

Vergaderjaar 2017–2018

27 295

Positionering algemene ziekenhuizen

Nr. 166

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 juni 2018

Reeds enige tijd verschijnen berichten in de pers, waarin de Vereniging van Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) stelt dat de kwaliteitseisen voor het veld «continu» worden aangescherpt en dat deze niet haalbaar zijn voor de kleine ziekenhuizen, vanwege de bezettingsnormen. De SAZ haalt in deze berichtgeving specifiek de normen uit de kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care (IC) en het kwaliteitskader spoedzorgketen (in concept) aan. De SAZ is bezorgd dat door deze normen met name kleine ziekenhuizen moeten sluiten. Graag licht ik in deze brief de normen in genoemde kwaliteitsstandaarden toe en de betekenis in licht van het zorglandschap

1. Kwaliteitsstandaarden en -normen algemeen

Kwaliteitsstandaarden worden in beginsel door de partijen in het veld opgesteld. Deze standaarden en normen hebben betrekking op de eisen die aan de inhoud en organisatie van de zorg worden gesteld; daar gaan de professionals zelf over. Kwaliteitsstandaarden zijn openbaar toegankelijke documenten die goede zorg per aandoening of behandeling beschrijven. Zij leveren een bijdrage aan verbetering en borging van de kwaliteit van zorg. Onder kwaliteitsstandaarden vallen richtlijnen en zorgstandaarden.

De primaire doelgroepen van kwaliteitsstandaarden zijn zorgverleners en (potentiële) zorggebruikers. De kwaliteitsstandaarden vormen voor hen een hulpmiddel bij het maken van keuzes in de praktijk. Zo worden voor patiënten op kiesbeter.nl de kwaliteitsstandaarden in begrijpelijke (niet medische vak-)taal toegelicht. Voor zorgverzekeraars zijn kwaliteitsstandaarden het vertrekpunt om afspraken te maken in het kader van inkoop en kwaliteit van zorg. Zorg moet volgens de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) goed zijn. Dat is de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur. Kwaliteitsstandaarden zijn een invulling van deze open geformuleerde norm van «goede zorg». Het zijn geen wetten of

dwingende voorschriften¹. In principe wordt men geacht zich hier aan te houden, maar beargumenteerd afwijken van de kwaliteitsstandaarden is legitiem, zolang voldaan wordt aan de randvoorwaarden voor goede en veilige zorg². De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) beschouwt kwaliteitsstandaarden als onderdeel of uitwerking van de professionele standaard waarop zij haar handhaving baseert.

De meest betrokken beroepsgroep neemt in eerste instantie het voortouw in het opstellen van de kwaliteitsstandaarden. In het proces worden andere betrokken partijen, beroepsorganisaties, organisaties van zorggebruikers en de zorgverzekeraars, betrokken en regelmatig geconsulteerd. In deze commentaar rondes toetsen zorgaanbieders, zorggebruikers en andere betrokkenen de kwaliteitsstandaard op inhoud en toepasbaarheid.

Pas als de veldpartijen er samen niet uitkomen om een kwaliteitsstandaard te maken, terwijl dit met het oog op het publieke belang wel beter zou zijn, kan het Zorginstituut Nederland (ZIN) zijn doorzettingsmacht inzetten³. Het ZIN neemt dan deels of geheel de regie op de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard over, door de Kwaliteitsraad⁴ te vragen om de ontwikkeling op zich te nemen. De Kwaliteitsraad zal vervolgens de relevante organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars altijd betrekken. Het inzetten van doorzettingsmacht gebeurt niet lichtzinnig en het ZIN probeert dit zoveel mogelijk te voorkomen, bijvoorbeeld door de partijen die het kwaliteitsproduct ontwikkelen te begeleiden. Doorzettingsmacht wordt meestal ingezet om een impasse te doorbreken.

2. De kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care

Deze kwaliteitsstandaard beschrijft de voorwaarden waaraan de organisatie van Intensive Care-zorg in Nederland moet voldoen.

Proces

Op 19 juli 2016 is de kwaliteitsstandaard Organisatie van de IC door het ZIN vastgesteld en in het Register voor kwaliteitsstandaarden, meetinstrumenten en informatiestandaarden (hierna: register) geplaatst. De eerste richtlijn voor IC-zorg stamt uit 2006. Twee jaar na de invoering van de richtlijn signaleerde de IGJ essentiële verbeterpunten op het gebied van de regionale samenwerking en de benodigde deskundigheden op de IC-afdelingen in de ziekenhuizen. De IGJ adviseerde de richtlijn te reviseren. Van 2010 tot 2015 heeft een onafhankelijke werkgroep met leden van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) in samenwerking met andere relevante partijen aan een nieuwe richtlijn gewerkt. Dit traject is echter niet voltooid omdat de conceptrichtlijn door de leden van de NVIC op 1 juli 2015 is afgewezen. Omdat het de betrokken partijen niet is gelukt om eensgezind

¹ Juristen spreken in dit geval van niet-bindende regels.

² Leidraad voor kwaliteitsstandaarden, versie 1, 8 december 2014, Zorginstituut Nederland.

³ Het Zorginstituut Nederland laat op zijn Meerjarenagenda zien voor welke zorggebieden met voorrang kwaliteitsstandaarden worden ontwikkeld en wanneer deze gereed moeten zijn.

⁴ De Kwaliteitsraad is een onafhankelijke commissie die het Zorginstituut gevraagd en ongevraagd adviseert op het gebied van de kwaliteit van gezondheidszorg. De Kwaliteitsraad bestaat nu uit negen leden die op persoonlijke titel zijn benoemd vanuit de volle breedte van het zorgveld: langdurige zorg, ouderenzorg, ziekenhuiszorg, eerstelijnszorg, geestelijke gezondheidszorg en verpleegkundige zorg. Ook het perspectief van de patiënt en de methodologie, het meten en beschrijven van de kwaliteit van zorg, zijn als specifieke kennisgebieden benoemd en hebben een stem in de Kwaliteitsraad.

de richtlijn IC te voltooien vóór de door het ZIN gestelde deadline van 31 december 2015, heeft het ZIN zijn doorzettingsmacht ingezet. Met het oog op het publiek belang is de Adviescommissie Kwaliteit (deze commissie heet nu Kwaliteitsraad) gevraagd de regie op de ontwikkeling van de nieuwe richtlijn IC over te nemen.

In het voorjaar van 2016 heeft de Kwaliteitsraad van het ZIN de concept-kwaliteitsstandaard bestuurlijk geconsulteerd. Dit betrof een openbare consultatie waar in elk geval de besturen van de betrokken partijen⁵ zijn uitgenodigd om te reageren op de duidelijkheid van de conceptkwaliteitsstandaard en de uitvoerbaarheid ervan. De primaire intentie van de consultatie is niet om alle partijen tevreden te stellen. Wel is de bedoeling van de consultatie een laatste check of wat er in de kwaliteitsstandaard staat klopt en of er geen zaken over het hoofd waren gezien. Er hebben 17 partijen in de consultatie gereageerd, waaronder de SAZ. Na inbreng van de betrokken partijen is de kwaliteitsstandaard in zijn definitieve versie opgemaakt en vastgesteld in juli 2016. Aangezien het al duidelijk was dat de inhoudelijke verschillen van mening zo groot waren dat het de veldpartijen destijds zelf niet is gelukt te komen tot een kwaliteitsstandaard, ligt het nu ook voor de hand dat niet alle partijen tevreden konden worden gesteld.

Het ZIN ondersteunt samen met Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) de implementatie van de kwaliteitsstandaard in de Stuurgroep IC. De Stuurgroep wordt gevormd door de landelijke relevante partijen voor intensive care⁶.

Inhoud

Deze kwaliteitsstandaard beschrijft, zoals gezegd, de voorwaarden waaraan de organisatie van Intensive Care-zorg in Nederland moet voldoen. De essentie van de kwaliteitsstandaard is dat een IC-patient de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats krijgt. Een onderdeel dat de afgelopen periode helaas veelvuldig negatief is uitgelicht zijn de eisen over aanwezigheid en beschikbaarheid van intensivisten, als norm in de kwaliteitsstandaard. Deze schrijft over de beschikbaarheid van de intensivist:

- «Voor IC-patiënten is zeven dagen per week op iedere IC-afdeling overdag een intensivist aanwezig en exclusief beschikbaar voor patiëntenzorg op die IC.
- Wanneer de intensivist niet in de avond en nacht aanwezig is, is er een IC-arts⁷ binnen vijf minuten aanwezig. De intensivist is exclusief beschikbaar en zo snel mogelijk aanwezig op de IC. Dat betekent binnen het aantal minuten dat de IC's in hun netwerk hebben afgesproken- en in hun zorgbeleidsplan hebben vastgelegd, met een maximum van 60 minuten.»

⁵ Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), Federatie Medisch Specialisten (Federatie), Stichting Family and patient Centered Intensive Care (FCIC), Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ), Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zorginstituut Nederland (ZIN), Patiëntenfederatie Nederland.

⁶ FCIC, Nederlandse Patiëntenfederatie, V&VN-IC, NIV, NFU, NVA, NVZ, NVIC, SAZ, Stichting NICE, ZN, STZ, Zorginstituut, Kwaliteitsraad Zorginstituut.

⁷ IC-artsen zijn artsen of arts-assistenten die zich nog specialiseren en werken onder begeleiding van een intensivist en afhankelijk van hun ervaring visite mogen lopen op de afdeling en zelfstandig medische handelingen uitvoeren. IC-artsen kunnen zonnodig de eerst benodigde acties op de IC voor hun rekening nemen totdat de intensivist aanwezig is.

Deze eisen zijn gebaseerd op beschikbare wetenschappelijke kennis. De kwaliteitsstandaard stelt dat het aannemelijk is dat IC-patiënten die worden behandeld door een intensivist een betere uitkomst hebben dan patiënten die niet door een intensivist worden behandeld. Dit uit zich onder andere in een betere overleving, kortere behandelduur op de IC en in het ziekenhuis. Ook wordt geconcludeerd dat er aanwijzingen zijn dat snelle betrokkenheid van een intensivist (<1 uur) bij IC-patiënten leidt tot betere uitkomsten. Vanuit het streven om IC-patiënten goede en passende zorg te geven vond de Kwaliteitsraad het belangrijk dat er zowel overdag als ook 's avonds, 's nachts en in het weekend een intensivist beschikbaar is voor de IC-patiënt(en) op zijn of haar IC-afdeling en dat deze overdag ook aanwezig is. De consultatie-reacties wierpen hier geen ander licht op.

Op deze bezettingsnorm zijn nadien nog enkele nuances aangebracht, die behulpzaam zijn bij de implementatie van de kwaliteitsstandaard voor betrokken partijen.

- a. De Stuurgroep IC heeft de norm in oktober 2016 toegelicht als: «Een exclusief beschikbare intensivist kan wel werkzaamheden verrichten in de acute as⁸ van het ziekenhuis⁹. Dat is in veel ziekenhuizen nu al gebruikelijk. Echter de exclusief beschikbare intensivist kan niet tegelijkertijd ook nog verantwoordelijkheden hebben elders in het ziekenhuis, waardoor hij/zij voor langere tijd niet beschikbaar is voor de IC. Een andere grens voor exclusieve beschikbaarheid volgens de Stuurgroep is dat een intensivist van een grote IC niet opgeroepen kan worden door een andere IC-afdeling in zijn netwerk, als hij daardoor de eigen IC moet verlaten zonder dat daar een collega intensivist blijft»
- b. De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) werkt momenteel constructief samen met de SAZ aan een addendum op de IC-richtlijn, met betrekking tot de exclusieve beschikbaarheid van de intensivist tijdens de avond en de nacht en de aanwezigheid in het weekend. Streven is om het addendum rond 1 juli vast te stellen en (tripartiet) aan te bieden aan ZIN voor opname in het register.

De manier waarop de eisen over aanwezigheid en beschikbaarheid van intensivisten door ziekenhuizen wordt georganiseerd (bijvoorbeeld door de eigen formatie uit te breiden of door afspraken te maken voor uitwisselen van personeel in je eigen IC-netwerk), is vrijgelaten aan de ziekenhuizen zelf, zodat zij een oplossing kunnen zoeken die in hun regio werkt. Een goed voorbeeld van hoe dit maatwerk in de praktijk vorm krijgt is het addendum wat de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) heeft opgesteld met betrekking tot de verloskundige zorg. In dit addendum is aangegeven op welke wijze de opvang van patiënten die verloskundige zorg nodig hebben en die IC-behoefte worden, geregeld moet zijn indien er geen volwaardige IC aanwezig is op locatie. Dit betreft onder meer de afbakening van zorg en de afspraken binnen het IC-netwerk (conform de Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care) over overleg, transport en jaarlijkse evaluatie van de zorg¹⁰.

Overigens is er ook nog altijd de mogelijkheid voor ziekenhuizen om de IC af te schalen naar bijvoorbeeld een afdeling voor high of medium care. Dat heeft vanzelfsprekend gevolgen voor het zorgprofiel van het

⁸ De acute as betreffen werkzaamheden op de SEH en in het ziekenhuis (maar buiten de IC) waarbij patiënten acuut bedreigd zijn.

⁹ Zie Verslag Stuurgroep IC oktober 2016, Verslag Stuurgroep IC januari 2017 en Zienswijze van de Inspectie, de NZa en het Zorginstituut op de vragen van de Stuurgroep IC t.a.v. de implementatie van de kwaliteitsstandaard Organisatie van IC d.d. 20-3-2017.

¹⁰ Addendum Nota Praktijknormen Klinische Verloskunde, 2018, NVOG.

ziekenhuis. Wijziging van het zorgprofiel dient met de verzekeraar overlegd te worden. Ook moet met omliggende ziekenhuizen afspraken gemaakt worden over het gebruik van de IC. Deze regionale afspraken zijn overigens ook al een belangrijk onderdeel van het kwaliteitskader. Een ziekenhuis zonder IC kan patiënten met een bepaalde zorgvraag niet meer goed en veilig behandelen. De randvoorwaarden voor goede zorg voor de patiënten die IC-zorg behoeftig zijn of dit mogelijk gaan worden, zijn niet aanwezig en mogen in elk geval niet meer behandeld worden. Voor welke patiënten dit geldt is afhankelijk van bijvoorbeeld het ziekenhuisprofiel, van welke (acute) ketenafspraken het ziekenhuis heeft.

Vanaf 1 juli 2018 gaat de IGJ handhaven op de kwaliteitsstandaard Intensive Care zoals die er dan ligt. Indien het Addendum, waar hierboven aan is gerefereerd, klaar is, maakt dat voor de IGJ onderdeel uit van de IC-richtlijn. Desgevraagd zegt de Inspectie dat dit niet betekent dat de IGJ met ingang van 1 juli direct gaat toetsen bij alle ziekenhuizen. Vanaf 1 juli is het toezicht op de naleving van de IC-richtlijn risicogestuurd ingericht. Dat betekent dat de Inspectie een onderzoek instelt bij een ziekenhuis op het moment dat er signalen zijn dat het ziekenhuis de organisatie van de IC niet op orde heeft, en patiënten daardoor risico's lopen.

De SAZ stelt in Zorgvisie dat er naar hun mening niet voldoende intensivisten zijn om te voldoen aan de bezettingseisen in de nieuwe richtlijn. De NVIC heeft echter na navraag die ik onlangs deed aangegeven dat er volgens hen wel voldoende intensivisten zijn om aan de kwaliteitseisen te voldoen. Om een beeld te krijgen of en zo ja waarom het misschien *regionaal* of *lokaal* een probleem is om voldoende medisch-specialisten, waaronder intensivisten, aan te trekken, heb ik met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) afgesproken om hiernaar verder onderzoek te doen.

3. Kwaliteitskader Spoedzorgketen

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen beschrijft hoe partijen in de zorg met elkaar willen samenwerken om iedere patiënt met een acute zorgvraag 24/7 spoedzorg van goede kwaliteit te bieden. Het kwaliteitskader is een landelijk kader voor de samenwerking tussen ketenpartners en gericht op de gewenste minimale kwaliteit van de huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, zorg geleverd door de mobiele medische teams (MMT) en de acute ziekenhuiszorg. Het kwaliteitskader is opgesteld door bij de spoedzorg betrokken organisaties¹¹.

Proces

De partijen uit de spoedzorg hebben het ZIN gevraagd te ondersteunen bij de ontwikkeling van een Kwaliteitskader voor de Spoedzorgketen. Het kader is opgesteld door veldpartijen zelf, dus van doorzettingsmacht door het ZIN is op dit moment geen sprake. Het ZIN heeft het Kwaliteitskader Spoedzorgketen wel op de Meerjarenagenda geplaatst.

¹¹ Ambulancezorg Nederland (AZN), Federatie Medisch Specialisten (FMS), InEen, Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Patiëntenfederatie Nederland, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

In januari 2017 is onder begeleiding van het ZIN het eerste concept Kwaliteitskader Spoedzorgketen opgesteld, waarna het ZIN het initiatief heeft teruggelegd bij de 11 betrokken organisaties. Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) fungeert namens de 11 partijen als trekker bij de uiteindelijke totstandkoming en bestuurlijke vaststelling van het definitieve kader. In januari 2018 is het kwaliteitskader Spoedzorgketen aan het ZIN aangeboden, maar het is hiermee nog niet vastgesteld en in werking getreden. De bij het kwaliteitskader betrokken veldpartijen hebben namelijk een voorbehoud gemaakt bij de financiële impact van de personele eisen die in het concept kwaliteitskader zijn opgenomen. Afhankelijk van de uitkomst van een analyse naar deze financiële impact kan door partijen een besluit genomen worden over opname van de normen in het kwaliteitskader en de (eventuele) datum van implementatie.

Het conceptkader is in het voorjaar van 2018 getoetst op handhaafbaarheid door IGJ. Naar aanleiding van deze toets door de IGJ worden nu eerst enkele normen in het kader verduidelijkt door de 11 betrokken partijen. Binnenkort wordt het kader voorgelegd aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), met de opdracht vanuit het ZIN een Budget Impact Analyse (BIA) uit te voeren. De BIA betreft een toets op de financiële gevolgen conform de normen van het kader. De opdracht vanuit het ZIN moet nog worden gegeven, maar indien dit op korte termijn gebeurt zal de NZa ernaar streven de BIA eind 2018 gereed te hebben. Het ZIN zal mij vervolgens op de hoogte stellen van de financiële gevolgen. Naar aanleiding van de uitkomsten van de BIA zal de LNAZ met de 11 partijen in overleg treden wat de uiteindelijke normen worden die in het kwaliteitskader Spoedzorgketen worden opgenomen. Na vaststelling volgt een gezamenlijk implementatietraject. Hierin zal ook aandacht zijn voor het moment op de nieuwe normen zal worden gehandhaafd.

Inhoud

Een van de nieuwe normen in het kwaliteitskader, waarvoor het voorbehoud geldt, is de bezettingsnorm voor de SEH. Deze stelt dat op elke geopende SEH 24/7 tenminste een arts¹² aanwezig is met minimaal 2 jaar klinische ervaring, waarvan minimaal 1 jaar ervaring in een poortspecialisme (dit is bijv. cardiologie, interne geneeskunde, chirurgie).

De bezorgdheid van partijen, waaronder de SAZ, is bekend en daarom wordt het proces met grote nauwkeurigheid doorlopen. De onduidelijkheden met betrekking tot de bezettingsnorm worden eerst verduidelijkt alvorens aan de NZa de BIA te vragen.

4. Standpunt

Belangrijk is te realiseren dat het formuleren van nieuwe kwaliteitsstandaarden- en eisen gebeurt in het belang van de patiënt. Het zijn daarbij de zorgprofessionals zelf die de eisen met betrekking tot de inhoud en organisatie van de zorg formuleren. Hiermee definiëren zij de facto het begrip «goede zorg» uit de kwaliteitswetgeving. Het is niet aan een Minister om inhoudelijk kwaliteitsstandaarden te bepalen. Veldpartijen – bestuurders en professionals – dienen de verplichtingen die uit kwaliteitsstandaarden voortvloeien volgens het «comply or explain-

¹² Dit kunnen zijn SEH-artsen (=KNMG opgeleid SEH arts), medisch specialisten of arts assistenten(arts-assistenten met minimaal 2 jaar klinische ervaring, waarvan minimaal 1 jaar ervaring in een poortspecialisme (dit is bijv. cardiologie, interne geneeskunde, chirurgie). Deze verduidelijking wordt door de LNAZ namens de betrokken partijen opgenomen in het kwaliteitskader Spoedzorgketen.

mechanisme» na te leven en onderling afspraken te maken over de invulling daarvan. De IGJ ziet daar op toe.

Net als in de rest van de zorg zullen, ook voor IC-zorg en SEH-zorg, de drie publieke belangen gewaarborgd moeten worden. De kwaliteit van zorg moet goed zijn, zorg moet toegankelijk zijn en de zorg moet betaalbaar zijn. Die drie publieke belangen staan niet los van elkaar. De ontwikkelingen, zoals in het voorgaande van deze brief zijn geschetst, illustreren dit. Eisen die aan de kwaliteit van zorg worden gesteld, kunnen gevolgen hebben voor het aanbod van zorg, als een aanbieder om welke reden niet in staat is er aan te voldoen, ook niet via (op de kwaliteitsstandaard) aanvullende afspraken met zorgverzekeraars en de omliggende ziekenhuizen. Dan moet bezien worden wat de consequenties voor zijn zorgaanbod zijn.

Soms kunnen zorgaanbieders niet aan de (aangescherpte) normen voldoen, omdat zij niet voldoende gekwalificeerde artsen kunnen aantrekken. Het eerder in deze brief genoemde onderzoek naar de beschikbaarheid van medisch-specialisten zal nadere informatie moeten geven over de vraag of er regionaal of lokaal inderdaad problemen van die aard zijn, en zo ja, welke oorzaken daaraan ten grondslag liggen. Antwoorden op deze vragen zijn van belang voor eventuele oplossingen. Het zou bijvoorbeeld mogelijk kunnen zijn dat er te weinig specialisten zijn opgeleid. Maar het kan ook een breder probleem zijn dat samenhangt met algemenere vraagstukken waar krimpregio's mee te maken hebben, zoals ontgroening waardoor er minder jonge mensen wonen die mogelijk in de zorg in die regio willen werken, en de aantrekkelijkheid van de regio voor mensen van buiten de regio. Of er kan sprake zijn van een lokaal vraagstuk, waarmee bestuurders en professionals vooral zelf aan de slag moeten. De oplossing van deze vraagstukken ligt dan ook op regionaal of lokaal niveau.

De kostengevolgen van nieuwe kwaliteitsstandaarden worden ook genoemd als mogelijke oorzaak voor het niet kunnen naleven van de normen door individuele zorgaanbieders. Een zorgaanbieder moet echter redelijkerwijs in staat worden gesteld om aan de kwaliteitseisen te voldoen. In het geval van vrij onderhandelbare prijzen dienen de zorgverzekeraars hier rekening mee te houden. En in geval van gereguleerde tarieven zal de NZa de tarieven aanpassen aan de nieuwe standaard¹³. Mede met het oog hierop is het belangrijk dat zorgverzekeraars worden betrokken bij de besluitvormingsprocessen rondom kwaliteitsstandaarden. Eventuele meerkosten dienen verzekeraars immers voor hun rekening te nemen. Overigens hebben de partijen bij het opstellen van nieuwe kwaliteitsstandaarden gelukkig ook steeds vaker aandacht voor financiële en organisatorische impact op de zorgaanbieders.

Los van de gevolgen van nieuwe standaarden voor individuele zorgaanbieders zal voor patiënten gewaarborgd moeten zijn dat er voldoende IC-zorg en SEH-zorg beschikbaar is en ook dat de toegankelijkheid tot deze

¹³ Relativering hierbij is dat met het oog op de betaalbaarheid op macro-niveau zoals u weet wordt gewerkt aan een wetsvoorstel dat het mogelijk maakt voor de Minister van VWS of de Minister van Medische Zorg en Sport om in te grijpen als een nieuwe richtlijn/kwaliteitsstandaard de macro-betalbaarheid van zorg in gevaar brengt. Met dit wetsvoorstel wordt de toetsing van kwaliteitsstandaarden aangescherpt met het oog op financiële beheersing van de collectieve (zorg)uitgaven. De aangescherpte toetsing geldt uitsluitend voor kwaliteitsstandaarden die een risico op substantiële financiële gevolgen opleveren. Naar verwachting gaat het hierbij jaarlijks om een zeer beperkt aantal gevallen. Deze wet is beoogd per juli 2019 in werking te treden.

zorg is geregeld. Om daarvoor te zorgen bevat ons zorgstelsel verschillende belangrijke randvoorwaarden.

Belangrijk onderdeel daarvan is de zorgplicht voor zorgverzekeraars die geldt voor zowel acute zorg als voor planbare zorg. Zorgverzekeraars zijn er voor verantwoordelijk dat er voor hun verzekerden voldoende en voldoende toegankelijke zorg beschikbaar is. Daarbij dienen zij een adequate afweging te maken met betrekking tot de bereikbaarheid van deze zorg en wat redelijke afstanden zijn voor hun verzekerden. Daartoe zullen zorgverzekeraars een goed beeld (op korte, middellange en lange termijn) moeten hebben van de behoeften van hun verzekerden en van het aldus benodigde zorgaanbod in de regio. Op basis daarvan contracteren zij zorgaanbieders. Een belangrijke notie daarbij is dat de toegankelijkheid van *zorg* hiermee is gegarandeerd. Dat betekent dus met nadruk niet dat verzekeraars de verplichting hebben om de toegankelijkheid van individuele *zorgaanbieders* te garanderen. Dat zou immers de mogelijkheden van zorgverzekeraars om te sturen op kwalitatief goede en doelmatige zorg onevenredig beperken.

Daarnaast geldt specifiek voor de zorg die op SEH's wordt geboden dat zorgverzekeraars ervoor moeten zorgen dat die SEH's die volgens de 45 minuten-norm noodzakelijk zijn voor de bereikbaarheid van deze acute zorg, open blijven. Bepaalde afdelingen voor spoedeisende hulp en acute verloskunde in Nederland mogen op grond van deze norm niet sluiten. De NZa houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars. En ondersteunt ziekenhuizen met een SEH die niet mag sluiten, door aan hen onder voorwaarden een beschikbaarheidsbijdrage te verstrekken.

Resumerend ben ik van mening dat ieder ziekenhuis aan de vastgestelde kwaliteitseisen dient te voldoen. Dat geldt voor alle vormen van zorg, dus ook voor IC-zorg of SEH-zorg. Een patiënt moet er altijd van uit kunnen gaan dat de kwaliteit gegarandeerd is. Indien een ziekenhuis niet in staat is aan de eisen te voldoen, of aanvullend op de bestaande normen geen specifieke afspraken weet te maken in relatie tot de specifieke omstandigheden, dan zal het ziekenhuis moeten overgaan tot aanpassing van het zorgaanbod. Bijvoorbeeld door afschaling van de IC-afdeling naar een afdeling voor high- of medium care. Daarbij zullen dan ook de gevolgen voor het gehele profiel van het ziekenhuis moeten worden gezien. Sommige patiënten zullen in dat geval wellicht bang zijn dat door het verdwijnen van bepaald zorgaanbod noodzakelijke zorg wellicht niet meer tijdig beschikbaar is. De eerder genoemde zorgplicht voor zorgverzekeraars met het toezicht daarop van de NZa en het toezicht van de IGJ op de kwaliteit van zorg is bedoeld om dat te voorkomen. Daarnaast zal een aantal patiënten wellicht iets verder moeten reizen dan eerder het geval was. De zorgplicht garandeert echter dat er voldoende zorg beschikbaar blijft voor alle patiënten en dat de reisafstand binnen redelijke grenzen moet blijven. Ik begrijp natuurlijk dat sommige patiënten dat mogelijk als vervelend zullen ervaren. Als je zorg nodig hebt, wil je deze het liefst zo snel mogelijk en zo dicht mogelijk bij huis tot je beschikking hebben. Maar als dat wordt gecompenseerd door een betere kwaliteit van de geleverde zorg, dan vind ik een iets langere reistijd te rechtvaardigen in het belang van diezelfde patiënt.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins