrijtijden niet gehaald te hebben. Dat is dus niet hetzelfde als dat 87% de aanrijtijden niet haalt. Uit gegevens van Ambulancezorg Nederland kan worden afgeleid dat ongeveer 93% van de spoedritten binnen 15 minuten ter plaatse is. Verdere specialisatie van ziekenhuiszorg kan leiden tot langere ambulanceritten en daardoor ook tot behoefte aan meer ambulancecapaciteit. Zorgverzekeraars en Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV)

kunnen hierover afspraken maken en zo nodig gezamenlijk een aanvraag doen bij de NZa tot ophoging van het ambulancebudget om de voorgeschreven bereikbaarheid van seh en acute verloskunde met ambulancevervoer te waarborgen.

*Kan de Minister de leden van de SP-fractie precies vertellen wat haar aanwijzing voor de ziekenhuizen in Nederland betekent die een beschikbaarheidsbijdrage voor Traumazorg ontvangen, en dan specifiek voor de acht ziekenhuizen die in het rapport «Analyse gevoelige ziekenhuizen 2013» van het RIVM als «gevoelig» zijn bestempeld door het niet halen van de 45-minuten-norm? De Minister heeft zelf gezegd dat de spreiding van acute basiszorg erg belangrijk is, om de bereikbaarheid van cruciale zorg, zoals de Spoedeisende Hulp (SEH), binnen 45 minuten na een spoedmelding met een ambulance te kunnen garanderen. Kan de Minister de leden van de SP-fractie dan ook garanderen dat het aantal ambulances dat de aanrijtiden nu niet halen door haar voorstel afneemt en niet laat toenemen? Hierbij ook gekeken naar de indicator «complexiteit van de regio».*

Deze aanwijzing heeft slechts indirect betrekking op de acht gevoelige ziekenhuizen. Als er plannen gemaakt worden om de acute zorg in deze acht regio's anders in te richten dan dienen de zorgverzekeraars vanuit hun zorgplicht, samen met de relevante ziekenhuizen, de Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's), in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) ervoor te zorgen dat de bereikbaarheid in de regio geborgd blijft.

De voorgeschreven bereikbaarheidsnormen voor zowel de basis spoedeisende hulp (de «45 minuten norm») als de aanrijtiden van ambulances in spoedgevallen (95% van de spoedritten binnen 15 minuten ter plaatse) blijven onverkort van kracht. Zoals eerder aangegeven kunnen RAV's en verzekeraars zo nodig gezamenlijk een aanvraag tot ophoging van het ambulancebudget bij de NZa doen als dat noodzakelijk is om aan deze normen te kunnen voldoen. Daarbij kunnen partijen met regiospecifieke omstandigheden rekening houden.

*De leden van de SP-fractie vragen waarom deze aanwijzing juist op dit moment wordt gedaan, terwijl er nog verschillende onderzoeken lopen in het hele veld. Waarom worden de resultaten van deze onderzoeken niet afgewacht?*

Bij mijn weten lopen er geen onderzoeken met betrekking tot traumazorg op dit moment. Wel loopt er een specifiek onderzoek naar de beschikbaarheidsbijdrage voor spoedeisende zorg en acute verloskunde. Ik heb de NZa gevraagd mij te adviseren over hoe het verstrekken van een beschikbaarheidsbijdrage invloed heeft op de concurrentiepositie van zorgverzekeraars. Ik verwacht dit advies nog dit jaar van de NZa te ontvangen, hierna zal ik mijn mening vormen. Maar dit onderzoek staat los van deze beschikbaarheidsbijdrage voor traumazorg.

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

*De leden van de CDA-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik enkele vragen te stellen over de aanpassing van de beschikbaarheidsbijdrage voor Traumazorg voor zover het gaat om de:*

- Kennisfunctie en coördinatie van acute zorg (Regionaal Overleg Acute Zorg /ROAZ),
- Opleiden, trainen en oefenen (OTO) en
- Traumazorg door mobiel medische teams (MMT) voor wat betreft het onderdeel beschikbaar MMT.

*Genoemde leden hebben het rapport van het landelijke Netwerk Acute Zorg gelezen en begripen dat er sinds 2012 een aantal zaken veranderd zijn. Zij willen graag van de Minister meer duiding over de geactualiseerde afbakening van taken en activiteiten ten opzichte van de situatie in 2012. Kan de Minister deze leden duidelijk aangeven wat er precies gaat veranderen.*

De verandering waarop in het rapport wordt gedoeld is dat in 2012 voor de ziekenhuizen, in plaats van budgetfinanciering, prestatiebekostiging is ingevoerd. Deze laatste wijze van maatwerkbekostiging is voornamelijk niet toegepast voor de beschreven taken en activiteiten zoals deze worden uitgevoerd door acute zorgnetwerken.

Deze taken en activiteiten zijn vanaf 2012 tot op heden gefinancierd door toekenning van uniforme en vaste beschikbaarheidsbijdragen. Doel van VWS is om op basis van de beschreven taken en activiteiten te komen tot een wijze van toekomstbestendige bekostiging en verantwoording van de kosten voor deze centra, die aansluit bij de kostenstructuur die gemeoid is met de uitvoering van die taken en activiteiten.

*Kan de Minister deze leden duidelijk aangeven wat er precies gaat veranderen. Hoe komt het financieringsmodel er precies uit te zien? Welke criteria gaat de Minister dan precies formuleren en hoe zal de Nederlandse Zorgautoriteit deze gaan invullen?*

De Nza werkt op basis van de afbakening zoals gesteld in de aanwijzing in beleidsregels uit hoe de beschikbaarheidsbijdrage voor deze functies wordt berekend. De Nza toetst de aanvragen voor een beschikbaarheidsbijdrage aan die beleidsregels. Indien wordt voldaan aan de in de beleidsregels gestelde criteria verleent de Nza een beschikbaarheidsbijdrage. De beschikbaarheidsbijdrage wordt uitgekeerd door het Zorginstituut.

*Vervolgens nog een vraag over het mobiele medische team (MMT). Kan de Minister toelichten hoe er precies rekening is gehouden met de opschaling als er geen helikopters kunnen vliegen?*

Alle parate Mobiele Medische Teams hebben de beschikking over grondgebonden voertuigen. Daarnaast hebben vier van de Mobiele Medische Teams de beschikking over een helikopter. Indien door omstandigheden geen helikopters kunnen vliegen, dan kunnen de betreffende Mobiele Medische Teams met de grondgebonden voertuigen naar de plaats van het ongeval worden vervoerd.

*Defensie wil midden volgend jaar stoppen met het vervoer van zieke bewoners vanaf de Friese Waddeneilanden naar ziekenhuizen op het vasteland. De drie reddingshelikopters die daarvoor worden gebruikt, worden afgestoten. De leden van de CDA-fractie willen graag weten of er inmiddels een goed en professioneel alternatief voorhanden is? En zo willen deze leden vervolgens weten of er al contracten voor 2015 (inclusief traumazorg) gesloten zijn.*

De Minister van Defensie heeft in juni 2014 per brief aan de Tweede Kamer aangekondigd te willen stoppen met het patiëntenvervoer vanaf de Waddeneilanden. Hierbij is aangegeven dat Defensie de dienstverlening blijft uitvoeren tot er een passend alternatief is gevonden. Vooruitlopend op dit voornemen heeft VWS overleg tussen de betrokken partijen (de RAV, de zorgverzekeraars en de veiligheidsregio Fryslân) geïnitieerd. Daarin is door alle partijen vastgesteld dat het primair de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en de RAV is om een oplossing voor het vraagstuk van het patiëntenvervoer van de Wadden te vinden. Partijen hebben die verantwoordelijkheid serieus opgepakt. RAV Fryslân en

Zorgverzekeraar De Friesland zijn nu constructief bezig met het uitwerken van een plan om te komen tot een helikoptervoorziening voor dit patiëntenvervoer en oriënteren zich daarbij ook op mogelijke partners voor de uitvoering van de helikoptervluchten. Er zijn nog geen contracten voor 2015 afgesloten. Als datum van het overnemen van de activiteiten wordt gekoerst op 1 juli 2015. Conform de afspraken is het patiëntenvervoer gegarandeerd door Defensie van 1 januari 2015 tot de invoering van de ambulancehelikopter door RAV Friesland.