

Vergaderjaar 2018–2019

**32 620**

## **Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**Nr. 233**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 juli 2019

In verschillende debatten de afgelopen maanden heb ik uw Kamer toegezegd mijn visie op de ontwikkelingen in het ziekenhuislandschap weer te geven in een brief. De transformatie van zorg die gaande is heeft echter niet alleen betrekking op de zorg in ziekenhuizen maar ook op de medische zorgverlening daarbuiten, bijvoorbeeld bij de huisarts, de huisartsenpost, de zelfstandige klinieken, de paramedische zorg, de wijkverpleging en de ambulancezorg, al dan niet met inzet van innovatieve zorgconcepten om bijvoorbeeld slimme zorg thuis te kunnen bieden. Deze verschillende zorgvormen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, wat vraagt om samenwerking en verbinding. Daarom zal ik in deze brief niet alleen ingaan op de ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg maar breder, op de ontwikkelingen in de gehele medische zorg. Over de rol van de umc's in het zorglandschap zal ik u via een aparte brief informeren.

#### ***Kernboodschap van de brief***

- Bij alle bewegingen en ontwikkelingen die ik schets in deze brief bouw ik voort op de ingezette lijn die is beschreven in de verschillende hoofdlijnenakkoorden met de juiste zorg op de juiste plek als onderliggende beweging. Dit blijft mijn agenda voor de komende jaren.
- De ontwikkelingen in de acute zorg gaan snel. Ik vind het belangrijk dat acute zorg altijd beschikbaar en bereikbaar is, meestal dichtbij en in voorkomende situaties wat verder weg. Daarom ga ik een schets maken van de inrichting van de acute zorg die ik u in het voorjaar van 2020 voorleg. Daaraan voorafgaand onderzoek ik, en voer ik gesprekken over eventuele wijzigingen in de bekostiging van de acute zorg en de grondslag van de beschikbaarheidsbijdrage acute zorg.
- Ik vind het belangrijk dat de continuïteit van zowel de electieve als de acute zorg te allen tijde geborgd is. Dit kan door laagcomplexere zorg dichtbij of thuis aan te bieden met behulp van slimme zorg en nieuwe technologie en door niet alles wat wel in een ziekenhuis moet

gebeuren in ieder ziekenhuis te laten gebeuren. Zorgaanbieders en professionals geven hier, samen met inwoners en patiënten, handen en voeten aan. Zorgverzekeraars hebben een cruciale rol om via de inkoop deze transformatie te ondersteunen.

- Een zorgvuldig transformatieproces vergt waarborgen en ondersteuning van mijn kant. Ik ben bezig met een algemene maatregel van bestuur (amvb) acute zorg en heb de IGJ en de NZa gevraagd een handreiking op te stellen over hoe de transformaties zorgvuldig kunnen worden uitgevoerd. Daarnaast zorg ik ervoor dat er een beter *early warning* systeem komt en beschrijf ik de uitgangspunten die leidend zijn voor mijn handelen als er een ziekenhuis in financiële problemen komt.
- Er zullen keuzes gemaakt moeten worden in de regio. Dat betekent niet dat er minder zorg nodig is of geleverd gaat worden, het gebeurt alleen op een andere plek dan in een ziekenhuis, vaak dichterbij huis. Hierbij is samenwerken in netwerken en samenwerking over de domeinen heel cruciaal. De regiobeelden zijn essentieel voor het kunnen maken van de juiste keuzes.
- Om de beweging de juiste zorg op de juiste plek te ondersteunen zet ik in op investeren in de organisatiekracht van de huisartsenzorg en op het niet vrijblijvend stimuleren en opschalen van slimme zorg.

### ***De zorg is in beweging...***

Goede gezondheidszorg is één van de belangrijkste verworvenheden van onze samenleving. Iedereen die zorg nodig heeft moet ervan op aan kunnen dat hij of zij bij de juiste zorgverlener terecht kan voor zorg van goede kwaliteit. En dat kan in Nederland. Meer dan een miljoen zorgverleners staan dag in dag uit klaar voor hun patiënten of cliënten. Zij doen dat met hart en ziel. Daar ben ik trots op.

Tegelijk zien we dat de maatschappij verandert. De zorg moet meebewegen om goede zorg ook op langere termijn toegankelijk te houden voor iedereen. De vraag naar zorg stijgt voortdurend. Het aantal ouderen zal de komende jaren fors toenemen en mensen worden ook steeds ouder. Ook de snelle technologische vooruitgang en de ontwikkeling van nieuwe medicijnen en behandelingen leiden tot hoogwaardiger zorg, we kunnen hierdoor steeds meer. Daarbij verandert ook de aard van de zorgvraag. Steeds meer mensen hebben chronische aandoeningen, vaak meerdere tegelijkertijd. En dat is niet alleen leeftijdsafhankelijk, ook leefstijlveranderingen van alle leeftijdsgroepen spelen hier een rol.

Deze samenloop vraagt om een andere organisatie van de zorg, waarin multidisciplinaire samenwerking en samenwerking in netwerken steeds belangrijker worden. Zodat de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek kan worden gegeven, met als doel dat mensen zoveel mogelijk kunnen blijven functioneren; of dit nu het voltooien van een studie, het vervullen van een baan of het voortzetten van een zelfstandig huishouden op hogere leeftijd is. Hierbij zijn twee randvoorwaarden heel belangrijk: de zorg moet betaalbaar blijven en er moeten voldoende juist gekwalificeerde zorgprofessionals zijn om deze zorg te kunnen leveren. Dit alles vergt veranderingen in de wijze waarop we de zorg vormgeven. Veranderingen zijn nodig om te garanderen dat mensen altijd de juiste zorg kunnen blijven krijgen. Want de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg, zowel acuut als electief, moeten gegarandeerd zijn, waar je ook woont in Nederland. Daar sta ik voor.

U weet, er gebeurt al heel veel. Zo zien we in een aantal regio's met een relatief lage en/of krimpende bevolkingsdichtheid dat partijen werken aan een toekomstvaste inrichting van het aanbod van de medische zorg.

Voorbeelden daarvan zijn de acties in Zeeland (Commissie Toekomstige Zorg Zeeland), Drenthe

en Zuidoost-Groningen (visie van een kernteam bestaande uit drie ziekenhuizen, huisartsen en twee zorgverzekeraars), Friesland (zorgverzekeraar de Friesland met diverse zorgaanbieders) en Groningen (zorgverzekeraar Menzis in overleg met lokale zorgaanbieders).

Ook in grootstedelijk gebied zijn er ontwikkelingen die gericht zijn op de beschikbaarheid en doelmatigheid van medische zorg. Voorbeelden daarvan zijn de samenwerking tussen Amsterdam umc en Centrum Oosterwal in het Huid Medisch Centrum waarbij het umc alleen nog patiënten met complexere huidaandoeningen behandelt. In Huid Medisch Centrum worden alle andere huidklachten, spataderen en cosmetische behandelingen van de huid verricht. In Den Haag de toekomstvisie van Haaglanden Medisch Centrum (HMC) en het traject gezond en gelukkig Den Haag waarin alle Haagse zorg- en welzijn aanbieders samen met de gemeente werken aan het verbeteren van de gezondheid van de Haagse populatie, het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg en het verlagen van de zorgkosten per inwoner. En in Rotterdam het omvormen van het Havenziekenhuis tot een poliklinisch centrum in samenwerking met een aantal ziekenhuizen in de omgeving.

### ***Veranderingen in het zorglandschap zijn ook noodzakelijk...***

Vorig jaar hebben mijn collega's van VWS en ik hoofdlijnenakkoorden afgesloten met verschillende zorgsectoren. Met deze akkoorden willen alle betrokken partijen gezamenlijk een bijdrage leveren om de zorg op lange termijn houdbaar te houden, gezien de hierboven geschetste maatschappelijke ontwikkelingen. Er zijn inhoudelijke en financiële afspraken gemaakt, gericht op verbetering van de kwaliteit en de doelmatigheid/betaalbaarheid van zorg. Een belangrijk onderdeel van de gemaakte afspraken is de inzet van alle partijen op een beweging naar de juiste zorg op de juiste plek. Een beweging die het functioneren van mensen in brede zin (lichamelijk, psychisch en sociaal) centraal stelt. Zie hiervoor ook de voortgangsrapportage JZOJP die 18 juni jl. naar uw Kamer is verzonden<sup>1</sup>. Deze beweging is in de kern gericht op drie doelstellingen: i) het voorkomen van (duurdere) zorg; ii) verschuiving van zorg (dichtbij waar het kan, verder weg waar het moet) en iii) vervanging van traditionele vormen van zorg door meer innovatieve zorgvormen. Dit zal onvermijdelijk leiden tot veranderingen in het zorgaanbod, ik kom daar verderop in deze brief op terug.

In het traject Zorgevaluatie en Gepast Gebruik<sup>2</sup> zijn met alle partijen uit het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg afspraken gemaakt om de kwaliteitscyclus medisch en verpleegkundig handelen te verbeteren. Het doel van het plan is om er gezamenlijk voor te zorgen dat zorgevaluatie over vijf jaar integraal onderdeel is van het reguliere zorgproces, waarbij het onbekende wordt geëvalueerd en bewezen effectieve zorg wordt geïmplementeerd. Daardoor krijgt de patiënt de bewezen beste zorg en wordt ook bijgedragen aan het betaalbaar houden van de zorg.

Daarnaast staan in de akkoorden ook twee andere thema's centraal: vermindering van de regeldruk voor zorgaanbieders en professionals en

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 995

<sup>2</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2019/06/21/rapportage-kwartiermakersfase-zorgevaluatie-en-gepast-gebruik>

de aanpak van de uitdagingen op de arbeidsmarkt. Zodat zorgverleners meer ruimte krijgen voor

hun patiënten en daardoor ook meer plezier in het werk kunnen behouden. Door het benutten van eHealth en digitaal ondersteunde zorg blijft goede zorg mogelijk, ook wanneer de schaarste aan zorgprofessionals toeneemt.

De uitvoering van de in de hoofdlijnenakkoorden gemaakte afspraken zal de organisatie van de medische zorg doen veranderen. De zorg zal op een zodanige wijze moeten worden georganiseerd dat het voor de patiënt goed en ook logisch is. Dit gaat niet lukken door vast te houden aan bestaande «silo's», maar wel door samenwerking te zoeken over de domeinen heen en zo regionaal of lokaal maatwerk in het aanbod te organiseren zodat de zorg te allen tijde van goede kwaliteit en ook goed bereikbaar is. Daarbij zal wel een verschillende «weging» van aandachtspunten per type zorg spelen. Bij acute zorg zal tijdige beschikbaarheid relatief zwaar wegen. Bij complexe zorg de bundeling van kennis en concentratie van zorg en bij laag complexe electieve zorg de nabijheid van zorg.

### **Over het veranderingstempo...**

De acute zorg is een belangrijke pijler onder het hele zorgstelsel. Mensen willen dat acute zorg altijd beschikbaar en bereikbaar is. En dat wil ik ook. Maar ik zie ook dat de ontwikkelingen binnen de acute zorg sneller gaan dan dat partijen hebben voorzien bij het sluiten van de hoofdlijnenakkoorden. Dit leidt in de samenleving regelmatig tot vragen en zorgen. Ik stel vast dat we de afspraken over de agenda acute zorg zoals afgesproken in de hoofdlijnenakkoorden bij voorrang moeten oppakken. Ik neem hierbij het voortouw.

Dit wil ik gaan vormgeven door het ontwikkelen van een visie op de acute zorg waarin wordt beschreven hoe de acute zorg er in de toekomst uit moet zien. Daartoe wil ik samen met de partijen waarmee de hoofdlijnenakkoorden voor de medisch-specialistische zorg, eerste lijn en wijkverpleging zijn afgesloten en uiteraard ook met de ambulancesector een houtskoolschets maken van de acute zorg. Doel van die schets is dat wij – de partijen in het veld en ik – er samen voor zorgen dat wat de acute zorg betreft «de basis op orde is», en er sprake blijft van een duurzaam landelijk dekkend spoedzorgnetwerk zodat iedereen dag en nacht verzekerd blijft van acute zorg. Meestal dichtbij, soms wat verder weg als de situatie van de patiënt daarom vraagt. Ik wil geen blauwdruk maken van hoe spoedzorg georganiseerd moet worden, het blijft regionaal maatwerk. Ik wil wel zorgen voor een dekkend netwerk van verschillende aanbieders van acute zorg, variërend van huisartsenzorg voor overdag tot aan 24/7 spoedzorg op een grote SEH en verschillende vormen van spoedzorg daar tussenin. Ik verwacht de visie in het voorjaar van 2020 aan uw Kamer te sturen.

Ik wil bij het maken van de visie gebruik maken van een aantal bronnen zoals de agenda acute zorg die de veldpartijen op dit moment ontwikkelen, de regiobeelden die ontwikkeld worden, het advies van de Gezondheidsraad over de 45 minuten norm, de (concept) amvb over de beschikbaarheid van de acute zorg, het definitieve kwaliteitskader spoedzorgketen, de uitwerking van de afspraken met betrekking tot de avond-, nacht- en weekenduren in de huisartsenzorg en het «basis op orde» traject waar de zorgverzekeraars mee bezig zijn. De toekomstige

regelgeving voor de ambulancezorg<sup>3</sup> draagt bij om deze beweging goed vorm te kunnen geven.

Dat veranderingen snel gaan zien we. Er zijn enerzijds SEH's en afdelingen acute verloskunde die dicht gaan. Anderzijds zijn er ziekenhuizen die expertisecentra inrichten, bijvoorbeeld voor de zorg aan ouderen, of die een transitie maken naar gezondheidsorganisaties die zich richten op het stimuleren van gezondheid en het bevorderen van kwaliteit van leven. Dit sluit aan bij de strategische koers van de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) waarop ik recent een reactie naar uw Kamer heb gestuurd<sup>4</sup>.

Ik verwacht dat deze beweging in de toekomst vaker zal gaan plaatsvinden, maar dat betekent niet dat er per definitie minder acute zorg locaties komen, er blijft een dekkend netwerk van spoedzorg bestaan. Er zijn nu al, naast de SEH, meer locaties waar mensen terecht kunnen met spoedvragen die niet levensbedreigend zijn zoals de alarmopvolging in de thuiszorg, de huisartsenpost (HAP), en locaties waar meer acute zorg kan worden geboden dan op een reguliere HAP (vaak een HAP+, spoedpost of spoedpoli genoemd). Ik vind het belangrijk dat mensen precies weten wanneer en waarvoor ze waar terecht kunnen. «De juiste zorg op de juiste plek» geldt immers ook voor acute zorg. Om dit inzichtelijk te maken zal ik een informatiecampagne starten waarmee mensen beter geïnformeerd worden over waar je met welke acute zorgvraag terecht kunt. Wanneer bel je een ambulance? Wanneer moet je naar een HAP? En wanneer kun je terecht bij de huisarts? Geruuststellen in die situaties waarbij geen acute zorg nodig is hoort hier ook bij. De bestaande websites thuisarts.nl en moetiknaardedokter.nl zou ik hierin graag een rol geven.

### ***Alle partijen in de medische zorg hebben hierin een rol en verantwoordelijkheid...***

De overheid heeft bij de transformatie van zorg een belangrijke rol. Niet alleen door bestuurlijke afspraken te maken maar ook door regels te stellen, ontwikkelingen op gang te brengen, partijen samen te brengen en (internationale) samenwerking te bevorderen. Daarnaast zoeken zorgaanbieders en professionals samen met zorgverzekeraars naar wegen om hier handen en voeten aan te geven, waarbij ook inwoners en patiënten goed betrokken dienen te worden.

Ten eerste door laagcomplexere zorg en ondersteuning steeds meer bij de mensen thuis aan te bieden met behulp van slimme zorg en nieuwe technologie. Ook uw Kamer wijst met regelmaat, onder andere met de motie van het lid Arno Rutte<sup>5</sup>, op het belang van snelle opschaling van slimme, innovatieve zorg voor mensen met hartfalen, COPD en andere chronische aandoeningen. Door patiënten door te verwijzen naar, en afspraken te maken met zorgverleners die laagdrempeliger en dicht bij huis goede zorg, vaak tegen lagere kosten, kunnen leveren. Niet alles wat nu in het ziekenhuis of de kliniek gebeurt hoeft daar te gebeuren; zorg kan in de toekomst vaker bij patiënten thuis, eventueel met ondersteuning van wijk- of gespecialiseerd verpleegkundigen, bij de huisarts of op andere locaties (bijvoorbeeld op het werk) worden verleend. Denk daarbij bijvoorbeeld aan thuisdialyse voor nierpatiënten, het thuis ondergaan van een chemokuur, begeleiding van een chronische aandoening door de huisarts of verpleegkundige in plaats van de medisch-specialist, specialisten die laagdrempeliger kunnen worden geconsulteerd bijvoorbeeld via

<sup>3</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 286

<sup>4</sup> Kamerstuk 27 295, nr. 172

<sup>5</sup> Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 24

beeldbellen of het gebruik van eHealth, zoals monitoring via wearables als smartphones en smartwatches. Zeker van de laatste categorie zijn veel mooie initiatieven te noemen. Zie voor een aantal voorbeelden box 1. Er zijn daarnaast nog veel meer voorbeelden van innovatieve zorgvormen zoals ook beschreven in de voortgangsrapportage Innovatie en zorgvernieuwing<sup>6</sup> die mijn collega's van VWS en ik u op 19 juni jl. hebben toegestuurd.

*Box 1 Voorbeelden van zorg dichtbij waar het kan*

Het Isala Hartcentrum in Zwolle werkt hard aan het realiseren van het virtuele Hartcentrum, waarbij de patiënt steeds vaker thuis wordt behandeld, in zijn eigen vertrouwde omgeving dus. Deze behandeling wordt gegeven door de specialistische verpleegkundigen van het Chance@home team onder supervisie van de specialisten (cardiologen en longartsen) in het ziekenhuis. Daarnaast zet Isala Hartcentrum in op het gebruik van telemonitoring en het aanbieden van bijvoorbeeld telehartvalidatie. Met telemonitoring houden de behandelaars de gezondheidstoestand van de patiënt nauwlettend in de gaten en kan de specialistisch verpleegkundige of specialist vroegtijdig ingrijpen/bijsturen. Zo voorkomen ze opnames en polibezoeken. Door telerevalidatie helpen ze de patiënt in zijn eigen omgeving en via eigen gekozen activiteiten werken aan het herstel van zijn of haar conditie.

Ook zorgverzekeraar Zilveren Kruis zet, in overleg met Cardiologie Centra Nederland (CCN) en zorginnovatiebedrijf FocusCura meer algemeen in op verbreding van het gebruik van telemonitoring bij patiënten met chronische hartproblemen via HartWacht. Patiënten meten thuis zaken als gewicht, bloeddruk en/of hartritme en geven dat via een app door aan CCN. Ervaren cardiologen beoordelen deze metingen en nemen bij afwijkende waarden contact op met de patiënt. Zilveren Kruis heeft daarbij geconstateerd dat bij patiënten die een jaar lang op een dergelijke manier zijn begeleid, het aantal verpleegdagen in ziekenhuizen met meer dan 40% is afgenomen, het aantal spoedritten met de ambulance met 30% is afgenomen en het aantal bezoeken aan de SEH met 70% is gedaald. Veelbelovende resultaten dus.

Een ander voorbeeld van verschuiving van ziekenhuiszorg naar zorg thuis biedt het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht, dat vorig jaar is begonnen met het thuis dialyseren van nierpatiënten<sup>7</sup> waardoor deze patiënten zelf meer de regie over hun zorg kunnen hebben en de (vermoeiende) reizen naar het ziekenhuis een aantal dagen per week niet meer hoeven te ondernemen.

En ten slotte noem ik een eHealth applicatie waarmee patiënten met IBD (Inflammatory Bowel Disease, chronische darmziekte) hun ziekte zelf kunnen monitoren en dus minder vaak naar het ziekenhuis hoeven af te reizen. Telemonitoring bij IBD helpt om meer te weten te komen over IBD en om te leren wat de patiënt zelf kan doen om de IBD onder controle te houden. De behandelaar kijkt op afstand mee en coacht de patiënt. Als er aanleiding is voor een gesprek, neemt de verpleegkundige contact op met de patiënt. Inmiddels zijn op dit

<sup>6</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 184

<sup>7</sup> <https://www.asz.nl/professionals/nieuws/2018/7/24/146/>

De transformatie krijgt ten tweede vorm door niet alles wat in of vanuit een ziekenhuis moet gebeuren, in *ieder* ziekenhuis te laten gebeuren. Het zal steeds vaker voorkomen dat bepaalde zorg in een aantal ziekenhuizen of in expertisecentra wordt geconcentreerd, waardoor de reisafstand wel groter kan worden, maar de patiënt verzekerd is van de beste zorg door een team van professionals dat hier veel kennis over heeft en veel ervaring mee heeft. Of zodat dure apparatuur die voor de behandeling noodzakelijk is doelmatiger ingezet kan worden. Of dat laagcomplexere zorg waar veel vraag naar is geconcentreerd plaatsvindt in kleinere, gespecialiseerde ziekenhuizen of klinieken. De zorgverzekeraars hebben in onderlinge concurrentie op maatschappelijke waarde een cruciale rol om via de inkoop van zorg deze transformatie te ondersteunen.

Algemeen uitgangspunt bij dit soort bewegingen is dat zoveel mogelijk wordt samengewerkt in netwerken, zorg dichtbij moet worden verleend waar dat kan, maar verder weg waar dat om redenen van kwaliteit en doelmatigheid noodzakelijk is. Als het gaat om zeldzame aandoeningen kan dit zelfs betekenen dat er behandelaren uit andere Europese landen bij de zorg worden betrokken. Dit gaat bij voorkeur via het *Clinical Patient Management System*, een digitaal systeem waarbinnen de experts op het gebied van zeldzame aandoeningen op afstand kunnen worden betrokken. Maar het kan ook betekenen dat de patiënt in een ander Europees land behandeld wordt.

Om beide processen, zowel het verplaatsen van zorg dichtbij de patiënt als de concentratie van zorg, succesvol te laten verlopen is samenwerking tussen alle betrokken partijen, op basis van een gezamenlijk beeld van de opgave in de regio, van groot belang. De zorgverzekeraars hebben hierbij een belangrijke rol als het gaat om de organisatie en de financiering van de zorg, ook in samenhang met de rol van zorgkantoren en gemeenten als andere inkopers van zorg en ondersteuning. De zorgaanbieders hebben een belangrijke rol als het gaat om het creëren van het aanbod, de inhoud ervan en het daadwerkelijk verlenen van de zorg in de regio. De betrokkenheid van patiënten is belangrijk omdat de uitkomst van de juiste zorg op de juiste plek moet zijn dat dit het functioneren van mensen in brede zin ondersteunt. De samenwerking tussen partijen in de regio vraagt om elkaar aanspreken op elkaars verantwoordelijkheid, de vrijblijvendheid voorbij.

Een dergelijke transformatie van zorg raakt niet alleen de ziekenhuizen en de medisch-specialisten, ook het werk van zorgverleners in de eerste lijn zoals de huisartsen, wijkverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, de paramedische zorgverleners, maatschappelijke ondersteuning en zelfzorg zal veranderen. Om dit te kunnen opvangen is het belangrijk dat de organisatiekracht in de eerste lijn goed is. Het gaat daarbij vooral om het handen en voeten geven aan samenwerking tussen verschillende zorgverleners in de eerste lijn, maar ook om de samenwerking over domeingrenzen heen goed te organiseren. Dat kan zonodig worden gefaciliteerd door regelgeving en door aanpassing in de bekostiging. Ook is het belangrijk dat de professionals goede zorg kunnen blijven verlenen en voldoende tijd voor de patiënt hebben en houden, gegeven de capaciteit die er is in de eerste lijn. Daarbij passen initiatieven om zorg te verschuiven (taakherschikking) en om samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen en paramedici te bevorderen. Verderop in deze

<sup>8</sup> <https://www.digitalezorggids.nl/blog/digitale-zorg-succes-minder-opnames-en-betere-therapietrouw-door-mijnibdcoach>

brief kom ik terug op intensiveringen in de eerste lijn die bijdragen aan het blijven verlenen van goede zorg en voldoende tijd voor de patiënt.

### ***Deze bewegingen zijn al langer zichtbaar...***

We zien al langer dat er een verschuiving optreedt in de plek waar de zorg wordt geleverd. Zo is bijvoorbeeld het aantal ligdagen in ziekenhuizen gedaald van ongeveer 10 miljoen in 2012 naar ongeveer 8,4 miljoen in 2017. En is in diezelfde periode het aantal dagbehandelingen in ziekenhuizen gedaald van 2,1 miljoen tot 1,4 miljoen. Deze beweging, die dus al gaande is, zal ertoe kunnen leiden dat het aantal ziekenhuizen, in de verschijningsvorm zoals we die nu kennen, verder zal afnemen. Dat betekent niet dat er minder zorg nodig is of geleverd wordt. Het gebeurt alleen op een andere plek dan een ziekenhuis, vaak dichterbij huis. Het aantal *locaties* waar laag complexe(re) medische zorg wordt aangeboden neemt juist toe. Er valt wat te kiezen. Tegenover een afname van het aantal ziekenhuis*organisaties* staat namelijk een forse toename van het aantal buitenpoli's en het aantal zelfstandige klinieken. Ter illustratie: het aantal door de IGJ geregistreerde locaties van zelfstandige klinieken is gestegen van 248 in 2010 naar 470 in 2017.

### ***Verandering vergt wel zorgvuldigheid...***

Ik vind het cruciaal dat zorgpartijen, zowel lokaal als regionaal, maar ook partijen in het openbaar bestuur, gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen en tijdig nadenken over de behoeften aan zorg in de regio op de langere termijn en daar vervolgens ook conclusies uit trekken over wat dat voor het aanbod van zorg en ondersteuning moet betekenen. Op deze manier kan, gegeven de regionale omstandigheden, het zorgaanbod tijdig worden aangepast om aan de behoeften te blijven voldoen en kan worden voorkomen dat instellingen onder grote druk keuzes moeten maken of zelfs failliet gaan. Ik blijf benadrukken dat dit proces zorgvuldig moet gebeuren en dat burgers bij (grootschalige) ontwikkelingen in het aanbod van zorg vooraf en tijdig moeten worden betrokken.

Veranderingen als hierboven geschetst zijn niet alleen nodig, ze zijn ook mogelijk. Het rapport van de Taskforce «De juiste zorg op de juiste plek»<sup>9</sup> en de gelijknamige website illustreren dat met veel voorbeelden uit de praktijk. Ik realiseer me dat veranderingen, zeker als ze gaan over het verdwijnen van een zorginstelling uit een buurt, dorp of stad, zeer ingrijpend kunnen zijn. Iets verdwijnt wat zo vertrouwd is en dat roept vragen op. Wat verandert er en waarom? Wat betekent dat voor mij of voor mijn naasten? Is er nog voldoende en tijdige zorg beschikbaar?

De ontwikkelingen rondom de faillissementen van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen hebben duidelijk gemaakt dat mensen zich ook zorgen maken omdat besluiten van zorgaanbieders soms te veel in isolatie worden genomen. Mensen voelen zich niet of onvoldoende gehoord bij discussies over hervormingsplannen in de regio. En als ze gehoord zijn, hebben ze soms het gevoel niet serieus genomen te zijn als zij hun opvattingen niet terugzien in het besluit. Zoals u weet ben ik bezig met het maken van een algemene maatregel van bestuur (amvb) acute zorg waarin ik deze punten adresseer.

Het is aan zorgaanbieders en inkoopende partijen om op lokaal of regionaal niveau afspraken te maken over het zorgaanbod in de regio. Daar weet men immers het best waar behoefte aan is en hoe het beste aan die behoefte tegemoet gekomen kan worden. Natuurlijk rekening houdend

<sup>9</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 896



met de bestaande eisen aan kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De rapportage van de eerdergenoemde Taskforce bevestigt dat bewegingen/innovaties van «onderop» moeten komen zodat rekening kan worden gehouden met de regio-specifieke wensen en omstandigheden. Uiteindelijk zijn het bestuurders van zorgorganisaties die besluiten over de zorg die zij aanbieden en verzekeraars over de zorg die zij inkopen voor hun verzekerden. Daarbij moeten wel alle argumenten en belangen van alle betrokkenen serieus meewegen in dat besluit. En vervolgens ook aanspreekbaar zijn over hoe de argumenten en belangen zijn gewogen en wat de resultaten zijn. Ingrijpende beslissingen over veranderingen in het zorgaanbod dienen in samenspraak met alle betrokkenen genomen te worden.

### ***En meer waarborgen en ondersteuning vanuit VWS...***

De transformatie is een verantwoordelijkheid van veldpartijen en ook van de overheid. Om het veranderingsproces zorgvuldig te laten verlopen is een aantal aspecten relevant. Hieronder beschrijf ik voor verschillende aspecten wat ik belangrijk vind, welke afspraken ik heb gemaakt, welke randvoorwaarden ik creëer, welke acties ik onderneem of welke ondersteuning ik bied. Op deze manier kunnen bestuurders van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, en ook partijen in het openbaar bestuur, hun verantwoordelijkheden nemen om patiënten goede en toegankelijke zorg en ondersteuning te geven. Vanzelfsprekend dient daarbij te allen tijde te worden voldaan aan de eisen die worden gesteld aan goede zorg (kwaliteit) en aan de zorgplicht die verzekeraars hebben voor hun verzekerden (toegankelijkheid/continuïteit). De toezichthouders IGJ en NZa zien daarop toe.

### *Juiste zorg op de juiste plek: regiobeelden*

Allereerst vind ik het belangrijk dat veranderingen in het zorglandschap ons niet overkomen, maar dat we daarop voorbereid zijn. Daarom wil ik dat er zogeheten regiobeelden tot stand komen. Daar heb ik met partijen in de zorg in de verschillende hoofdlijnenakkoorden afspraken over gemaakt. Die regiobeelden kunnen als basis dienen om in de regio het gesprek te voeren over de (toekomstige) zorgbehoefte en het zorgaanbod. Om te weten welke veranderingen in de regio gewenst zijn, is een proactieve houding van partijen nodig. Daarvoor is het noodzakelijk dat die regionale partijen een beeld hebben van zowel de bestaande situatie van het zorg- en ondersteuningsaanbod als van de toekomstige behoeften in de regio. Daarbij helpt het als partijen met elkaar kijken wat de opgave is voor de regio. Welke demografische ontwikkeling zien we in de regio en verhoudt dit zich tot het huidige aanbod van zorg en ondersteuning in de regio?

Ik ben het met de Taskforce «de juiste zorg op de juiste plek» eens dat het de verantwoordelijkheid van alle partijen is om tot zo'n beeld te komen. Zij moeten gezamenlijk het gesprek voeren over de data, de analyse maken en conclusies vertalen in een gezamenlijke opgave voor de regio. De afspraak is dat – als dat niet gebeurt – de inkopende partijen het initiatief nemen om ervoor te zorgen dat er een regiobeeld wordt opgesteld. Daarbij ben ik overigens verheugd te zien dat de samenwerking tussen inkopende partijen over de verschillende domeinen heen steeds verder op gang komt<sup>10</sup>. Tegelijkertijd is er nog veel te doen en is concrete actie geboden.

---

<sup>10</sup> <https://zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=3763634177>

Hoe de afspraken worden gemaakt en wat de inhoud van de afspraken is, is aan de partijen in de regio. De hoofdlijnenakkoordpartijen zijn scherp op wat er in de regio gebeurt, zullen de ontwikkelingen ondersteunen of aanjagen, knelpunten oppakken die om een nationale aanpak vragen en goede ervaringen van verschillende regio's met elkaar delen. Ook het Ministerie van VWS zal actief aanhaken op de ontwikkelingen in de regio om te weten wat er speelt, wat er nodig is, wie daarbij aan zet is en wat ik verder kan doen ter ondersteuning.

Het Ministerie van VWS ondersteunt regionale partijen bij het tot stand komen van deze regiobeelden op verschillende manieren. Dit heb ik eerder toegelicht in de kabinetsreactie op het rapport van de genoemde Taskforce<sup>11</sup>. Kort samengevat gaat het daarbij om:

- het organiseren van *regionale bijeenkomsten* om kennis en ervaringen te verspreiden en uit te wisselen;
- het organiseren van *themasessies* over specifieke onderwerpen voor een gerichte doelgroep;
- het opzetten en onderhouden van een *website* ([www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl](http://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl)) waarop partijen goede voorbeelden en oplossingen kunnen vinden;
- met het veld onderzoeken of een *community* kan bijdragen aan het lerende netwerk dat het veld steeds meer vormt;
- het ontwikkelen en beschikbaar stellen van een *basisdataset door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)* die inzicht geeft in de huidige en toekomstige sociale en gezondheidssituatie van de bevolking en de zorgvraag die daaruit voortvloeit op gemeentenniveau. Waarbij het RIVM met een informatieloket ondersteuning biedt bij het gebruik en de interpretatie van de dataset;
- het via een *subsidieregeling bieden van financiële ondersteuning* aan partijen om een externe partij in te huren die regionale samenwerkingspartners ondersteunt bij de analyse en interpretatie van data. Of voor inhuur van de procesondersteuning die nodig is om lokale of regionale samenwerkingsverbanden te ontwikkelen voor het leveren van integrale zorg en ondersteuning<sup>12</sup>. Of het bieden van een vergoeding voor de betrokkenheid van ervaringsdeskundigen bij de totstandkoming van regionale beelden;
- het *oprichten van een kennisplatform* dat is gericht op kennisvergroting ten behoeve van de beweging «de juiste zorg op de juiste plek». Dat kennisplatform moet in beeld brengen welke kennis beschikbaar is, wat de behoefte is aan nieuwe te ontwikkelen kennis en waar de knelpunten zitten in kennisdeling en -toepassing;
- de *bijdrage van het VWS-concern* aan de beweging van de juiste zorg op de juiste plek, die ik u 18 juni heb toegestuurd, beschrijft wat de NZa, IGJ, ZIN, RIVM en het kerndepartement doen om de beweging van JZOJP verder te brengen.
- en ten slotte noem ik in dit kader ook het onderzoek dat ik door het Nivel heb laten doen naar de *regionale balans* in de vraag naar en het aanbod van medisch-specialisten. Hierover heb ik uw Kamer eerder per brief geïnformeerd<sup>13</sup>. Ik heb de onderzoeksresultaten onder de aandacht gebracht van de partijen in de medisch-specialistische zorg ter ondersteuning van de totstandkoming van de genoemde regiobeelden.

In de hoofdlijnenakkoorden zijn ook afspraken gemaakt over het creëren van randvoorwaarden voor de beweging naar de juiste zorg op de juiste

<sup>11</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 938

<sup>12</sup> <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/ouderen/programmas/programma-detail/juiste-zorg-op-de-juiste-plek/>

<sup>13</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 362

plek. Afspraken die betrekking hebben op het tot stand brengen van informatie over uitkomsten van zorg, het stimuleren van het goede gesprek in de spreekkamer («Samen beslissen»), het bevorderen van het gebruik van meer innovatieve vormen van zorgverlening, het creëren van een goede ICT-zorginfrastructuur om patiëntgegevens zorgvuldig te kunnen uitwisselen en het bevorderen van kennisvergroting en onderzoek, inclusief implementatie van die kennis bij de behandeling. Allemaal trajecten die zijn gericht op verbetering van de kwaliteit van de zorg voor patiënten en via deze weg ook het gepast gebruik en daarmee doelmatigheid van zorg bevorderen.

Met de wettelijke verplichting die nu wordt voorbereid zal ik zorgverleners en zorginstellingen verplichten tot digitale dossiervoering en tot elektronische gegevensuitwisseling. Hierbij moeten zij voldoen aan voorschriften voor eenheid van taal en techniek. De wettelijke verplichting zal per gegevensuitwisseling stapsgewijs worden ingevoerd. De prioritering van de gegevensuitwisselingen die verplicht worden gedigitaliseerd komt terug in de Roadmap. U wordt over de voortgang van de eerste editie van de Roadmap binnenkort geïnformeerd met een derde brief over elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. Ook in de voortgangsrapportage JZOJP die op 18 juni jl. naar uw Kamer is gestuurd is uw Kamer geïnformeerd over deze onderwerpen.

#### *Kwaliteitskaders en kleine ziekenhuizen*

In verschillende debatten heeft een aantal leden van uw Kamer zijn bezorgdheid uitgesproken over de gevolgen van aanscherpingen van kwaliteitseisen, met name de IC-richtlijn en het kwaliteitskader spoedzorgketen, voor de kleinere regionale ziekenhuizen. De overweging was dat de nieuwe kwaliteitseisen onnodig zware eisen aan de kleinere, regionale ziekenhuizen zouden stellen waardoor de zorgverlening vanuit deze ziekenhuizen in gevaar zou komen.

Zoals ik onder meer in mijn brief van 21 juni jl.<sup>14</sup> aan uw Kamer heb aangegeven ben ik naar aanleiding van de zorgen van de leden van uw Kamer in gesprek gegaan met de SAZ en met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). In die gesprekken heeft de SAZ mij laten weten tevreden te zijn met de huidige IC-richtlijn, nu daar een addendum bij is opgenomen dat maatwerk mogelijk maakt waardoor ook de regionale ziekenhuizen aan deze kwaliteitseisen kunnen voldoen. Ook is de SAZ tevreden over de wijze waarop ze, via de NVZ, betrokken is bij de totstandkoming van het kwaliteitskader spoedzorgketen en heeft de SAZ aangegeven zich te kunnen vinden in het kwaliteitskader dat nu aan Zorginstituut Nederland is aangeboden. Door de aanpassingen die de partijen naar aanleiding van de Budget Impact Analyse van de NZa in het concept kwaliteitskader hebben aangebracht, zit er voor de regionale ziekenhuizen nu iets meer «regelruimte» in het kwaliteitskader. Ook is er een implementatieperiode aan een aantal belangrijke normen gekoppeld. De positieve reactie van de SAZ is voor mij een belangrijk signaal. Hieruit blijkt dat de belangen van regionale ziekenhuizen goed aan bod zijn gekomen in het proces van totstandkoming van deze veldnormen. Dit vind ik belangrijk omdat deze groep ziekenhuizen een belangrijke spilfunctie heeft in de regio en in de bewegingen die geschetst worden in deze brief.

Overigens heeft het Zorginstituut de Kwaliteitsraad om advies gevraagd over de vraag of, en zo ja in welke mate, de aangescherpte eisen in de diverse kwaliteitsstandaarden van invloed zijn op de kwaliteit en toegan-

---

<sup>14</sup> Kamerstuk 27 295, nr. 173

kelijkheid van het zorgaanbod in de regio. Het onderzoek van de Kwaliteitsraad is naar verwachting gereed voor het einde van dit jaar.

#### *Vroegsignalering van zorgaanbieders in de financiële problemen*

Voor een zorgvuldig transitieproces is het van belang dat tijdig zicht bestaat op situaties waar zich risico's voor de continuïteit van zorg zouden kunnen aandienen. Ik wil niet dat er nogmaals ongecontroleerde faillissementen in de zorg optreden zoals we die hebben gezien in Amsterdam en Flevoland. Daarom zorg ik ervoor dat er een beter early warning systeem komt om tijdig zorgaanbieders die in de financiële problemen raken te kunnen detecteren. Zoals aangegeven in mijn brieven van 30 november<sup>15</sup> en 11 februari jl.<sup>16</sup> zie ik het gezamenlijk toezicht van de IGJ en NZa als basis voor zo'n early warning systeem. Vanzelfsprekend moet dit toezicht proportioneel zijn en moet het zich richten op de impact die ontstaat bij eventuele discontinuïteit van zorg.

Een verbeterd systeem van vroegsignalering begint bij de verantwoordelijkheid van het bestuur en de interne toezichthouders van bijvoorbeeld een ziekenhuis om zorg te dragen voor een financieel gezonde organisatie en daarmee de kwaliteit en continuïteit van de zorg in het ziekenhuis te borgen. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht richting hun verzekerden, en daarmee verantwoordelijkheid voor de continuïteit van de zorg, en beschikken over eigen systemen om risico's voor de continuïteit van zorg tijdig te signaleren. De NZa houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraars. Naarmate de risico's voor de continuïteit van zorg groter worden is – met behoud van ieders verantwoordelijkheid – een actievere inzet vanuit de overheid wenselijk. In het proces van opschaling zal, in overleg met de NZa en IGJ, steeds de afweging moeten worden gemaakt of, wanneer en in welke mate het is aangewezen dat het Ministerie van VWS intervenueert ten aanzien van de continuïteit van zorg in het belang van de patiënt. Ik zal uw Kamer hier na de zomer nader over informeren. De NZa zal mij, in de tussentijd, onverwijld informeren als zij signalen krijgt dat een zorgaanbieder in zodanige problemen raakt dat de continuïteit van de zorgverlening in het geding kan raken.

#### *Continuïteit van zorg*

In het AO van 25 april jl. over de stand van zaken rond de ziekenhuisfaillissementen is ook gevraagd om uw Kamer nader te informeren over een mogelijk «kader» voor het toekomstig handelen van het Ministerie van VWS bij ziekenhuizen in financiële problemen. Zoals ik toen ook al heb aangegeven zal daarbij altijd sprake zijn van maatwerk. Iedere casus op zich is weer afhankelijk van regionale omstandigheden, en daarmee uniek. Tegelijkertijd begrijp ik de behoefte om hier enige richting in te geven. Daarom beschrijf ik hier de uitgangspunten die de komende tijd leidend zullen zijn bij mijn handelen met betrekking tot ziekenhuizen met financiële problemen. Overigens overstijgt dit onderwerp de medische zorg, ook zorgaanbieders in andere domeinen kunnen met financiële problemen te maken krijgen. Ik ben hierover daarom ook in overleg met mijn collega's van VWS. Ik zal uw Kamer hier na de zomer nader over informeren.

Wanneer mij een signaal bereikt op basis van het early warning systeem of vanuit de sector zelf dan vergewis ik mij er via de toezichthouders IGJ en NZa van of de zorginstelling en de verzekeraar dit probleem samen

<sup>15</sup> Kamerstuk 31 016, nr. 174

<sup>16</sup> Kamerstuk 31 016, nr. 191

adequaat oplossen. Zo niet, dan roep ik partijen aan tafel, bespreek de situatie en spreek hen zo nodig aan op hun verantwoordelijkheid. Dat betreft in ieder geval de instelling zelf (bestuur en interne toezichthouder) en de betrokken verzekeraar(s), maar ook andere betrokkenen zoals bijvoorbeeld de bank of het Waarborgfonds. Ik verwacht daarbij dat alle partijen hun rol pakken en waar nodig een stap extra zetten. Mijn rol hierbij is faciliterend. Waar nodig kan ik extra ondersteuning leveren, bijvoorbeeld door een verkenner aan te stellen die met de partijen op zoek gaat naar een oplossing. Ook kan ik ondersteuning geven door het aanbieden van expertise of tijdelijke extra bestuurskracht. Of ik daartoe over ga zal afhankelijk zijn van de situatie.

In uitzonderlijke situaties kan mijn interventie verder gaan. Van een uitzonderlijke situatie kan sprake zijn als de continuïteit van cruciale zorg in het geding is of als er door een bijzondere samenloop van redenen mogelijk risico's ontstaan voor de patiëntenzorg in de regio. Als er sprake is van zo'n uitzonderlijke situatie en de betrokken partijen de problemen niet redelijkerwijs zelf op kunnen lossen, kan ik besluiten om tijdelijke financiële steun te bieden. Daarbij zal ik in ieder geval als voorwaarde stellen dat er een onderbouwd plan ligt dat gericht is op de continuïteit van zorg voor de patiënten. Dat kan betekenen dat de organisatie weer financieel gezond wordt, maar het kan ook gericht zijn op een andere organisatie of herschikking van het zorgaanbod. Een andere voorwaarde zal zijn dat alle betrokken partijen zich aan dat plan committeren en hier financieel of anderszins maximaal aan bijdragen. Ik wil daarmee zeker stellen dat het belang van de continuïteit van een organisatie door de omgeving niet alleen met de mond wordt beleden, maar ook daadwerkelijk terug te zien is in een serieuze bijdrage van die partijen als bewijs van hun commitment.

#### *Spreadingsnorm acute zorg*

In het kader van de continuïteit van acute zorg in de regio wil ik, zoals u weet, beter zicht krijgen op een medisch-inhoudelijke onderbouwing voor de gewenste spreiding van acute (ziekenhuis)zorg. In Nederland kennen we op dit moment een krachtens wet vastgelegde norm voor de spreiding en beschikbaarheid van acute zorg in ziekenhuizen.<sup>17</sup> Ziekenhuizen mogen niet stoppen met een afdeling spoedeisende hulp (SEH) of met een afdeling acute verloskunde als, volgens de modelberekeningen door het RIVM, daardoor het aantal inwoners in Nederland dat in spoedgevallen niet binnen 45 minuten een SEH of een afdeling acute verloskunde per ambulance zou kunnen bereiken, toeneemt ten opzichte van de bestaande situatie. De 45 minutennorm is gebaseerd op de bestaande spreiding van ziekenhuizen in Nederland toen deze spreidingsnorm is geïntroduceerd<sup>18</sup> en mist een medisch-inhoudelijke onderbouwing.

Ik vind dat een onbevredigende situatie. Daarom heb ik de Gezondheidsraad gevraagd om advies uit te brengen over een eventuele heroverweging van deze 45 minutennorm. Ik heb de Gezondheidsraad gevraagd voor welke acute medisch-specialistische zorgvragen er een wetenschappelijke onderbouwing is voor de relatie tussen gezondheidsuitkomsten en de tijd die nodig is om een ziekenhuis, met een bij de medisch-specialistische zorgvraag passend zorgprofiel, met een ambulance te kunnen bereiken. Daarbij onder meer rekening houdend

<sup>17</sup> Zie beleidsregels Wtzi

<sup>18</sup> In 2002 heeft het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen in een uitvoeringstoets over de spreiding van ziekenhuiszorg geconstateerd dat met het toenmalige ziekenhuislandschap 99,6% van de inwoners van Nederland binnen 45 minuten met een ambulance een ziekenhuis kon bereiken. Deze norm wordt nu nog steeds gehanteerd. Zie Kamerstuk 27 659, nr.71.

met de (ontwikkelingen in) andere delen van de acute zorgketen zoals bijvoorbeeld de huisartsenzorg, de ambulancezorg en de hulp die first responders in bepaalde situaties kunnen bieden. En als zo'n relatie er is, of de Gezondheidsraad een indicatie van een relevant tijdinterval kan geven en kan aangeven hoe dit zich verhoudt tot de huidige 45 minuten norm. Ik heb daarbij ook gevraagd om internationale ervaringen op dit punt inzichtelijk te maken om te kunnen bezien of Nederland hier iets van kan leren. Ik verwacht het advies van de Gezondheidsraad in het tweede kwartaal van 2020.

Om een samenhangende afweging te kunnen maken tussen kwaliteit, beschikbaarheid en betaalbaarheid van acute (ziekenhuis)zorg zal ik na ontvangst van dit advies bekijken wat de consequenties en realiseerbaarheid zijn van eventuele aanpassingen van deze spreidingsnorm. Ik denk daarbij aan schaarste op de arbeidsmarkt, de bekwaamheid van betreffende zorgprofessionals en de betaalbaarheid van de zorg. Daarna zal ik mijn conclusies aan uw Kamer toezenden. Ik zal de conclusies van dit rapport ook meenemen in mijn schets van de acute zorg waarover ik u eerder in deze brief heb geïnformeerd.

#### *Amvb en financiering acute zorg*

Zoals veelvuldig in uw Kamer besproken heb ik een amvb in voorbereiding die relevant is voor het besluitvormingsproces van zorgaanbieders met betrekking tot aanpassingen in het acute zorgaanbod. Ik heb een concept van deze amvb op 28 november 2018 aan uw Kamer toegestuurd<sup>19</sup>. Belangrijk onderdeel van deze amvb is dat zorgaanbieders die het acute zorgaanbod op een bepaalde locatie (tijdelijk) willen sluiten verplicht zullen worden dit te melden bij de toezichthouders IGJ en NZa. Tevens dienen zij, naast de zorgaanbieders voor wie zo'n sluiting gevolgen zou kunnen hebben en de zorgverzekeraars, ook gemeenten en inwoners te informeren en te betrekken bij de plannen. Daarbij zal ik tevens, in lijn met de door uw Kamer aangenomen motie van het lid Van den Berg<sup>20</sup>, opnemen dat bij voorstellen tot (tijdelijke) sluiting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie altijd de effecten op de benodigde extra capaciteit bij andere ziekenhuizen en op de aanrijtijden van ambulances in kaart worden gebracht en dat deze beelden worden gedeeld met de betrokken regiobestuurders en zorgverleners in de keten voordat besluitvorming plaatsvindt.

Na het Algemeen Overleg ziekenhuiszorg van 13 februari 2019 heeft uw Kamer een motie van het lid Ellemeet<sup>21</sup> aangenomen waarin de regering wordt gevraagd aandacht te hebben voor de wijze waarop de financiering van de acute zorg kan bijdragen aan de borging van de acute zorg binnen het curatieve zorglandschap. In de motie is het verzoek om een meer domeinoverstijgende benadering van de financiering van acute zorg gedaan omdat dit voordelen kan hebben voor de samenwerking tussen de verschillende partijen in de acute zorgketen en daarmee ook de doelmatigheid kan vergroten. Bij een dergelijke aanpassing moet in ogenschouw worden genomen dat de acute zorg een onlosmakelijk onderdeel is van het gehele zorgproces binnen het ziekenhuis. Om een volwaardige SEH in een ziekenhuis beschikbaar te hebben, zijn namelijk veel andere voorzieningen (waaronder een OK, een laboratorium en radiologische faciliteiten) en expertise – in de vorm van de beschikbaarheid van verschillende specialismen – nodig. En deze voorzieningen en expertise moeten (altijd) paraat zijn. Ik wil daarom bij een

<sup>19</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 264.

<sup>20</sup> Kamerstuk 31 016, nr. 198.

<sup>21</sup> Kamerstuk 31 016, nr. 209.

eventuele wijzigingen in de bekostiging van de acute zorg, de impact op de ziekenhuisbekostiging zorgvuldig meewegen. Ik zal de uitkomsten van mijn gesprekken hierover meenemen bij het opstellen van mijn houtskoolschets van de acute zorg. Ik ga er vanuit dat ik hiermee de motie van lid Ellemeet heb afgedaan.

Daarnaast ontvang ik signalen dat de beschikbaarheidsbijdrage acute zorg voor een voor de 45 minuten norm gevoelig ziekenhuis niet altijd toereikend is. Ik ben bereid om de NZa te vragen naar de grondslag van deze beschikbaarheidsbijdrage te kijken en mij op korte termijn te adviseren over de wijze waarop aanpassing van de beschikbaarheidsbijdrage acute zorg kan plaatsvinden passend bij het nieuwe kwaliteitskader spoedzorgketen.

#### *Veranderingen in het niet-acute zorgaanbod*

Eerder heb ik betoogd dat veranderingen in het aanbod van niet-acute zorg naar mijn mening niet in isolatie kunnen worden genomen. Ziekenhuizen zijn maatschappelijke organisaties, zij functioneren niet op zichzelf, zij zijn onderdeel van de maatschappij. Dit betekent dat veel anderen in die maatschappij belang hebben bij het functioneren van deze organisaties. De Governancecode Zorg van de brancheorganisaties in de zorg, met principes voor goed bestuur en toezicht in de zorg, onderschrijft dat. Naast medezeggenschap van direct belanghebbenden als cliënten, medewerkers en professionals, moeten ook collega zorgaanbieders, inwoners en lokale besturen worden betrokken bij de activiteiten en het beleid van de zorgorganisatie. Ook die partijen hebben er recht op te weten hoe «hun» zorginstelling ervoor staat, wat de toekomstplannen zijn, en erover mee te praten. En dat als uiteindelijk wordt besloten tot een vorm van afbouw of sluiting van zorg, mensen wordt verteld wat er dan voor terugkomt en waar dat vorm krijgt. De lijn die in het concept van de eerdergenoemde amvb wordt geschetst kan daarbij als handvat worden gebruikt. Ik ga hierover in gesprek met de brancheorganisaties van ziekenhuizen en vraag hen nadrukkelijk het belang hiervan bij hun leden onder de aandacht te brengen.

Tevens heb ik de toezichthouders IGJ en NZa gevraagd een handreiking op te stellen voor zorgvuldige proces- en besluitvorming bij wijzigingen in het ziekenhuiszorglandschap. Het gaat daarbij om de vraag welke maatregelen moeten worden getroffen om ervoor te zorgen dat dit soort processen zorgvuldig verloopt en de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg geborgd blijven, en hoe de toezichthouders daar vanuit hun verantwoordelijkheid voor kwaliteit en continuïteit van zorg toezicht op houden. Ik verwacht dat deze handleiding komend najaar gereed is, waarna ik haar aan uw Kamer zal doen toekomen.

#### *Intensivering van de eerste lijn*

Veel van de hierboven genoemde ontwikkelingen en acties hebben betrekking op de bewegingen in de medisch-specialistische zorg. Daarbij is de algemene trend dat deze vorm van zorg minder hard zal groeien dan in eerdere jaren. Maar dat vergt, zoals al eerder opgemerkt, wel deels een intensivering van de zorgverlening in de eerste lijn of van de ondersteuning bij zorg thuis. Daartoe onderneem ik meerdere acties. Daarbij is samenhang met de acties die de Minister van VWS onderneemt met betrekking tot de wijkverpleging<sup>22</sup> eveneens van groot belang.

---

<sup>22</sup> Kamerstukken 23 235 en 29 689, nr. 181

Zoals ook in het bestuurlijk akkoord Huisartsenzorg 2019–2022 is aangegeven kenmerkt de eerste lijn zich door zorgverleners met een verschillende expertise en verschillende organisatiestructuren. Er is behoefte aan samenwerkingsvormen en netwerkstructuren met voldoende mandaat die de zorg en de ondersteuning, in onderlinge samenhang, rondom de (kwetsbare) patiënten organiseren. De «organisatiekracht» dient versterkt te worden. De regiobeelden die worden opgesteld met alle betrokken partijen zullen er ook zeker aan bijdragen dat partijen nut en noodzaak inzien van een sterkere organisatie van de eerste lijn. Daarnaast is in het bestuurlijk akkoord met de huisartsen financiële ruimte afgesproken om te investeren in deze organisatiekracht in de eerste lijn. En eerder in deze brief gaf ik al aan dat aanpassingen in de bekostiging hierbij kunnen helpen. Een werkgroep met medewerkers van VWS, NZa en het Zorginstituut ziet ruimte voor verbetering van de mogelijkheden tot bekostiging van activiteiten waarmee de coördinatie en organisatie van zorg in de eerste lijn wordt bevorderd. Deze denkrichting zal de komende periode uitvoerig worden besproken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ik hoop u in het vierde kwartaal van 2019 te kunnen informeren over de uitkomsten van dat overleg.

Naast versterken van de organisatiekracht is het van belang dat er voldoende capaciteit wordt gecreëerd in de eerste lijn om deze schuif van zorg te kunnen opvangen, gegeven de arbeidsmarktproblematiek zoals we die kennen. Dit kan enerzijds door het opleiden van extra personeel. Anderzijds kan dit door het verbreden van de capaciteit door het inzetten van meer ondersteunend personeel en een verschuiving van taken daar waar mogelijk. Zo worden er steeds vaker andere zorgverleners ingezet in de huisartsenpraktijk om werkzaamheden van de huisarts over te nemen, zoals een praktijkondersteuner, een Physician Assistant (PA), een Verpleegkundig Specialist (VS) of een praktijkverpleegkundige huisarts (vanaf 2020). In het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg is afgesproken de komende jaren minimaal 75 leerwerkplekken voor PA's (30) en VS'en (45) in de huisartsenzorg te realiseren.

Daarnaast mogen vanaf 2020 de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapt zelfstandig de door hen op grond van de Zvw geleverde zorg declareren. Dit is belangrijk aangezien de betreffende kwetsbare doelgroepen (met een somatische of psychogeriatrische aandoening, een lichamelijke beperking of (meerderjarigen) met een verstandelijke beperking) zo thuis kunnen wonen. Een betere bereikbaarheid en beschikbaarheid van artsen en andere professionals in de eerste lijn draagt bij aan betere zorg en aan het verminderen van complicaties en crisisopnames. Vanaf 2021 komen ook de gedragsdeskundige en de dagbehandelingen van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in de Zvw.

Ten behoeve van het bevorderen van eHealth in de eerste lijn is met de partijen die deelnemen aan het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg de afspraak gemaakt dat een onderzoeksbureau goede voorbeelden ophaalt op het gebied van eHealth en dat daaruit advies volgt over hoe deze op te schalen.

En ook op het gebied van preventie zijn er al mooie voorbeelden te noemen van initiatieven in het veld. Zie hiervoor ook de brief die de Staatssecretaris van VWS onlangs naar uw Kamer heeft gestuurd<sup>23</sup>. Sinds 1 januari 2019 is de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) onderdeel van het verzekerd pakket. Huisartsen kunnen volwassenen met een

<sup>23</sup> Kamerbrief tussenevaluatie maatregelen preventie in het zorgstelsel dd. 5 juli 2019 (Kamerstuk 32 793, nr. 403)



gezondheidsrisico door overgewicht doorverwijzen naar een GLI. Van belang is dat een huisarts bij zijn doorverwijzing rekening houdt met eventuele andere problemen, zoals schulden, waar iemand mee kampt. Deze kunnen immers in de weg staan van het werken aan het verminderen van gewicht. Een goede samenwerking met wijkverpleegkundigen en aansluiting op het sociaal domein is hiervoor noodzakelijk. Daarvoor ontstaan er steeds meer initiatieven, zoals Krachtige basiszorg, waarin integraal zorg en ondersteuning wordt geleverd aan mensen in achterstandswijken en zij waar nodig doorverwezen worden naar de schuldhulpverlening en andere voorzieningen en hulp in het sociaal domein. Ook is er Zelfzorg ondersteund. Dit is een initiatief van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars (70 zorggroepen, 600.000 patiënten) dat zorgverleners helpt om mensen met een chronische aandoening zo goed mogelijk te ondersteunen. Door zorgorganisaties met praktische middelen te ondersteunen, door op een andere manier een gesprek te voeren in de spreekkamer en door eHealth en ICT in te zetten om mensen te ondersteunen.

Het is in eerste instantie aan het veld om dergelijke initiatieven te ontplooiën. Daar waar belangrijke initiatieven in de eerste lijn die bijdragen aan preventie van zorg niet vanzelf tot stand komen, doe ik mijn best om deze te faciliteren. Zo ben ik voornemens de Longalliantie NL een subsidie te verlenen voor de coördinatie van het project voor het opschalen van het zorgpad om (ongeplande) heropnames te voorkomen.

### **Tot slot**

Met deze brief heb ik geschetst hoe ik tegen de ontwikkelingen in de medische zorg aankijk en wat ik doe om de gewenste ontwikkeling zo veel mogelijk te faciliteren en te stimuleren of verder te interveniëren als dat nodig is. Veranderingen zijn noodzakelijk, en dienen zorgvuldig plaats te vinden. Daarbij kan medische zorg niet los gezien worden van het sociale domein en de langdurige zorg. Het is zaak de silo's te verlaten en de domeinoverstijgende samenwerking op te zoeken. Daar zullen de toezichthouders en ik voortdurend op toezien, om zo de toegankelijkheid en de kwaliteit van de medische zorg voor iedere Nederlander te waarborgen.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins