

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

2726

Vragen van het lid **Van der Veen** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat de helft van de spoedeisende hulpen in Nederland dicht zouden kunnen* (ingezonden 28 april 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 6 juni 2011).

Vraag 1 en 2

Bent u op de hoogte van het bericht dat de helft van de spoedeisende hulpen (SEH's) in Nederland dicht zou kunnen indien de 45-minutennorm voor ambulancezorg door heel Nederland zou worden toegepast?¹

Is de 45-minutennorm voor ambulancezorg overal in Nederland haalbaar? Zo nee, waar niet en waarom niet?

Antwoord 1 en 2

Ja, ik ben van de berichtgeving op de hoogte.

De 45-minutennorm dient niet verward te worden met de veldnorm van de ambulancesector om binnen 15 minuten na melding ter plaatse te zijn. Het uitgangspunt voor de bereikbaarheid van de acute zorg is de bereikbaarheidsnorm van 45 minuten. Deze bereikbaarheidsnorm is als volgt opgebouwd: vanaf de ontvangst van de melding van een ongeval bij de meldkamer heeft de ambulance 15 minuten tijd (15-minutennorm) om bij de plaats van het incident te komen. Vervolgens wordt gerekend met 5 minuten stabilisatie- en inlaadtijd. De overige 25 minuten resteert voor het vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een spoedeisende hulp.

De 45-minutennorm is vastgelegd in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Deze norm in de WTZi schrijft aan de zorginstellingen voor dat zij alleen (tijdelijk) kunnen stoppen met functies op een bepaalde locatie als de 45-minutennorm om een SEH van een ziekenhuis te bereiken niet in gevaar komt.

De bereikbaarheid van de acute ziekenhuiszorg binnen de normtijd is in Nederland goed geregeld. Dit met uitzondering van een procentueel gezien zeer klein deel van Nederland in de randen van de verzorgingsgebieden. De maatregelen om de inwoners van deze gebieden binnen de normtijd van 45 minuten te voorzien van acute zorg vergt onevenredige en inefficiënte maatregelen. Mijn ministerie laat zich via het Rijksinstituut voor Volksgezond-

¹ Nos, 24 april 2011.

heid en Milieu (RIVM) periodiek op de hoogte stellen van de bereikbaarheid van de acute zorg. Ook dit jaar heb ik het RIVM om een actualisatie van deze cijfers gevraagd. Ik verwacht eind mei over deze nieuwe cijfers te beschikken. Ik zal u uiteraard hierover informeren.

Vraag 3

Vindt u het de taak van Nederlandse zorgverzekeraars om te beslissen welke SEH's in Nederland open zouden moeten blijven? Zo ja, waarom? Zo nee, bij wie berust die taak?

Antwoord 3

Tijdens het spoeddebat van 31 maart 2011 over de aanbesteding van SEH's door Uvit en in antwoord op de Kamervragen van het lid Mulder (VVD) over het onnodig beroep op de SEH's heb ik aangegeven dat ik geen bezwaar heb tegen het terugbrengen van het aantal SEH's. We zien in de praktijk dat met name in grote steden meerdere SEH's dicht bij elkaar zitten. Ik heb daarnaast aangegeven dat ik me kan voorstellen dat de zorgverzekeraars hierin een initiërende rol vervullen. Ik heb hier echter wel een aantal belangrijke voorwaarden aan verbonden. Zo moet de spoedeisende hulp niet alleen van goede kwaliteit zijn, maar dient deze ook binnen 45 minuten na melding met een ambulance bereikbaar te zijn. Met inachtneming van deze voorwaarden kunnen de zorgverzekeraars via hun zorginkoop bepalen bij wie ze wel en niet deze zorg willen inkopen. Ik verwacht dat kwaliteits- en doelmatigheidsoverwegingen bij de inkoop doorslaggevend zullen zijn.

Vraag 4

Zijn gezamenlijk overleg en onderlinge afspraken tussen zorgverzekeraars over de spreiding van SEH's in strijd met de Mededingingswet en zal de NMa dus sancties opleggen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 4

Of gezamenlijke inkoop door zorgverzekeraars is toegestaan, hangt af van de invloed die de gezamenlijke inkoop heeft op de werking van de zorgverzekeringsmarkt. In beginsel zal de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) niet optreden tegen inkoopmacht van verzekeraars omdat – indien de zorgverzekeringsmarkt goed werkt en verzekeraars met elkaar concurreren – de voordelen die worden behaald met de gezamenlijke inkoop worden doorgegeven aan patiënten/verzekerden. De goede werking van de zorgverzekeringsmarkt kan evenwel in het gedrang komen als de gezamenlijk ingekochte goederen of diensten een groot deel van de kosten van de verzekeraars uitmaken, waardoor verzekeraars zich niet meer van elkaar kunnen onderscheiden op basis van de hoogte van de premie en de inhoud van de polis. De SEH-hulp lijkt niet aan dat laatste criterium te voldoen. De uiteindelijke beslissing over de vraag hoeveel «een groot deel van de kosten» is, ligt bij de NMa.

Vraag 5

Wat zijn de gevolgen, onder andere ten aanzien van de keuzevrijheid voor de patiënt/verzekerde, indien zorgverzekeraars in gezamenlijk overleg besluiten SEH's op te heffen? Kan de patiënt/verzekerde nog met de voeten stemmen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5

De SEH is bedoeld voor – de naam zegt het al – spoedeisende hulp. Als het gaat om hulp bij acute nood is keuzevrijheid veelal beperkt. Men wil zo spoedig mogelijk goed worden geholpen. De overheid heeft hier de verantwoordelijkheid voor een goede infrastructuur over Nederland opdat deze zorg voor mensen ook op tijd is te bereiken. In dichtbevolkte gebieden zal met betrekking tot deze hulp altijd meer keuzevrijheid zijn dan in de rurale gebieden.

Door de voorwaarden die ik verbonden heb aan de kwaliteit en bereikbaarheid van de acute zorg kan de patiënt/verzekerde er altijd op rekenen dat de noodzakelijke zorg van goede kwaliteit is en daarnaast bereikbaar is binnen de normtijd van 45 minuten.

Vraag 6

Deelt u de mening dat alleen de Nederlandse overheid in overleg met de Tweede Kamer de democratische legitimiteit bezit om concentratie- en spreidingsbeslissingen van een dergelijke omvang te nemen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 6

Nee, deze mening deel ik niet. Ik heb in antwoord op vraag 3 aangegeven dat ik voor de zorgverzekeraars een belangrijke rol zie weggelegd. Het zijn de zorgverzekeraars die in onderhandeling met de zorgaanbieders op grond van kwaliteit en doelmatigheid, met inachtneming van de gestelde voorwaarden voor de kwaliteit en bereikbaarheid, het beste uitgerust zijn om deze concentratie- en spreidingsbeslissingen te kunnen nemen. Zij hebben in het stelsel, zoals we dat in Nederland hebben ontworpen, de inkoopfunctie. Zij beslissen dan ook waar zij inkopen. Dat kan de overheid niet van hen overnemen. De overheid schept de randvoorwaarden waarbinnen deze inkoop plaats heeft: bereikbaarheid, toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit.

Vraag 7

Klopt het dat de concentratie en spreiding van de SEH's in Nederland onderdeel wordt van de eerste opzet van de basiszorg die u minister vóór 1 mei 2012 naar de Kamer zal sturen? Zo ja, welke bereikbaarheidseisen worden aan SEH's gesteld, en waar worden deze op gebaseerd? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 7

Ik denk dat u doelt op de brief over de continuïteit van zorg. Deze heb ik op 27 april 2011 aan uw Kamer gestuurd. In deze brief heb ik u gemeld dat ik een verantwoordelijkheid heb voor de continuïteit van cruciale zorg, waaronder de bereikbaarheid van spoedeisende zorg binnen 45 minuten. Ik ga hierbij uit van een basis-SEH. De Gezondheidsraad zal mij in december 2011 advies geven over welke deskundigheid en faciliteiten aanwezig moeten zijn op een basis-SEH om de gezondheidstoestand van de patiënt zodanig te stabiliseren dat (eventueel vervoer naar) vervolgbehandeling verantwoord is. Ik schrijf momenteel aan een nota over de basiszorg. Deze nota gaat over de eerste en anderhalve lijn. Het schrijven van deze nota loopt helaas wat vertraging op en zal eind augustus bij de Tweede Kamer liggen.

Vraag 8

Steunt u het voorstel van de ambtelijke werkgroep curatieve zorg om het aantal SEH's door middel van een aanbestedingsprocedure te verminderen? Zo ja, waarom, en welke partijen zouden deze aanbesteding moeten uitvoeren? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 8

Ik ben niet tegen het terugbrengen van het aantal SEH's. Of deze vermindering via een aanbesteding gerealiseerd kan worden, is aan de zorgverzekeraars om te bepalen binnen de grenzen van de wet- en regelgeving. Ik hecht als minister van VWS aan een goede landelijke spreiding van SEH's waarbij er in het bijzonder aandacht moet zijn voor de kwetsbare gebieden. Binnen het zorgverzekeringsstelsel hebben zorgverzekeraars de rol gekregen om doelmatig zorg in te kopen. Ik wil zorgverzekeraars hiertoe meer prikkelen, zoals ook beschreven in mijn brief «Zorg die loont». Ik steun dan ook de rol die verzekeraars nemen om de doelmatigheid van spoedeisende zorg te bevorderen, ook als zij die rol oppakken inzake de spoedeisende hulp. Ik acht het vanzelfsprekend dat zorgverzekeraars in het kader van hun zorgplicht hierbij de kwaliteits- en bereikbaarheidsnormen die gelden voor de spoedeisende hulp in acht nemen.