

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 3272

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de RIVM analyse Noord-Oost Groningen* (ingezonden 28 juli 2010).

Antwoord van minister **Klink** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 7 september 2010).

#### Vraag 1

Waarom is in het onderzoek alleen gekeken naar de beschikbaarheid voor inwoners van de provincie Groningen?<sup>1</sup> Bent u van mening dat het de kwaliteit van het onderzoek niet ten goede komt dat bijvoorbeeld het adherentiegebied van het Refaja-ziekenhuis in Drenthe niet is meegenomen in dit onderzoek?

#### Antwoord 1

De bereikbaarheidsanalyse van het RIVM gaat over de grenzen van de provincies heen. Om te bepalen of het Refaja Ziekenhuis een «gevoelig» ziekenhuis is, is ook het verzorgingsgebied van de provincie Drenthe meegenomen. Dit betekent dat het Refaja Ziekenhuis «gevoelig» zou kunnen worden als er in Drenthe een gebied zou liggen dat binnen de bereikbaarheidsnorm van 45 minuten uitsluitend door het Refaja Ziekenhuis zou kunnen worden bediend. In de bereikbaarheidsanalyse is geen rekening gehouden met de buitenlandse ziekenhuizen.

#### Vraag 2

Hoe is het mogelijk dat de uitkomsten van dit onderzoek anders zijn dan de uitkomsten van eerdere onderzoeken, zoals het RIVM-onderzoek uit 2003<sup>2</sup> en het onderzoek van ARGO-Rijkuniversiteit Groningen uit 2009<sup>3</sup>, waaruit blijkt dat de huidige ziekenhuizen met hun spoedeisende eerste hulp noodzakelijk zijn om de 45-minutennorm te handhaven?

<sup>1</sup> RIVM analyse van het effect van mogelijke sluiting van de spoedeisende hulpen in Oost-Groningen op de bereikbaarheid.

<sup>2</sup> Kamerstuk 27 295, nr. 56, inclusief bijlage.

<sup>3</sup> dr. C.P. van Linschoten, drs. W. Betten, drs. P. Moorer, Bereikbaarheid van acute zorg buiten kantooruren in de Provincie Groningen, De rol van spoedeisende hulp bij de perifere ziekenhuizen, ambulancedienst en huisartsenpost (2009).

#### Antwoord 2

Het RIVM-onderzoek gevoelige ziekenhuizen is opnieuw uitgevoerd in 2006 en 2008. Het recente onderzoek uit 2010 is een uitwerking van het onderzoek uit 2008 en dan specifiek gericht op Oost-Groningen. Het model is steeds gelijk gebleven maar er is natuurlijk wel gebruik gemaakt van recentere data voor het wegennet, de locaties van ambulancelandplaatsen en gerealiseerde snelheden van ambulances die met spoed rijden. Het is dus niet verwonderlijk dat tussen de uitkomsten van het RIVM-onderzoek van 2003 en het onderzoek uit 2010 verschillen bestaan.

Het verschil tussen het RIVM-onderzoek en het ARGO-onderzoek is met name gelegen in het feit dat het RIVM-onderzoek zich heeft gericht op de 45 minuten-norm, zoals deze in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is vastgelegd om de spreiding van de SEH's te borgen. In het RIVM-onderzoek wordt de 45 minuten-norm als spreidingsnorm toegepast; er dient een minimale spreiding van SEH's in stand te worden gehouden ten behoeve van de bereikbaarheid binnen 45 minuten.

In het ARGO-onderzoek wordt onder meer gekeken of de totale afhandeltijd van spoedritten korter of langer is geweest dan 45 minuten. De 45 minuten-norm voorziet in 5 minuten stabilisatietijd bij de patiënt. Bij bepaalde acute levensbedreigende situaties is op grond van medisch inhoudelijke overwegingen een langere stabilisatie ter plaatse wenselijk. Dat kan betekenen dat hierdoor de normtijd wordt overschreden, maar uiteindelijk per saldo toch een vermindering van gezondheidsschade voor de patiënt wordt gerealiseerd. Hiermee zou de 45 minuten een fundamenteel andere functie krijgen dan oorspronkelijk beoogd: de realisatie (prestaties) worden dan bekeken.

#### Vraag 3

Is het waar dat het RIVM-rapport slechts gebruik maakt van bureaumodellen, terwijl het ARGO-rapport is gemaakt met de praktijkgegevens van de database van Ambulancezorg Groningen? Zo ja, wat zegt dat over de betrouwbaarheid van beide onderzoeken?

#### Antwoord 3

In het RIVM-rapport wordt inderdaad gebruik gemaakt van modellen, maar deze modellen worden wel degelijk gevoed door praktijkgegevens, zoals recente data van het wegennet, de huidige locaties van ambulancelandplaatsen en de gerealiseerde snelheden van ambulances die met spoed rijden. Ook deze gegevens zijn grotendeels gebaseerd op databases van de ambulancediensten zelf. Er kan dus niet worden geconcludeerd dat de onderzoeken niet betrouwbaar zijn.

#### Vraag 4

Waarom is bij het RIVM-onderzoek geen rekening gehouden met de mogelijke verhuizing van OZG naar een locatie langs de A7? Welke gevolgen heeft deze mogelijke verhuizing voor het halen van de 45-minuten-norm bij sluiting van één of twee ziekenhuizen?

#### Antwoord 4

Een mogelijke verhuizing van OZG naar een locatie langs de A7 viel buiten de scope van het onderzoek. Het RIVM-onderzoek uit 2010 is een nadere analyse c.q. verdieping van het onderzoek uit 2008. Uit het onderzoek van 2008 bleek dat de SEH's van Winschoten en Stadskanaal beide niet noodzakelijk waren voor het behalen van de bereikbaarheidsnorm in de regio. Uit het onderzoek van 2008 kon niet worden opgemaakt wat de consequenties zijn bij sluiting van twee van de drie SEH's in de regio Oost-Groningen. In de nadere analyse van dit jaar zijn deze consequenties wel in kaart gebracht. Hierover heb ik u bij brief van 22 juli 2010, kenmerk CZ/TSZ-3012404 geïnformeerd. Het doorrekenen van de consequenties van mogelijke toekomstplannen is op dit moment niet aan de orde.

#### Vraag 5

Deelt u de mening dat het RIVM aantoont dat sluiting van één of meerdere ziekenhuizen in Noord-Oost Groningen leidt tot verscaling van het zorgaanbod en tot een bedreiging van de continuïteit van het aanbod aan tweedelijnszorg?

#### Antwoord 5

De analyse van het RIVM doet geen uitspraken over de continuïteit en verschraving van het tweedelijns zorgaanbod. Het onderzoek geeft enkel aan dat op basis van de norm van 45 minuten met één SEH minder in die regio volstaan kan worden.

#### Vraag 6

Waarom is in het RIVM-rapport geen aandacht besteed aan de systeemgevolgen van sluiting van één of meerdere ziekenhuizen in Noord-Oost Groningen, zoals de verminderde capaciteit bij rampen, de gevolgen voor ziekenhuizen in de stad (o.a. toenemende vraag) en de rol van het ziekenhuis dichtbij voor patiënten met een chronische aandoening? Acht u deze systeemgevolgen van belang bij een eventueel besluit tot sluiting van ziekenhuizen in Noord-Oost Groningen?

#### Antwoord 6

Allereerst is het belangrijk om vooraf vast te stellen dat het RIVM nader onderzoek heeft gedaan naar de bereikbaarheid van de SEH's in de regio Oost Groningen. Het RIVM heeft op geen enkele wijze uitspraken gedaan c.q. suggesties gewekt over de mogelijke sluiting van ziekenhuizen in Oost Groningen.

Ook voor de hulpverlening bij ongevallen en rampen wordt ten aanzien van spreiding van spoedeisende zorg in een regio uitgegaan van de 45 minuten-norm. Aangezien de opvang van de slachtoffers van een ramp zich over het algemeen niet beperkt tot één veiligheidsregio, is het de taak van de traumaregio om in ROAZ-verband hierover afspraken te maken met alle partners in de keten van de acute zorg. Bij mogelijke sluiting van een SEH of ziekenhuis heeft het ROAZ een signalerende en/of coördinerende rol. Zij moet er voor zorgen dat de onderlinge afspraken over het vervoer en de opvang van slachtoffers worden aangepast. Er is sinds 2008 extra geld beschikbaar gesteld voor het goed voorbereiden op een ramp of crisis in de elf ROAZ-regio's.

In de brief *Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning*<sup>4</sup> is de definitie gegeven van cruciale zorgfuncties. Dat is zorg waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) of niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige (gezondheids)schade kunnen oplopen of (met name bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijkse leven. Doorlevering van cruciale zorgvormen moet mijns inziens gewaarborgd zijn. In de curatieve zorg zal cruciale zorg in ieder geval betrekking hebben op de spoedeisende hulp (45 minutennorm). Deze norm geldt ook voor mensen met een chronische aandoening die een acute zorgvraag hebben. Voor wat betreft planbare, electieve zorg zullen cliënten daarentegen over het algemeen uit voldoende alternatieven kunnen kiezen in het geval een bepaalde zorgaanbieder bepaalde zorg niet meer kan of wil aanbieden. Dit geldt ook voor niet spoedeisende zorg die door ziekenhuizen wordt verleend aan mensen met een chronische aandoening. Door het integraal bekostigen van zorg voor chronische aandoeningen, zoals diabetes en COPD, wil ik bovendien stimuleren dat die zorg dicht bij huis, in de eerste lijn, aangeboden wordt.

#### Vraag 7

Welke conclusies verbindt u aan de onderzoeksresultaten van het RIVM in relatie tot de huidige beschikbaarheidstoelagen die alle drie de ziekenhuizen in Oost-Groningen krijgen? Kunt u garanderen dat in het belang van de leefbaarheid de beschikbaarheidstoelagen die noodzakelijk zijn voor het voortbestaan van de drie ziekenhuizen voor alle drie de ziekenhuizen overeind blijven? Zo nee, waarom niet? Welke ziekenhuizen zouden dan hun beschikbaarheidstoelage verliezen? Vindt u dit acceptabel? Zo ja, kunt u dit dan uitleggen aan de bevolking aldaar?

#### Antwoord 7

In de regio is momenteel geen sprake van sluiting van één van de SEH's. Ten aanzien van de beschikbaarheidstoelage is het uitgangspunt van mijn beleid dat de SEH's die nodig zijn voor de bereikbaarheid binnen 45 minuten financieel gecompenseerd worden zodat de bereikbaarheid en kwaliteit van

<sup>4</sup> TK 2008–2009, 32 012, nr 1

acute zorg gegarandeerd is. Zoals ik in mijn brief »Waardering voor betere zorg IV» ook heb aangegeven wil ik aanbod van spoedeisende hulp alleen voor (gedeeltelijke) bekostiging via een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking kunnen laten komen als dat aanbod noodzakelijk is om aan de 45-minutennorm te voldoen en alleen als onvoldoende omzet wordt gegenereerd om de SEH-functie redelijkerwijs kostendekkend in stand te houden.

Ik kan u nu niet zeggen welke ziekenhuizen wel en niet in aanmerking komen. De ziekenhuizen, ook in Noord-Oost Groningen zullen worden getoetst aan de genoemde uitgangspunten. De exacte vergoeding zal door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) door middel van beleidsregels worden vastgesteld. Om de hoogte en de wijze van vergoeding vast te stellen is nader inzicht in de kosten en opbrengsten noodzakelijk. De NZa zal hiertoe nog een kostenonderzoek uitvoeren.

In rurale gebieden, zoals in Noord-Oost Groningen, zijn veelal kleine ziekenhuizen gevestigd die noodzakelijk zijn voor bereikbaarheid. In dergelijke gebieden treedt vaker een spanningsveld op met de kwaliteit. Juist daarom hebben deze gebieden mijn speciale aandacht en wil ik zorgvuldig bekijken welke stappen gezet moeten worden om bereikbaarheid én kwaliteit te handhaven en welke financiële maatregelen daar bij passen. Het ligt daarom mijns inziens in de rede om op korte termijn bij het vaststellen van de beschikbaarheidsbijdrage zoveel mogelijk rekening te houden met de bestaande situatie van kleine ziekenhuizen.