

Vergaderjaar 2003–2004

27 295

Positionering algemene ziekenhuizen

Nr. 56

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 september 2003

1. Aanleiding

De minister van VWS is verantwoordelijk voor kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg. Deze verantwoordelijkheid komt tot uiting in het zo goed mogelijk inrichten van het zorgsysteem. De toegankelijkheid, en specifiek de bereikbaarheid van spoedeisende zorg, is globaal gezien goed maar staat op een aantal plaatsen in ons land onder druk. De afgelopen tijd is daarover in uw Kamer regelmatig gesproken. De sturingsmogelijkheden van de minister van VWS kwamen daarbij aan de orde alsmede de wens om meer fundamenteel van gedachten te wisselen over de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg aan de hand van een beleidsstandpunt kleine ziekenhuizen. Deze brief bevat dit standpunt.

1.1 Bereikbaarheid nu nog voldoende

Op dit moment kan volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) 98.8% van de bevolking binnen 45 minuten per ambulance een ziekenhuis met Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) bereiken. Deze 45 minuten zijn 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.

Figuur 1: opbouw 45 minuten



Een groot deel van de bevolking, 78.5%, kan zelfs binnen 30 minuten op een afdeling SEH zijn (15 minuten aanrijden, 5 minuten stabiliseren en 10 minuten vervoer). Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) gaf in zijn vervol-uitvoeringstoets van 14 januari 2002 aan dat de spreiding van ziekenhuiszorg voor wat betreft de spoedeisende zorg en de (algemene) dagelijkse zorg ook de komende jaren op basis van de bij hen bekende lange termijn huisvestingsplannen (LTHP) in principe niet in gevaar is. De spreiding zou wel onder druk komen te staan als buiten de verstedelijkte gebieden bepaalde functies zouden verdwijnen. Bijlage 1 geeft een overzichtkaart weer van Nederland met de huidige reistijden naar SEH-faciliteiten.

1.2 Bereikbaarheid staat echter wel onder druk

Op sommige plaatsen lijken de lange termijn huisvestingsplannen (LTHP) door de actuele ontwikkelingen te worden ingehaald en voelen ziekenhuizen zich genoodzaakt functieprofielen tussentijds aan te passen. Met name financiële problemen en een tekort aan medisch specialisten dwingen ziekenhuizen vroegtijdig de plannen aan te passen. In de afgelopen drie jaar (2000–2002) hebben zeven van de acht kleinste ziekenhuizen ten minste in één van deze drie jaar een negatief exploitatieresultaat behaald. Verschillende ziekenhuizen worden met behulp van incidentele financiële steun van verzekeraars en/of provincie nu nog overeind gehouden. Het is niettemin de vraag hoe lang deze partijen bereid blijven geld te steken in deze ziekenhuizen. Daarnaast is een aantal ziekenhuizen afhankelijk van slechts enkele medisch specialisten om de basis-specialismen te kunnen blijven aanbieden. Zes van de acht ziekenhuizen hebben bijvoorbeeld minder dan drie FTE kinderartsen in dienst en drie van de acht ziekenhuizen zijn afhankelijk van minder dan drie FTE gynaecologen. Dat maakt dergelijke ziekenhuizen kwetsbaar. Bij bezoeken vanuit het ministerie van VWS aan de acht kleinste ziekenhuizen eind 2002 en begin 2003 werd dit beeld bevestigd. Bijlage 2 beschrijft de belangrijkste conclusies van deze bezoeken.

1.3 Reeds genomen maatregelen niet toereikend

Mijn voorgangers hebben reeds verschillende maatregelen genomen om de positie van kleine ziekenhuizen te versterken (bijlage 3). Ook hebben de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), het Interprovinciaal Overleg (IPO) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) het «Referentiekader Spreiding Curatieve Zorg» opgesteld om de bereikbaarheid beter te kunnen blijven garanderen (bijlage 4). Toch is er nog een enkel punt in het bekostigingssysteem dat voor kleine ziekenhuizen nadelig uitwerkt. Bovendien geeft de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) beperkte middelen om te sturen op de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg (bijlage 5).

2. Wat wil ik bereiken?

Ik heb twee doelen voor ogen.

Doel 1: bereikbare ziekenhuiszorg

Om ziekenhuiszorg bereikbaar te houden wil ik het zorgsysteem zo inrichten dat de bestaande spoedeisende ziekenhuiszorg op locaties die voor de bereikbaarheid van belang zijn, beschikbaar blijft. Beschikbaar betekent dat minimaal een Spoedeisende Eerste Hulp-verpleegkundige aanwezig is in het ziekenhuis en dat de dienstdoende medisch specialist daar binnen 15 minuten aanwezig kan zijn. Vanuit de ambulance wordt de medisch specialist gewaarschuwd zodra de ambulance onderweg is. De nu bestaande bereikbaarheid van basale spoedeisende ziekenhuiszorg van 45 minuten wil ik als vuistregel aanhouden. Dat laat onverlet dat het voor bepaalde zorg, bijvoorbeeld complexe zorg en traumazorg, beter kan zijn verder te rijden met een ambulance dan de dichtstbijzijnde SEH-afdeling. Aan de hand van een model van het RIVM kan de bereikbaarheid binnen 45 minuten per ambulance voor heel Nederland getoetst worden. Er blijven kleine delen van ons land over waarvoor de vuistregel van bereikbaarheid binnen 45 minuten niet gehaald wordt. Om die delen van ons land (met name de Waddeneilanden) ook binnen 45 minuten bereikbaar te maken zouden nieuwe ziekenhuizen met een SEH-afdeling moeten worden opgericht of mobiele paraatheid van ambulancewagens moeten worden ingesteld. Het oprichten van nieuwe ziekenhuizen zou, gegeven het zeer beperkt aantal personen waarover het gaat, tot onevenredig hoge kosten leiden en dus niet doelmatig zijn. Het verbeteren van de beschikbaarheid van ambulances wordt meegenomen in het spreidingsplan Ambulancezorg waarover ik uw Kamer in oktober zal informeren.

Doel 2: evenwichtigheid in de bekostigingssystematiek

Ik wil ervoor zorgen dat alle ziekenhuizen op een passende manier behandeld worden in de bekostigingssystematiek. De afgelopen twee jaar is daartoe in de eerste plaats het effect van de schaalgroottetoeslag, die nadelig werkt voor de kleinste ziekenhuizen, teruggebracht in de beleidsregel functiegerichte budgettering algemene ziekenhuizen (I-578). De categorieën die bepalend zijn voor de hoogte van de vergoeding en die gebaseerd zijn op het aantal gewogen specialisteneenheden, zijn aangepast. Op een zelfde manier wil ik het effect van de schaalgroottetoeslag in de beleidsregel investeringen (I-553) verminderen zodat daarmee de kleine ziekenhuizen in de bekostigingssystematiek gelijk gesteld worden aan een gemiddeld ziekenhuis. Ik zal dit in het vervolg toelichten (zie ook bijlage 6).

3. Realisatie

Voor realisatie van het eerste doel is nieuw wettelijk instrumentarium nodig; dat kost enige tijd. Het tweede doel kan met het huidige instrumentarium op korte termijn worden gerealiseerd.

3.1 Middellange termijn

De huidige Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) geeft slechts beperkte sturingsmogelijkheden om bereikbare ziekenhuiszorg te waarborgen, het eerste doel. Het is bijvoorbeeld niet mogelijk om individuele ziekenhuizen te verplichten een afdeling SEH op een bepaalde locatie open te houden. Het wetsvoorstel Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ) is hiervoor wel goed te gebruiken. Ik zal uw Kamer daartoe nadere voorstellen doen toekomen.

3.1.1 Sturingsmogelijkheden op bereikbaarheid

Met het wetsvoorstel WEZ, dat dient ter vervanging van de WZV, wordt het mogelijk te sturen op bereikbaarheid. Ik wil het daartoe nog wel op een aantal onderdelen aanscherpen. In het systeem van de WEZ ontvangen instellingen een exploitatietoestemming waaraan voorschriften kunnen worden verbonden. Doordat de toestemming verbonden is aan het mogen exploiteren van een instelling werkt dit instrument gedurende de levensduur van een instelling, tenzij de exploitatie voor een kortere periode geldt of tussentijds moet worden aangepast. Als de instelling zich niet aan de voorschriften houdt, dan kan bestuursdwang worden toegepast. Zoals bekend geeft de huidige wetgeving deze mogelijkheden niet. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling om voor alle vormen van zorg (cure en care) de zaken zo te regelen. Het gaat alleen om die zorgfuncties waarbij de bereikbaarheid in het bijzonder van belang is.

Totdat de WEZ in werking treedt, zal ik sturen met de middelen waarover ik nu beschik. Dat betekent dat ik gebruik kan maken van de beleidsregels (ex artikel 3) van de WZV. Zoals ik u al eerder schreef biedt de WZV onvoldoende mogelijkheden om op de bereikbaarheid van individuele ziekenhuizen te sturen. Ik zal daarnaast de standstill, die mijn voorganger in december 2001 heeft ingesteld, handhaven voor concentratievoornemens als de bereikbaarheid van een afdeling SEH binnen 45 minuten in het geding is. Met de in het vervolg genoemde maatregelen zullen ziekenhuizen in staat worden gesteld 7x24-uurs zorg op voor de bereikbaarheid belangrijke locaties aan te blijven bieden.

3.2 Korte termijn

Per 1 januari 2004 ben ik voornemens de volgende maatregelen te treffen:

3.2.1 Introduceren van een beschikbaarheidstoeslag voor kleine ziekenhuislocaties

Ik wil een toeslag introduceren voor de 7x24-uurs beschikbaarheid van een afdeling SEH van bestaande kleine ziekenhuislocaties die bepalend zijn voor de bereikbaarheid van spoedeisende ziekenhuiszorg (doel 1). Deze hebben met de huidige bekostigingssystematiek vaak een te lage productie om zo'n voorziening te bekostigen. Met kunst en vliegwerk wordt een afdeling SEH dan opengehouden. Dit leidt in een aantal gevallen tot financiële problemen voor ziekenhuizen, een onevenredig zware dienstendruk voor met name de medisch specialisten of kwaliteitsproblemen. Een beschikbaarheidstoeslag biedt ziekenhuizen de mogelijkheid maatregelen te treffen waardoor het beter mogelijk wordt op kleinere ziekenhuislocaties de SEH draaiende te houden. Zij kunnen bijvoorbeeld met de extra middelen de formatie uitbreiden. De beschikbaarheidstoeslag wil ik beperken tot kleine bestaande ziekenhuislocaties (klinische adherentie minder dan 72 500 personen) met een afdeling SEH waarvan mensen afhankelijk zijn voor ziekenhuiszorg binnen 45 minuten. Ik gebruik hier bewust de term ziekenhuislocatie, omdat de maatregel niet alleen de kleine ziekenhuisorganisaties betreft, maar ook kleine ziekenhuislocaties van een grotere ziekenhuisorganisatie.

Het spreekt vanzelf dat aan het beschikbaar stellen van deze extra middelen de voorwaarde verbonden wordt dat ziekenhuis en verzekeraar(s) afspraken maken over de manier waarop de beschikbaarheid zeker gesteld wordt en over de hoogte van de daarmee gemoede kosten. Duidelijk moge verder zijn dat de extra middelen niet gebruikt mogen worden voor het oplossen van andere problemen dan de te lage productie die voortvloeit uit het feit dat er te weinig mensen in de buurt van het

ziekenhuis wonen. Anders gezegd, te lage productie veroorzaakt door bijvoorbeeld gebrekkige samenwerking van specialisten of verkeerde managementkeuzen komt niet voor vergoeding in aanmerking. Ik zal dit expliciet opnemen in mijn brief aan het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) waarin ik verzoek om voor de beschikbaarheidstoeslag een beleidsregel op te stellen. In mijn brief aan het CTG zal ik ook aangeven om welke organisaties en locaties het gaat (zie bijlage 7).

Bovendien ben ik van opvatting dat als met een alternatieve goedkopere maatregel elders in de zorgketen een SEH-afdeling wel binnen 45 minuten bereikbaar kan worden, dit de voorkeur heeft boven de beschikbaarheidstoeslag (bijvoorbeeld het verplaatsen van een ambulancestandplaats). Een en ander zal in de afspraken die tussen ziekenhuis en verzekeraar(s) worden gemaakt duidelijk moeten worden. Tevens zal worden bezien of integratie met een huisartsenpost de kwaliteit en betaalbaarheid kan verbeteren. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is verzocht dit nader te onderzoeken.

Het is waarschijnlijk dat de bereikbaarheid op termijn anders bekostigd gaat worden. De nu voorgestelde maatregel is echter een maatregel voor de korte termijn, om de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg op korte termijn veilig te kunnen stellen. Het is dus mogelijk dat de beschikbaarheidstoeslag in de toekomst aangepast wordt in samenhang met de invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek.

3.2.2 Opheffen schaalgrootte effect in de beleidsregel investeringen (I-553)

Het tweede instrument betreft een ophoging van de beleidsregel investeringen (I-553) voor kleinere ziekenhuizen. Deze maatregel wil ik treffen om zowel de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg te kunnen blijven garanderen (doel 1) als ook om nog bestaande onevenwichtigheden in de bekostigingssystematiek op te heffen (doel 2). De huidige beleidsregel (I-553) stelt de maxima voor de bepaling van het te investeren bedrag per jaar in medische en overige inventarissen afhankelijk van het aantal erkende bedden van een ziekenhuis. Kleinere ziekenhuizen krijgen volgens de huidige maatregel een lager bedrag per erkend bed dan een gemiddeld ziekenhuis. Dit betekent dat kleinere ziekenhuizen een schaalnadeel hebben ten opzichte van grotere ziekenhuizen. Het budget is vaak niet voldoende om de noodzakelijke apparatuur of inventaris aan te schaffen. Dat maakt een ziekenhuis bovendien minder aantrekkelijk voor medisch specialisten en patiënten. Door kleinere ziekenhuizen eenzelfde bedrag per erkend bed te geven als een gemiddeld Nederlands ziekenhuis wordt het nadelige effect van de schaalgroottetoeslag in de investeringsrichtlijn opgeheven. Bijlage 6 beschrijft de huidige investeringsrichtlijn en de aanpassing. Deze maatregel geldt voor alle ziekenhuizen met minder dan 450 bedden.

Om verwarring te voorkomen wil ik benadrukken dat de beschikbaarheidstoeslag geldt voor kleine ziekenhuislocaties (gedefinieerd door klinische adherentie) en dat de investeringsrichtlijn geldt voor kleine ziekenhuisorganisaties (gedefinieerd door aantal bedden).

Voor de beschikbaarheidstoeslag en de aanpassing van de investeringsrichtlijn stel ik in totaal € 32 miljoen beschikbaar. Dit is het bedrag dat nodig is om (1) de ziekenhuislocaties en organisaties, die voor de bereikbaarheid van belang zijn, middelen te geven om extra medisch specialisten en ondersteunend personeel aan te trekken zodat 7x24-uurs spoedeisende zorg gewaarborgd kan blijven en (2) alle kleine ziekenhuizen

dezelfde vergoeding per parameter te geven in de investeringsrichtlijn als een gemiddeld Nederlands ziekenhuis.

3.2.3 Kwaliteitsborging extra aandachtspunt voor kleine ziekenhuislocaties

Met de beschikbaarheidstoelage kunnen ziekenhuizen met een kleine ziekenhuislocatie, die voor de bereikbaarheid van belang is, extra medisch specialisten en verpleegkundig personeel aanstellen zodat de locatie 7x24-uurs zorg kan blijven leveren. Doordat de productie niet evenredig stijgt met het extra personeel kan het lastig zijn de kwaliteit te blijven waarborgen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft daarom de volgende aandachtspunten geformuleerd. Deze aandachtspunten hangen dus samen met de beschikbaarheidstoelage die ik wil instellen om mijn eerste doel te realiseren, bereikbare ziekenhuiszorg. De aandachtspunten gelden natuurlijk voor alle ziekenhuizen, maar gezien hun setting is het voor kleine ziekenhuislocaties nog extra van belang. Ik vind het de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen zelf om hier een goede invulling aan te geven.

- a. *Weten wat wel en wat niet kan en dit afstemmen in zorgketen*
Afspraken met andere zorgaanbieders in de regio over opname- en ontslagcriteria (patiëntencategorieën die wel en niet in de kleine ziekenhuislocatie behandeld worden) en over het verwijzen en terugverwijzen van patiënten.
- b. *Vaardigheden en kennis op peil houden*
Opleidingsplan om vaardigheden en kennis van de eigen medisch specialisten en verpleegkundigen ook bij relatief geringe patiëntenaantallen op peil te houden. Wel moet natuurlijk ook voldaan worden aan de minimale uren patiëntencontacten, beschreven door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).
- c. *Voldoende medisch specialisten*
De IGZ geeft aan dat minimaal 2,5 FTE specialist per 7x24-uurs vakgroep werkzaam moet zijn. Dit aantal is gebaseerd op het uitgangspunt dat ondanks vakantie, bij- en nascholing et cetera, altijd twee medisch specialisten beschikbaar moeten zijn om 7x24-uurszorg te kunnen waarborgen. Dit is het absolute minimum waarbij het ziekenhuis mensen moet kunnen vinden die bereid zijn zoveel diensten te draaien. Vanuit het veld blijkt dat een grotere maatschap wenselijk blijft. De Nivel studie «Minimale omvang medisch specialistische praktijk: standpunten uit de beroepsgroep» uit 2002 geeft bijvoorbeeld aan dat de wetenschappelijke verenigingen voor kindergeneeskunde en gynaecologie/verloskunde hebben aangegeven dat een minimum van respectievelijk drie FTE en vijf FTE specialisten per locatie optimaal is.
- d. *Eenduidige visie*
Medische staf/staven, Raad van Bestuur, Raad van Toezicht en Ondernemingsraad hebben een eenduidige visie op de toekomst van het ziekenhuis

3.2.4 Opleidingsmogelijkheden in kleine ziekenhuizen monitoren

Kleine ziekenhuizen hebben, nog meer dan grote algemene en academische ziekenhuizen, moeite voldoende medisch specialisten aan te trekken. Dit is een knelpunt bij het realiseren van mijn eerste doel, bereikbare ziekenhuiszorg. Het aantal Assistent Geneeskundigen Niet In Opleiding (AGNIO's) zal bovendien waarschijnlijk de komende jaren dalen als gevolg van de uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen. Voor alle ziekenhuizen wordt het dus lastiger om AGNIO's aan te trekken. Het Centraal College Medisch Specialismen (CCMS) heeft recent met het besluit CCMS no. 3-2001 de mogelijkheid gecreëerd dat een ziekenhuis ook erkend kan worden als opleidingsinrichting voor een of meer gedeelten van de opleiding of een stage in een medisch specialisme. Met dit besluit kunnen

Assistent Geneeskundigen In Opleiding (AGIO's) een deel van hun opleiding volgen in een kleinere ziekenhuislocatie, mits deze als opleidingsinrichting is erkend. Op deze manier kunnen kleine ziekenhuizen meedelen in de groeiende pool van AGIO's. Het is echter de vraag in hoeverre de kleinste ziekenhuizen ook daadwerkelijk van de mogelijkheid van erkenning als opleidingsinrichting gebruik zullen maken. Ik zal de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) verzoeken mij hierover en over de mogelijke oorzaken na verloop van een jaar nader te informeren. Naast de mogelijkheid voor kleine ziekenhuizen om AGIO's aan te trekken wil ik hierbij ook wijzen op de mogelijkheid van het inzetten van «physician assistants» (p.a.) en «nurse practitioners» (n.p.) om de continuïteit van zorg te waarborgen.

Bijlage 7 geeft een overzicht van de maatregelen en ziekenhuizen voor welke deze zullen gelden.

4. Ten slotte

Ten slotte wil ik hier kort ingaan op twee moties. De eerste motie betreft de motie van Kamerlid Kant over fusies (Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 27 295, nr. 41). De motie verzoekt de regering geen fusies en/of concentraties van functies goed te keuren vooruitlopend op het Referentiekader Spreiding Curatieve Zorg en het debat met de Kamer. Ik verwacht dat de motie het beoogde effect krijgt met de inwerkingtreding van de WEZ. De overige maatregelen zullen er toe bijdragen dat concentraties van functies niet gestimuleerd worden. Ook het Referentiekader Spreiding Curatieve Zorg van het veld zal dit afremmen. Totdat de WEZ in werking treedt, heb ik juridisch echter onvoldoende mogelijkheden om concentraties van functies niet goed te keuren, zoals mevrouw Kant vraagt.

Daarnaast wil ik ingaan op de motie van Kamerlid Rouvoet c.s. over de fusiebonus (Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 600, nr. 140). De motie dringt er bij de regering op aan ten spoedigste tot volledige afschaffing van de zogenaamde fusiebonus over te gaan. Met de in deze brief voorgestelde maatregelen stel ik €32 miljoen beschikbaar om de positie van kleine ziekenhuizen, en de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg in het bijzonder, verder te versterken. Het betreft een intensivering die dus niet ten koste gaat van de grote algemene en academische ziekenhuizen. De compensatie van grote ziekenhuizen voor de relatief zwaardere patiënten die zij behandelen blijf ik handhaven. Met de in deze brief voorgestelde instrumenten worden kleine ziekenhuizen in de bekostigingssystematiek gelijk gesteld aan een gemiddeld ziekenhuis. Ik kom hiermee tegemoet aan een langlopende wens van uw Kamer.

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

Bijlage 1: overzichtskaart reistijd naar dichtstbijzijnde SEH faciliteiten
Bijlage 2: bezoeken aan acht kleinste ziekenhuizen
Bijlage 3: beschrijving reeds genomen maatregelen
Bijlage 4: referentiekader Spreiding Curatieve Zorg
Bijlage 5: sturingsmogelijkheden Wet ziekenhuisvoorzieningen
Bijlage 6: beschrijving investeringsrichtlijn (I-553)
Bijlage 7: gevolgen van maatregelen voor individuele ziekenhuizen/
ziekenhuislocaties¹

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.