

Vergaderjaar 2010–2011

**29 247**

**Acute zorg**

**Nr. 137**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 december 2010

Ter voorbereiding op het AO ziekenhuiszorg stuur ik u hierbij mijn antwoord op uw brief van 25 november 2010 waarin u vraagt om een stand van zakenbrief over de financiële situatie van de Zeeuwse ziekenhuizen. Voordat ik hierop in ga, blik ik kort terug op de afgelopen periode en de stappen die samen met de sector zijn gezet in de ziekenhuiszorg. Daarna werp ik een blik vooruit op de stappen die ik de komende periode nog zal zetten en in het regeerakkoord zijn aangekondigd en onder welke randvoorwaarden ik dit zal doen. Hiermee wil ik de beantwoording van uw vraag in de juiste context plaatsen.

**Een korte terugblik**

Een belangrijke doelstelling van dit kabinet is er voor te zorgen dat instellingen meer prikkels ervaren om kwaliteit en doelmatigheid te bieden. Dit is nodig om te kunnen inspelen op de komende vergrijzing, de stijging van het aantal mensen met een chronische ziekte en het dreigende tekort aan goed gekwalificeerd personeel. Hiermee wil dit kabinet de zorg toekomstbestendig maken. De invoering van prestatiebekostiging, de afschaffing van het bouwregime, de beëindiging van de functiegerichte budgettering en de uitbreiding van het B-segment vormen hiertoe belangrijke stappen. Nadere invulling van deze stappen en de voorwaarden waaronder deze stappen worden genomen, moeten worden uitgewerkt, ik zal u daar begin volgend jaar over berichten. Instellingen krijgen hierdoor de door hun gewenste ruimte voor ondernemerschap, maar zullen ook meer risico lopen op hun investeringen. De beleidswijzigingen in het kader van de invoering van prestatiebekostiging zullen een beroep doen op het aanpassingsvermogen van instellingen. Vandaar dat het vorige kabinet, vanuit het oogpunt van zorgvuldigheid en behoorlijk overheidsbestuur, reeds diverse overgangsregelingen heeft getroffen. Ook ik zal indien nodig maatregelen treffen om instellingen in de gelegenheid te stellen om zich aan de nieuwe omstandigheden aan te passen.

## **Een vooruitblik**

Ik zet het beleid van de afgelopen periode door. Zorgaanbieders en verzekeraars krijgen meer ruimte, mogelijkheden en prikkels om het aanbod zo te organiseren dat het tegemoet komt aan de behoeften en wensen van de patiënt. Een cruciale stap op weg daarnaartoe is de stap om ziekenhuizen te gaan bekostigen op basis van hun prestaties in plaats van op basis van gedeeltelijk vaste budgetten en verzekeraars op een verantwoorde manier te stimuleren om op een kritische manier afspraken te maken met ziekenhuizen over de te leveren prestaties. Daar hoort ook bij dat zij transparant worden over die prestaties. Ziekenhuizen worden dan beloond als ze de kwaliteit van de behandeling verbeteren of als ze de zorg voor een patiënt meer op elkaar afstemmen en daarmee de behandeling doelmatiger organiseren.

Ik wil er bij dit alles ook voor zorgen dat de beschikbaarheid en bereikbaarheid van basiszorg in de buurt van de patiënt gewaarborgd blijft. Dit hoeft niet altijd te betekenen dat deze geleverd wordt door een ziekenhuis. Ik zie ook mogelijkheden in substitutie van zorg naar de eerste lijn of samenwerkingsverbanden van eerste en tweedelijnszorg (anderhalvelijnscentra). Op deze manier wordt de zorg niet alleen laagdrempeliger maar ook beter betaalbaar. Het passende adagium is hier: spreiding van zorg en zorg dichtbij huis waar het kan en concentratie waar het moet. Iedereen wil bij een ernstige, levensbedreigende ziekte de beste behandeling die er is: topzorg. Iedereen moet daarvan op aan kunnen. Concentratie van topzorg zal tot meer kwaliteit ten aanzien van ingewikkelde behandelingen leiden.

## **De randvoorwaarden**

De stappen die ik de komende kabinetsperiode wil zetten in de ziekenhuiszorg dienen te worden gezet met inachtneming van onder meer de volgende randvoorwaarden.

### *Aanvullende fusie-eisen*

Fusies kunnen leiden tot zeer grote organisaties waarbij bestuurders vaak niet meer kunnen overzien wat hun beslissingen betekenen voor de dagelijkse praktijk op de werkvloer. Daarom zal ik de komende tijd invulling geven aan de in het regeerakkoord genoemde zorgspecifieke fusietoets. Bij de vormgeving van deze toets vind ik het van belang dat bestuurders meer dan nu het geval is, worden aangezet om zich vooraf te «verantwoorden» over hun afwegingen bij het aangaan van een fusie. Daarbij zal aandacht moeten worden besteed aan de te voorziene gevolgen van de fusie voor onder meer het primaire zorgproces, de risico's die men ziet en de wijze waarop men die risico's zal gaan managen. Zo moet betrokkenheid bij en draagvlak voor de fusie worden verworven bij direct belanghebbenden (zoals cliënten, verzekeraars en gemeenten).

### *Verbod op verticale integratie*

Fusies tussen verzekeraars en zorgaanbieders wil ik verbieden. Afwegingen van zorgverzekeraars bij het zorginkoopproces moeten zuiver en in het belang van verzekerden zijn. Uiteraard moet er wel ruimte zijn voor zorgverzekeraars om aan hun zorgplicht te voldoen. Ook kan tijdelijk bezit van zorgaanbod door zorgverzekeraars in het belang van de patiënt zijn. Deze beide aspecten zijn al eerder in het debat aan de orde geweest. Ik zal in de komende periode dit voornemen nader uitwerken. Europees-rechtelijke aspecten zullen in dit voorstel eveneens aan de orde komen.

### *Een macroslot op het BKZ*

Het BKZ (en in het bijzonder het gezamenlijke kader voor ziekenhuizen en zbc's) zal ook in de toekomst na invoering van prestatiebekostiging als randvoorwaarde voor de groei ruimte van ziekenhuizen blijven gelden. In de komende periode zal ik u voorstellen doen toekomen die betrekking hebben op de vormgeving van de macro kostenbeheersing bij invoering van de prestatiebekostiging, zowel voor de transitieperiode als ook voor de periode daarna.

### *Een snellere financiële informatievoorziening*

In de voorhangbrief inzake de korting ziekenhuizen van 29 juni 2010 bent u geïnformeerd over een overschrijding op het kader ziekenhuizen van € 549 miljoen. In mijn brief betreffende de maatregelen ziekenhuizen 2011 (CZ/FBI-3037989) heb ik aangegeven dat het bedrag van de overschrijding en de daarmee samenhangende korting vanaf 2011 inmiddels neerwaarts is bijgesteld naar netto € 314 miljoen structureel.

Ik onderschrijf het belang van tijdiger, betrouwbaar inzicht in de ziekenhuisuitgaven. Medio 2010 is er een werkgroep gestart om tijdiger, een meer betrouwbaar inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de BKZ-uitgaven. De kosten van de ziekenhuizen bestaan uit twee componenten, namelijk de gebudgetteerde uitgaven (A-segment) en de niet-gebudgetteerde uitgaven (B-segment). Winst is vooral te behalen met betrekking tot de informatie over de niet-gebudgetteerde uitgaven.

Bij de niet-gebudgetteerde uitgaven speelt een grote rol dat de DBC's een lange doorlooptijd hebben. Door de lange doorlooptijd (een DBC wordt pas geregistreerd als de behandeling beëindigd is) duurt het lang voordat de definitieve schadelast kan worden vastgesteld. VWS kijkt op dit moment samen met het CVZ hoe hier eerder, beter zicht op kan worden verkregen.

### **Het ADRZ**

Tot slot wil ik in deze brief kort stilstaan bij de situatie zoals die nu is in Zeeland. Het ziekenhuis heeft al geruime tijd te maken met een kwetsbare financiële positie. Overigens heb ik van de IGZ vernomen dat de kwaliteit van de geleverde zorg in het ADRZ op dit moment voldoende is. Momenteel zie ik de situatie in Zeeland aan de hand van de volgende elementen. In de eerste plaats heb ik op maandag 6 december jl. een rapport van TNO Bouw en Ondergrond ontvangen dat in opdracht van VWS is uitgevoerd. Daarin wordt een second opinion gegeven op bouwplannen die door de Raad van Bestuur van het ADRZ ziekenhuis zijn ontwikkeld. Daarnaast heb ik op 1 december jl. een monitorrapportage van het College Sanering Zorginstellingen (CSZ) ontvangen. Naast een reactie op de concept-conclusies van het TNO-rapport betreft het CSZ ook effecten voor het ADRZ-ziekenhuis van de aan de ziekenhuizen opgelegde tariefkorting van € 314 mln. in haar rapportage. Daarnaast zie ik nog of en zo ja op welke wijze de realisatie van een PCI-centrum in het ADRZ kan plaatsvinden. Daarbij wordt ook de bredere context van de ziekenhuisvoorziening in Zeeland betrokken. Ik hecht eraan om hier nog expliciet te wijzen op de grote verantwoordelijkheid van betrokkenen om de de continuïteit van de ziekenhuisvoorziening in Zeeland duurzaam te organiseren.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers