

Vergaderjaar 2018–2019

**35 227**

## **Initiatiefnota van het lid Van Gerven over het ziekenhuis dichtbij voor iedereen**

**Nr. 3**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 september 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft mij verzocht om een reactie te geven op de Initiatiefnota van het lid Van Gerven over het ziekenhuis dichtbij voor iedereen (Kamerstuk 35 227, nr. 2).

Ik heb de initiatiefnota van de heer Van Gerven met belangstelling gelezen. Het is geen geheim dat de heer Van Gerven en ik andere ideeën hebben over de zorg en de inrichting van het zorgstelsel, maar ik heb waardering voor de initiatiefnota die hij heeft opgesteld, waarin hij de ontwikkelingen in het ziekenhuislandschap in een breder perspectief plaatst.

De initiatiefnota van de heer Van Gerven bevat 9 beslispunten, waar ik hieronder graag op reageer.

- 1. Voer een leefbaarheidsnorm/bereikbaarheidsnorm van 20 minuten in.*
- 2. Hanteer op basis van wetenschappelijke argumenten een bereikbaarheidsnorm van 20 minuten voor acute klinische verloskunde.*

We hebben de afgelopen tijd in de Kamer met regelmaat gesproken over de bereikbaarheid van ziekenhuizen, en met name van ziekenhuisafdelingen voor acute zorg (SEH's en afdelingen acute verloskunde). Het feit dat de 45 minuten-norm een modelmatige norm is, die geen medisch-inhoudelijke onderbouwing kent, stond daarbij vaak centraal. Dit heeft ertoe geleid dat ik zoals u weet – de heer Van Gerven refereert hier ook aan in zijn initiatiefnota – aan de Gezondheidsraad heb gevraagd om onderzoek te doen naar een meer medisch-inhoudelijke onderbouwing van een bereikbaarheidsnorm voor spoedzorg.

Het onderzoek van de Gezondheidsraad zal zoals gezegd ingaan op de medisch-inhoudelijke kant van een spreidingsnorm. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met de mogelijkheden voor acute zorgverlening in andere delen van de acute zorgketen. Denk aan huisartsenzorg, ambulancezorg en first responders/burgerhulpverlening. Daarnaast wil ik ook zicht hebben op de realiseerbaarheid van eventuele aanpassingen van de bestaande 45 minuten-norm. Denk bij dat laatste bijvoorbeeld aan de krapte op de arbeidsmarkt of de budgettaire impact van veranderingen. Een eventuele aanpassing van de norm moet immers wel uitvoerbaar zijn. Dat laatste onderdeel (realiseerbaarheid) hoort niet direct thuis bij de Gezondheidsraad. Na het medisch-inhoudelijke advies van de Gezondheidsraad, zal ik hiervoor wellicht een aparte analyse moeten laten maken. Nadat ik beide adviezen heb ontvangen zal ik mijn standpunt over de bereikbaarheidsnorm bepalen. Het spreekt mijns inziens voor zich dat ik voor die tijd geen wijzigingen aan zal brengen in de bestaande 45 minuten-norm, noch (daarnaast) een andere bereikbaarheidsnorm voor (acute) ziekenhuiszorg zal invoeren.

### *3. Voer een efficiëntienorm (200–300 bedden per ziekenhuis) in.*

Het invoeren van een efficiëntienorm, in de vorm van een verbod voor zorginstellingen om te fuseren boven een bepaalde schaalgrootte, is onderzocht. Zoals ik de Tweede Kamer heb laten weten in de Kamerbrief van 22 oktober 2018 over de ontwikkelingen van fusietoezicht in de zorg (Kamerstuk 34 445, nr. 13), ben ik van oordeel dat het stellen van een algemene grens aan de grootte van ziekenhuizen te veel nadruk legt op schaalgrootte ten opzichte van de publieke belangen inzake de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Ook gaat het stellen van een generieke norm naar mijn oordeel voorbij aan de complexiteit en de dynamische omstandigheden waarin deze zorginstellingen opereren. Bovendien zou een dergelijke efficiëntienorm in de weg staan aan de hierboven genoemde ontwikkeling naar de juiste zorg op de juiste plek.

### *4. Leidt meer personeel op.*

Voldoende en gekwalificeerd personeel is voorwaardelijk voor goede zorg. Zonder goede mensen is er geen goede zorg. Dit is voor de Minister en Staatssecretaris van VWS en mij één van de belangrijkste opgaven.

Om te zorgen voor voldoende medisch personeel in ziekenhuizen investeer ik jaarlijks fors in het opleiden van zowel specialisten als gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel. Dat doe ik op basis van ramingen van het Capaciteitsorgaan en kostendekkende financiering. Het Capaciteitsorgaan (CO) raamt eens in de 2 à 3 jaar de benodigde instroom in een groot aantal medische en verpleegkundige vervolgoopleidingen<sup>1</sup> in de zorg, uitgaande van de te verwachten zorgvraag op langere termijn. De ramingen en adviezen staan in het zogeheten Capaciteitsplan dat ook naar de Kamer wordt gestuurd. In deze ramingen wordt ook rekening gehouden met de ontwikkeling dat werken in deeltijd in toenemende mate voorkomt.

Om krapte op de arbeidsmarkt, hoge werkdruk en een toenemende zorgvraag het hoofd te bieden, is de afgelopen jaren veelal aangesloten bij het maximumadvies van het CO voor het opleiden van medisch specialisten. Bij huisartsen en bij sommige medische specialismen, onder

<sup>1</sup> 27 medische specialismen, 2 tandheeskundige specialismen, 3 klinisch technische specialismen, SEH-arts, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, sociaal geneeskundigen, psychologische vervolgoopleidingen, ziekenhuisopleidingen.

andere psychiaters, zijn om die redenen zelfs meer plaatsen beschikbaar gesteld dan conform het maximumadvies.

Het advies van het CO over de gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunende beroepen wordt door ziekenhuizen niet volledig opgevolgd. Dit ondanks de kostendekkende financiering voor het opleiden van medisch-ondersteunend personeel en gespecialiseerde verpleegkundigen, die ik al sinds 2010 beschikbaar stel. Hierdoor zijn de tekorten aan medisch-ondersteunend personeel en gespecialiseerde verpleegkundigen verder opgelopen. In het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg is dan ook de ambitie opgenomen dat de ziekenhuizen in 2021 volgens het advies van het Capaciteitsorgaan gaan opleiden.

*5. Voer een Medium Care (of daarmee vergelijkbare) toeslag in voor de regionale ziekenhuizen voor de opvang van kritiek-zieke patiënten buiten de IC.*

In de initiatiefnota doet de heer Van Gerven het voorstel om een toeslag in te voeren voor de regionale ziekenhuizen, «zodat de 24-uursopvang en behandeling van kritiek-zieke patiënten en klinische verloskunde behouden blijven. Daarbij wordt in eerste instantie gedacht aan uitbreiding van capaciteit van de PACU (Post Anesthesia Care Unit), recovery [uitslaapkamer] of medium care.» Op die manier zouden deze ziekenhuizen beter in staat worden gesteld om patiënten te behandelen waarbij slechts sporadisch intensive care-behandeling nodig is. Met de extra middelen zouden deze ziekenhuizen de formatie kunnen uitbreiden en daarop gerichte samenwerkingsverbanden kunnen financieren.

Zoals ik de Kamer in het kader van de behandeling van de VWS Begroting voor 2019 heb laten weten,<sup>2</sup> is de bekostiging van zorg niet afhankelijk van de afdeling waar een patiënt ligt; bij de bekostiging gaat het om de geleverde zorg.

Er zijn in een ziekenhuis verschillende vormen verpleegzorg, van intensief tot laag intensief. In beginsel worden voor alle vormen van verpleegzorg verpleegdagen binnen de DBC's vastgelegd. Die worden dus meegenomen bij de declaraties die ziekenhuizen bij zorgverzekeraars indienen. Ziekenhuizen maken afspraken met zorgverzekeraars, waarbij rekening kan worden gehouden met kostenverschillen, bijvoorbeeld als gevolg van intensievere zorg. De bestaande systematiek biedt dus voldoende mogelijkheden om deze zorg te bekostigen.

Voor IC-zorg is op dit moment een aparte zogenaamde «add on» vastgelegd, die als een opslag op de reguliere DBC's kan worden gedeclareerd. De NZa heeft medio 2017 een verzoek van partijen ontvangen om voor andere intensievere zorgvormen, zoals medium care, ook een aparte betaaltitel te maken. In overleggen die daarop volgden is vastgesteld dat daarvoor duidelijkheid nodig is over de precieze inhoud van medium care zorg, en de afbakening ten opzichte van bijvoorbeeld de lichtere IC-zorg; bijvoorbeeld via het vaststellen van een richtlijn. De betrokken partijen in het veld lijken nog niet tot consensus op dit punt te zijn gekomen. Op dit moment kan deze zorg, niet nader gespecificeerd, echter als onderdeel van de DBC worden gedeclareerd.

---

<sup>2</sup> Schriftelijke antwoorden op vragen gesteld in de eerste termijn van de behandeling van het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2019 (Kamerstuk 35 000 XVI), Bijlage bij Handelingen II 2018/19, nr. 15, item 17.

## *6. Verplicht ziekenhuizen tot samenwerking.*

Ik vind ook dat de patiënt is gebaat bij een stevig netwerk van grote en kleinere ziekenhuizen die goed samenwerken zodat zorg van goede kwaliteit voor iedereen toegankelijk is en blijft. Technologische en maatschappelijke veranderingen leiden momenteel tot een verschuiving binnen het zorglandschap: diagnostiek en zorg verschuiven van ziekenhuis naar de eerste lijn of naar huis, of juist van algemeen ziekenhuis naar gespecialiseerd centrum. Zorg wordt dicht bij huis verleend waar het kan, verder weg als dat vanwege kwaliteit en doelmatigheid noodzakelijk is. Samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders is hierbij het sleutelwoord. Alleen samen kunnen we ons voorbereiden op de toekomstige zorg.

Iedereen heeft daarbij zijn eigen rol. De zorgverzekeraars hebben via de contractering een belangrijke rol als het gaat om de organisatie van de zorg en hebben aangegeven verantwoordelijkheid te nemen voor de ontwikkelingen die nodig zijn rond de «de juiste zorg op de juiste plek»-beweging. De verschillende zorgverleners hebben een belangrijke rol in de daadwerkelijke vormgeving van het aanbod, de inhoud en het feitelijk verlenen van de zorg in de regio. Van de umc's verwacht ik dat ze hun deskundigheid ter beschikking stellen en kritisch kijken voor welke patiënt een umc echt van toegevoegde waarde is. De topklinische ziekenhuizen hebben de meeste patiënten en het meeste personeel en hebben daarmee een belangrijke functie in de regio. De kleinere regionale ziekenhuizen hebben weer een andere spelfunctie in de regio en hebben in hun strategische koers aangegeven de omslag te willen maken van ziekenhuis naar gezondheidsorganisatie.

Zoals u weet roep ik al de ziekenhuizen op om (regionaal) samen te werken, allemaal met de rol die hen het beste past en met deze samenwerking elkaar en de zorg te versterken. Maar ik wil niet overgaan tot verplichtingen. Onderzoek met elkaar welke vormen van zorg beter in een kleiner regionaal ziekenhuis, een groter topklinisch ziekenhuis of juist in een umc kunnen plaatsvinden. Ik verwacht daarbij dat zowel de umc's als de ziekenhuizen over hun eigen schaduw heen stappen en het belang van de patiënt vooropstellen en daarbij nauwlettend de balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in het oog houden. In de brief over de rol van de umc's in het zorglandschap die ik in juli naar de Tweede Kamer heb gestuurd ga ik ook in op de rol van de verschillende zorgaanbieders en de onderlinge samenwerking (Kamerstuk 33 278, nr. 8).

Om dit voor elkaar te krijgen is het belangrijk om te kijken naar de feiten en cijfers in een regio: welke zorg wordt nu waar en door wie aan wie geleverd? Zorg dat iedereen daar hetzelfde beeld van heeft, bepaal vervolgens de opgave in de regio en ga dan – op basis van dat startpunt – aan de slag met die opgave. Hierdoor kunnen de bewegingen die partijen maken op elkaar aansluiten en elkaar versterken. Zorgverzekeraars zullen, als het niet door anderen wordt opgepakt, de verantwoordelijkheid nemen om deze regiobeelden op te stellen. Dit hebben we met alle partijen ook zo afgesproken in het hoofdlijnenakkoord. Het is de komende periode van belang dat deze landelijke afspraken daadwerkelijk in de regio waargemaakt worden.

## *7. Democratiseer de aansturing van het ziekenhuis.*

De heer Van Gerven stelt in zijn initiatiefnota voor om gemeenten instemmingsrecht te geven bij belangrijke beslissingen omtrent bijvoorbeeld fusies, verbouwingen, verhuizingen van locaties en afdelingen en sluitingen van afdelingen van een ziekenhuis. Hij stelt voor dit instem-

mingsrecht te effectueren door een vertegenwoordiger namens de gemeenten in het adherentiegebied van het ziekenhuis zitting te laten nemen in de Raad van Toezicht van het ziekenhuis, en deze vertegenwoordiger een vetorecht te geven.

Daarnaast stelt de heer Van Gerven voor om personeel en patiëntenraden instemmingsrecht te geven in geval van fusies, verbouwingen, verhuizingen en sluitingen van voorzieningen.

Ik ben van oordeel dat het de bestuurders van zorgaanbieders (in overleg met de zorgverzekeraars) zijn die moeten besluiten welke zorg zij aanbieden. Een vetorecht voor gemeenten is daarmee strijdig. Ik vind dat de bestuurders van zorgaanbieders in hun besluitvorming over welke zorg zij aanbieden serieus relevante argumenten moeten afwegen. En dus ook met alle betrokkenen tijdig in gesprek moeten gaan over hun voornemens, zodat zij alle argumenten goed kunnen afwegen.

Daarom heb ik in de (concept) amvb acute zorg die ik in voorbereiding heb<sup>3</sup>, zoals u weet, bepaald op welke wijze de partijen in de omgeving van een ziekenhuis moeten worden betrokken bij beslissingen over het wijzigen van het aanbod van acute zorg (SEH, afdeling acute verloskunde of HAP). In mijn reactie op het Schriftelijk Overleg (SO) over de concept algemene maatregel van bestuur beschikbaarheid acute zorg ben ik hier uitgebreid op ingegaan.<sup>4</sup> Ik heb onder meer aangegeven dat het, naast de interne adviesgremia van een zorgaanbieder (cliëntenraad, de medezeggenschap, medewerkers en de medische staf), belangrijk is ook bewoners, gemeenten, huisartsen en verloskundigen, ambulancedienst en andere ziekenhuizen, eventueel in het kader van het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorgketen), actief te informeren en te betrekken bij een sluiting van aanbod van acute zorg. Niet alleen na besluitvorming, maar juist ook vóór besluitvorming. Op deze wijze krijgen alle partijen de kans om hun bezwaren, afwegingen, zorgen en suggesties in te brengen in de gesprekken met de zorgaanbieder, zodat deze meegewogen kunnen worden in het creëren van draagvlak en besluitvorming. Als de zorgaanbieder uiteindelijk een beslissing neemt, zal hij daarbij inzichtelijk moeten maken op welke wijze hij de belangen van de inwoners en andere partijen, alsmede hun zorgen en suggesties, heeft meegewogen in zijn beslissing. Uiteindelijk zijn de zorgaanbieder en de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor hun keuzes.

Daarnaast stellen de IGJ en NZa momenteel op mijn verzoek gezamenlijk een handreiking op voor een zorgvuldige proces- en besluitvorming bij wijzigingen in het zorglandschap, waar overleg met andere betrokken actoren en inwoners uiteraard onderdeel van zal uitmaken. Deze handreiking zal ik naar verwachting in oktober aan uw Kamer doen toekomen.

Wat fusies betreft, voorziet de zorgspecifieke fusietoets er overigens nu al in dat wordt getoetst of cliënten, personeel en andere belanghebbenden zijn betrokken in de besluitvorming over een voorgenomen fusie.

*8. Laat specialisten werken in loondienst en laat ze vallen onder de Wet normeringtopinkomens.*

Het kabinetsbeleid is erop gericht om loondienst voor medisch specialisten een gelijkwaardige keuze te laten zijn ten opzichte van de vrije vestiging.

<sup>3</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 264.

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 268.

Met de Wet normering topinkomens (WNT) streeft het kabinet naar een sober beloningsbeleid voor topfunctionarissen in de (semi)publieke sector. Medisch specialisten zijn voor hun werkzaamheden als medisch specialist (expliciet niet voor hun werkzaamheden als topfunctionaris) uitgezonderd van de WNT. De aanleiding hiervoor was het advies van de Commissie inkomens medisch specialisten (verder: Commissie Meurs). De Commissie Meurs gaf aan dat inkomensnormering van medisch specialisten ertoe zou leiden dat medisch specialisten niet in loondienst zouden treden bij een zorginstelling en zich vrij zouden vestigen. Om die reden is het niet aannemelijk dat het normeren van de bezoldiging van medisch specialisten in loondienst ertoe zou leiden dat er een

besparing zal optreden. Daarnaast gaat de WNT alleen over de bezoldiging van topfunctionarissen (zoals bestuurders en toezichthouders) en niet over de bezoldiging van zorgverleners of ander personeel.

#### *9. Deprivatiseer het vastgoed.*

De heer Van Gerven pleit voor een terugkeer naar een systeem van collectieve borging van zorgvastgoed, zoals we dat feitelijk ook kenden vóór 2008. Onder het toenmalige bouwregime moesten ziekenhuizen een vergunning aanvragen voor investeringen in hun vastgoed en werden de kosten (rente, afschrijvingen en/of huur) volledig vergoed door de overheid. Ik ben tegen een terugkeer naar het verleden. In ons huidige zorgstelsel dragen ziekenhuizen juist zelf de verantwoordelijkheid voor hun investeringen in bouw en vastgoed. Daardoor worden zorgbestuurders gestimuleerd om hun vastgoedstrategie zo goed als mogelijk aan te laten sluiten op de ontwikkeling van de zorgvraag in hun regio.

Het resultaat is meer toekomstbestendig en efficiënt ingericht zorgvastgoed.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins