

Vergaderjaar 2003–2004

**29 247**

**Acute zorg**

**Nr. 10**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 april 2004

Onder verwijzing naar mijn brief van 16 januari jongstleden (2003–2004, VWS 040055, Tweede Kamer) bied ik u hierbij mijn standpunt aan op het advies «Acute Zorg» dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) aan mij uitbracht. Eerder heb ik uw Kamer doen toekomen mijn beleidsbrief over de acute zorg van 10 oktober 2003 (brief Tweede Kamer vergaderjaar 2003–2004, 29 247). Deze brief was het kader voor mijn visie op het «Bereikbare ziekenhuis» en op de «Ambulancezorg», u toegezonden op respectievelijk 26 september en 10 oktober 2003.

De uitgangspunten in mijn visie op de acute zorg zijn;

- meer overheidsregulering dan in andere deelmarkten zoals bijvoorbeeld de electieve zorg
- zoveel mogelijk aansluiten bij de reguliere sturing in de zorg
- acute zorg als (regionale) keten beschouwen, zorgverzekeraars dienen hiermee bij hun zorginkoop rekening te houden

Acute zorg wordt verleend door een keten waarin huisartsen, verloskundigen, ambulancevoorzieningen, spoedeisende hulp (SEH)-afdelingen van ziekenhuizen en traumacentra samenwerken.

De doelstellingen van mijn visie op de acute zorg sluiten grotendeels aan bij het nu voorliggende advies van de RVZ. De Raad geeft, vanuit volksgezondheidsrisico's, een lange termijn perspectief waar stap voor stap naar toe gewerkt kan worden. In de doelstellingen van dat lange termijn perspectief kan ik mij vinden. Ik kies echter op onderdelen voor een andere uitwerking hiervan. Vanzelfsprekend zijn de mogelijkheden om de door de Raad voorgestelde kwaliteitsverbeteringen, die inzet van extra middelen vergen, door te voeren mede afhankelijk van de economische omstandigheden. Een gedegen kosten/baten analyse zal altijd onderdeel moeten zijn van de afweging om verandering in de (acute) zorg door te voeren.

## **Sturing van acute zorg**

Als sturingsmodel adviseert de RVZ om voor deze zorg uit te gaan van een blijvende aanbodsturing met regulering door de overheid en deze niet over te laten aan de «markt».

Ik ben van mening dat overheidsregulering op het terrein van de acute zorg inderdaad verder dient te gaan dan het opleggen van een zorgplicht aan verzekeraars en het opleggen van bepaalde kwaliteitsnormen. Van de overheid mag worden verwacht dat zij de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg waarborgt en verantwoordelijkheid neemt voor een goede werking van het gezondheidszorgsysteem. Specifiek voor de acute zorg denk ik hierbij aan het vaststellen van referentiekaders voor het borgen van een goede spreiding en het opleggen van randvoorwaarden om een goede aansluiting te behouden bij de openbare veiligheid. Zoals bekend vindt de overgang naar gereguleerde marktwerking deelmarktgewijs plaats. Tegen deze achtergrond presenteerde ik visies op de sturing en organisatie van de deelmarkten acute zorg, ambulancezorg en eerstelijnszorg.

Acute zorg laat zich qua zorgaanbod, spreiding en financiering moeilijk scheiden van electieve zorg. Voor de spoedeisende hulp lijken dereguleringsmogelijkheden relatief klein. Voor de electieve zorg zijn de mogelijkheden voor vergaande deregulering groot. De beleidsvisie op de electieve zorg wordt nu voorbereid. De beleidsvisie electieve zorg trekt conclusies over de gewenste marktprikkels en de condities waaronder deze marktprikkels worden geïntroduceerd. De verwevenheid tussen acute en electieve zorg is onderdeel van deze analyse. In het nieuwe zorgstelsel moeten juiste marktprikkels leiden tot betere prestaties zowel bij de acute als bij electieve zorg.

## **Regionaal maatwerk**

Terecht stelt de RVZ in haar advies dat de kwaliteit van de zorg die ambulancepersoneel levert goed is. Daarom is het in sommige gevallen beter om voor een langere reistijd per ambulance te kiezen om naar een gespecialiseerd ziekenhuis te gaan. Dat betekent dat de huidige veldnorm – dat een patiënt, na de oproep, binnen 45 minuten in het ziekenhuis moet kunnen zijn – met verstand moet worden toegepast. Deze norm is als volgt opgebouwd. Voor de aanrijtijden van ambulances bestaat een vuistregel van 15 minuten; professionele hulp is dus meestal binnen 15 minuten bij de patiënt aanwezig. Voor het beoordelen, stabiliseren en gereed maken voor het vervoer van de patiënt zijn 5 minuten gerekend. Er blijft dan een netto-rijtijd van 25 minuten over voor het vervoer van de patiënt van de plaats van het ongeval naar een ziekenhuis met SEH. Veel is afhankelijk van de geografische omstandigheden en het aanwezige zorgaanbod. Regionale partijen zouden de mogelijkheden moeten krijgen om in plaats van een volledige ziekenhuisfunctie open te houden, te kiezen voor uitbreiding van de ambulancezorg en/of een huisartsenpost. Landelijke referentiekaders voor de spreiding van ambulanceposten, huisartsposten en ziekenhuizen kunnen behulpzaam zijn voor het maken van regionale afspraken. In dat kader pleit ik er voor dat er sluitende regionale afspraken worden gemaakt voor het geheel van spoedeisende hulp. De aanbevelingen van en de genoemde goede voorbeelden door de RVZ ter zake beveel ik van harte aan bij de regionale partijen. Met veldpartijen zal ik in overleg treden om te bezien welke praktische belemmeringen daarbij optreden.

## **Aanrijtijden ambulances**

Het huidige beleid in de ambulancezorg is er op gericht de knelpunten spreiding, beschikbaarheid en de besturingsystematiek aan te pakken, waardoor een doelmatiger gebruik van de middelen ontstaat en daarmee een verbetering van de kwaliteit van de zorg. Hiertoe wordt in de, in ontwerp zijnde, Wet op de Ambulancezorg de huidige verdeling van verantwoordelijkheden, waarbij provincies de spreiding van de ambulances vaststellen en zorgverzekeraars de kosten betalen, aangepast zodat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken kunnen maken over een doelmatiger invulling van ambulancezorg op basis van een landelijk referentiekader. Dit kader komt in de plaats van de huidige provinciale spreidingsplannen en gaat uit van 15 minuten aanrijtijd met een optimale indeling van standplaatsen en wagens. Het referentiekader wordt uitgewerkt per regio.

Ik wijs er op dat het waarborgen van een aanrijtijd van 15 minuten al heel veel inspanning en extra geld vraagt. Mijn beleid is er op gericht om er voor te zorgen dat eerst de veldnorm zoveel mogelijk wordt gerealiseerd. De aanrijtijd van 8 minuten zoals de Raad bepleit, kan niet los gezien worden van de aanbevelingen die zij eveneens doet met betrekking tot een andere organisatie van de ziekenhuiszorg: meer specialisatie, minder kleine ziekenhuizen. In die zin geeft dit advies waardevolle bouwstenen voor de lange termijn.

Voor mijn reactie op een aanbeveling om productdifferentiatie in de ambulancehulpverlening in te voeren verwijs ik naar de notitie die ik op 10 februari jl. naar de voorzitter van de Tweede Kamer stuurde naar aanleiding van een motie van de kamerleden Tonkens en Arib. (Kamerstuk 2003–2004, 29 247, nr 8, Tweede Kamer)

## **Snelle hulp door burgers helpt**

Het grootste aandeel in de gezondheidswinst die de RVZ ziet in de acute zorgketen, komt van omstanders die direct met hulpverlening kunnen starten wanneer iemand onwel wordt.

Wanneer veel meer Nederlanders dan tot nu toe, getraind zouden zijn in het verlenen van hartmassage en mond-op-mond beademing (samen: basic life support), zouden circa 1000 tot 2000 mensen daar baat bij kunnen hebben. Om dit te bewerkstelligen wil ik in overleg treden met mijn collega van Onderwijs, Cultuur, Wetenschappen, om in het voortgezet onderwijs een reanimatiecursus te introduceren.

In de praktijk zie ik ook een toenemend gebruik van de Automatische Externe Defibrillator (AED), hetgeen een belangrijke toevoeging kan zijn aan de basic life support. Het gebruik van de AED is geen voorbehouden handeling meer en wordt op korte termijn als zodanig uit de Wet Beroepsbeoefenaren Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) geschrapt. Verder wil ik de Regionale Ambulancevoorzieningen de ruimte geven om binnen de grenzen van de Kwaliteitswet zorginstellingen «derden» zoals de brandweer in te zetten voor basic life support en het gebruiken van de Automatische Externe Defibrillator.

## **Huisartsenposten**

Veel van de acute zorg wordt door de huisarts afgehandeld. De snelle ontwikkeling van de huisartsenposten voor de avond-, nacht- en weekenddiensten gaat gepaard met de nodige kinderziekten. Een betere afstemming, t.a.v. de toegankelijkheid, spreiding en het zorgaanbod tussen de huisartsen, ziekenhuizen, ambulancediensten, thuiszorg, GGZ zal nog de nodige verbeteringen opleveren. Voor wat betreft de financiering (van beschikbaarheid en paraatheid) van de te leveren huisartsenzorg gedurende de avond-, nacht en weekenddiensten, wil ik u verwijzen naar de

brief aan de Kamer van 28 november 2003 «Brief inzake toekomstbestendige eerstelijnszorg» (Kamerstuk 2003–2004, 29 247, nr. 4, Tweede Kamer). Daarin wordt aangegeven dat de financiering van huisartsen-dienstenstructuren onderdeel is van het nieuwe bekostigingsmodel binnen de huisartsenzorg/eerstelijnsgezondheidszorg». Voordat ik verdere stappen onderneem wil ik de conclusies en aanbevelingen uit onderzoeken van de Inspectie voor de gezondheidszorg en het College voor Zorgverzekeringen meewegen.

### **Goede marktprikkels moeten leiden tot betere prestaties.**

In de beleidsvisie acute zorg heb ik reeds aangegeven dat ik het belangrijk vind dat de prestaties van de acute zorgverlening beter in beeld komen. Zo zal de DBC-systematiek worden toegepast in fase 2 op de zorgverlening van spoedeisende hulp in ziekenhuizen, conform het DBC invoeringsmodel (brief Tweede Kamer 29 248 nr. 1). Hierdoor ontstaat meer inzicht in de prestaties op dit terrein. Het is bovendien een noodzakelijke stap voor toepassing van maatstafconcurrentie op de wat langere termijn. Dat is belangrijk omdat een efficiënte organisatie van de zorgsector gebaat is bij vergelijkbaarheid en openbaarheid van prestaties. Voor zover er keuzemogelijkheden zijn, ondersteunt de beschikbaarheid van relevante gegevens over prijs en kwaliteit, patiënten en verzekeraars bij hun keuzes. Goede voorbeelden dienen sneller verspreid te worden. Hiervoor wordt de website [www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl) gebruikt. Ter vergroting van de transparantie ga ik in 2004 een pilot-benchmark starten voor de huisartsenzorg overdag.

Voor het transparant maken van prestaties van ziekenhuizen wordt begin 2004 gestart met een pilot benchmark. Op basis van de uitkomsten zal ik nader beleid formuleren om te komen tot een landelijke benchmark. De landelijke traumaregistratie voor traumapatiënten door ziekenhuizen wordt medio 2004 operationeel. Ik er vanuit dat deze openbare publicatie een belangrijke prikkel voor de veldpartijen zullen zijn.

### **Ten slotte**

Het advies van de RVZ bevat aanbevelingen voor een verbetering van de acute zorg in Nederland in de toekomst. Veel van deze verbeteringen hebben betrekking op de logistiek, substitutie van zorg of het maken van betereniet vrijblijvende- zorginhoudelijke afspraken. Ik merk in het veld het nodige enthousiasme om hiermee aan de slag te gaan. De regionale prestaties op het terrein van de acute zorg zal ik actief met veldpartijen en zeker met patiënten/consumenten organisaties delen. Ik dank de RVZ voor haar advies.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst