

Vergaderjaar 2007–2008

29 247

Acute zorg

Nr. 75

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 juni 2008

1. Inleiding: dilemma's rondom schaal en zorg

Veranderingen in de schaal van de zorg vormen een onlosmakelijk onderdeel van een zorgstelsel waarin cliënten, in al hun diversiteit en met al hun verschillende wensen en behoeften, meer en meer centraal komen te staan. We zien vormen van schaalvergroting waar zorgaanbieders samen gaan werken, professionele netwerken vormen of fuseren. We zien schaalverkleining, bijvoorbeeld in de groei van het aantal zelfstandige behandelcentra (ZBCs) en het aantal zorglocaties in de langdurige zorg. Kleinschalige vormen van vooral langdurige zorg nemen toe. Veel van deze veranderingen dragen bij aan een betere bereikbaarheid en kwaliteit van zorg en creëren meerwaarde voor cliënten. De bereikbaarheid van zorg is, ook in internationaal perspectief, over het algemeen goed. Maar de veranderingen maken ook een aantal dilemma's duidelijk.

Kwaliteit of bereikbaarheid?

Doordat we er steeds beter in slagen de kwaliteit te meten, wordt op verschillende wijzen gezocht naar de optimale organisatie van zorg. Dit leidt tot zowel schaalverkleining als schaalvergroting. Schaalverkleining zien we vanwege onder meer specialistische zorg in de eerstelijns, substitutie van de tweede naar de eerstelijns alsmede schaalverkleinende initiatieven¹. Daar staat tegenover dat in sommige dunbevolkte gebieden relatief kleine zorgaanbieders maar met moeite aan bepaalde veiligheidsnormen van zorg kunnen voldoen omdat zij te weinig ervaring kunnen opdoen met complexe, niet vaak voorkomende zorgvragen. Hun schaal beperkt hen ook in hun mogelijkheden het complete zorgpakket doelmatig te leveren. Zij zoeken dan begrijpelijkerwijs naar mogelijkheden voor intensieve samenwerking, bijvoorbeeld in de vorm van afspraken voor doorverwijzing. De keerzijde hiervan kan zijn dat (onderdelen van) het vertrouwde ziekenhuis in de regio van karakter verandert of zelfs

¹ Zie bijlage 1 van de achtergrondnotitie, ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

verdwijnt en dat sommige mensen langer dan voorheen moeten reizen voordat zij geholpen kunnen worden. Ook de ontwikkeling in de acute eerstelijnszorg naar grootschaliger samenwerkingsverbanden in huisartsenposten roept de vraag op of dit niet ten koste gaat van de «zorg in de buurt».

Kiezende «zorgconsument» of beschermd wonende cliënt?

Wij zien dat meer burgers zich ontwikkelen tot actieve, zelfbewuste «zorgconsumenten». Zowel in de curatieve zorg als in de langdurige zorg maken zij zelf keuzes over de manier waarop zij zorg georganiseerd willen zien. Samen met de toenemende transparantie leidt dit er bijvoorbeeld toe dat deze cliënten bereid zijn voor goede kwaliteit verder te reizen of te stemmen met de voeten en van zorgaanbieder te wisselen. Voor deze cliënten komt bereikbaarheid in een breder licht te staan. Maar niet iedereen is een mondige «zorgconsument». Voor andere cliënten, vaak mensen die afhankelijk zijn van langdurige zorg, staat vooral de behoefte aan zekerheid voorop. Zij vinden geborgenheid, veiligheid, menselijke maat en respect in de zorg erg belangrijk en willen zorg dichtbij in hun vertrouwde omgeving. Voor mensen die al een integraal arrangement van zorg en dienstverlening in een beschermde woonomgeving hebben, is het kiezen voor een andere zorgaanbieder daarom vaak geen reëel alternatief. We moeten er voor zorgen dat bij de beoordeling van de ontwikkelingen cliënten in al hun diversiteit centraal blijven staan.

Sterk en robuust of machtig en vervreemd?

Schaalvergroting kan voor zorgaanbieders positieve gevolgen hebben: ze worden sterker en minder kwetsbaar en beogen daardoor betere zorg te leveren. Schaalvergroting kan echter ook negatieve effecten hebben. Als zorgaanbieders door een fusie zo veel macht krijgen dat ze naar niemand meer hoeven te luisteren, kan «schaalvergroting» synoniem worden voor logge, anonieme organisaties waarin onvoldoende verantwoording aan cliënten wordt afgelegd. De menselijke maat dreigt dan verloren te gaan. Dit stelt ook hoge eisen aan de wijze waarop het bestuur en het interne toezicht bij dergelijke instellingen wordt ingevuld. Binnen deze «governance structuur» moet de positie van de cliënt voldoende sterk zijn en moet er sprake zijn van een goed contact met de directe omgeving van de zorginstelling.

Over deze en andere dilemma's hebben wij recent meerdere malen met uw Kamer gedebatteerd, onder andere tijdens het debat over de begroting van 2008 en het debat over de ziekenhuiszorg van 26 februari jl. Onlangs hebben wij in het interpellatiedebat-Jan de Vries van 10 april jl. ook specifiek stilgestaan bij fusievorming in de zorg. Zoals toegezegd geven wij in deze brief onze visie op bereikbaarheid en kwaliteit van zorg tegen de achtergrond van de ontwikkelingen in de schaal van zorg. Voor een nadere toelichting op en onderbouwing van de in deze brief gemaakte keuzes, verwijzen wij naar de bijgevoegde notitie *Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg*. In deze notitie geven we ook aan hoe we om willen gaan met een aantal toezeggingen, zoals gebruik maken van de ervaringen met fusietoezicht in Duitsland en de fusietoets van de Minister voor Wonen, Wijken en Integratie (WWI), door uw Kamer aangenomen moties¹ en geven we onze reactie op het recente advies van de Raad van de Volksgezondheid over *Schaal en zorg*². De Raad adviseert de minister, acute zorg uitgezonderd, de verantwoordelijkheid van aanbieders voor de besluitvorming over schaalgrootte te respecteren, maar aanbieders dan ook wel de risico's en consequenties daarvan te laten dragen. «Alleen zo», aldus de Raad, «creëert men een doeltreffende toets (door consumenten en zorginkoper) op schaalbeslissingen».

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 247, nr. 68, Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 39, Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 300 XVI, nr. 84.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 30 597, nr. 15.

2. Uitgangspunt: ruimte voor keuzes van partijen

Ons beleid is erop gericht om de cliënt in de zorg centraal te stellen. We geven zorgaanbieders en verzekeraars de ruimte en het vertrouwen om, door zich te onderscheiden en uit te blinken, zorg van goede kwaliteit te leveren. Goede competitie vormt een impuls voor hogere kwaliteit. Daarbij stimuleren we competitie tussen partijen voor zover die competitie dienstig is aan de publieke belangen in de zorg. Tegelijkertijd creëren wij dusdanige randvoorwaarden dat met het geven van die ruimte de cliënt ook daadwerkelijk beter af is en stellen wij waar nodig duidelijke grenzen. Dit is ook ons beleid bij vragen rondom schaal en zorg. Dat betekent dat wij niet op de stoel van professionals en zorgmanagers gaan zitten als zij hun beleid uitstippelen. Daarmee zouden we de creativiteit, kennis en motivatie die in de sector zit nodeloos inperken. Het is aan verzekeraars om aanbieders scherp te houden door tijdige, kwalitatief goede zorg binnen redelijke afstand van de woonplaats van verzekerden in te kopen. In de praktijk zien we dat partijen hun rollen ook oppakken. Verzekeraars groeien langzaam maar zeker in hun rol als scherpe inkoper. En meer en meer zorgaanbieders zijn druk doende hun strategische positie te verkennen en vanuit hun specifieke kracht en kwaliteit die keuzes, ook rondom schaalgrootte, te maken die meerwaarde voor hun cliënten bieden. We stellen cliënten of vertegenwoordigers van cliënten beter in staat zelf de zorg te kiezen die bij hen past en hun invloed uit te oefenen op de geleverde zorg.

Maar we zijn er nog niet. Dat is deels omdat zorg mensenwerk is, en mensen gewoon tijd nodig hebben. Tijd om te wennen aan nieuwe rollen, tijd om plannen in concrete daden om te zetten en tijd om de vruchten daarvan te kunnen plukken. Maar we zijn er ook nog niet omdat er verdergaande verbeteringen nodig zijn om ervoor te zorgen dat het in de zorg echt draait om de cliënt. De afgelopen periode hebben we daarom al een aantal belangrijke stappen gezet of voorbereidingen daartoe getroffen. We vergroten de komende jaren de ruimte voor zorgaanbieders voor kwaliteitsverbetering en meer cliëntgerichte zorg, onder andere door het verder doorvoeren van bekostiging op basis van prestaties, het borgen van een gelijk speelveld voor ZBCs en ziekenhuizen en het uitbreiden van vrije prijsvorming. Wij blijven koersen op kwaliteit. We zetten in op meer transparantie van de kwaliteit en prestaties van zorgaanbieders en de beschikbaarheid van informatie daarover voor cliënten en we bevorderen samen met zorgpartijen ICT-toepassingen in de zorg. Met het programma *Veilige zorg* werken we daarnaast aan «vanzelfsprekende veiligheid». Elke cliënt moet ervan uit kunnen gaan dat de zorg zo veilig mogelijk is. Op een aantal terreinen moet de vrijblijvendheid verminderen en moeten richtlijnen en normen scherper worden gesteld. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) moet die normen streng handhaven. We versterken de invloed van cliënten door stevig te investeren in hun rechtspositie, organisaties voor patiënten, gehandicapten en ouderen (pgo-organisaties) te versterken en de continuïteit van zorg te borgen.

3. Visie op bereikbaarheid en kwaliteit van zorg

Al deze maatregelen richten zich op het verbeteren van de zorg in brede zin en dragen in meer of mindere mate daarmee ook bij aan de bereikbaarheid en kwaliteit van zorg. Ze vormen bij elkaar een ambitieuze verbeteragenda voor de komende jaren. Toch willen wij ons beleid op het terrein van bereikbaarheid en kwaliteit van zorg nog intensiveren, omdat juist bij het laten vieren van de teugels van de aanbodregulering dit onderwerp onze extra aandacht vraagt. Wij maken daarbij een aantal keuzes.

1. We stellen de ondergrenzen helder vast. Waar nodig stellen en hand-

haven wij minimum (veld)normen. Minimumnormen voor de bereikbaarheid van acute zorg, zoals de 45-minutennorm voor spoedzorg. En minimumnormen voor kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld de ondergrens aan het aantal te halen verrichtingen die de IGZ hanteert bij complexe zorg zoals bij slokdarmkanker. Of de eisen die worden gesteld aan het uitvoeren van bijzondere medische verrichtingen zoals stamceltransplantaties. Doordat kwaliteit de komende tijd met behulp van indicatoren steeds beter zichtbaar wordt, neemt ook het inzicht toe dat er sprake kan zijn van relatief grote kwaliteitsverschillen. In veel gevallen blijkt dat de veiligheid en effectiviteit toeneemt als een bepaalde zorghandeling vaker wordt uitgevoerd. Voor bepaalde complexe handelingen heeft dat tot gevolg dat deze het beste kunnen plaatsvinden in een beperkt aantal op die handeling gespecialiseerde centra. Als de minimumnormen voor kwaliteit ertoe leiden dat bepaalde vormen van zorg slechts op een aantal plekken in Nederland beschikbaar zijn en daarmee een spanning ontstaat met de bereikbaarheid van die zorg, dan kiezen wij kwaliteit boven bereikbaarheid.

2. *We verbeteren de werking van het systeem.* Ons stelsel van gezondheidszorg werkt op hoofdlijnen goed, maar op een aantal punten willen we het huidige systeem aanscherpen en bijstellen. Dat systeem moet de cliënt en dus de menselijke maat centraal stellen, ook rondom het thema van bereikbaarheid en kwaliteit. Voor de acute of crisiszorg betekent dit dat die zorg voor iedereen bereikbaar moet zijn binnen de normen die wij daarvoor stellen. Of mensen nu thuis of in een instelling verblijven, en of ze nu in de stad of op het platteland wonen. We hechten daarom aan een goede keten van acute zorg en stimuleren, aanvullend op ontwikkelingen naar grootschaliger zorgvormen, een kleinschalige en flexibele organisatie van zorg. Voor de electieve en langdurige zorg betekent menselijke maat ruimte voor vraagsturing en cliëntgerichtheid, met aandacht voor de diversiteit van zorgvragen. Het betekent ook een met de Minister voor WWI en gemeenten gedeelde verantwoordelijkheid voor leefbaarheid en de maatschappelijke functie en inbedding van zorg in woonwijken. Dat vereist dat de bekostiging ruimte biedt voor grootschalige en kleinschalige organisatie van zorg, ketenzorg mogelijk maakt en dat de logistiek van zorg aansluit op mensen, ook in een zelfstandige woonsituatie, in plaats van mensen op de logistiek. Het vereist ook dat cliënten en hun vertegenwoordigers bij organisatiebeslissingen over schaal en zorg hun stem kunnen doen gelden. En dat zorgaanbieders, om het aanbod van zorg goed aan te laten sluiten bij uiteenlopende woonzorgarrangementen, intensief samenwerken met woningcorporaties.
3. *We voorkomen potentiële problemen.* Wij voorkomen potentiële problemen door het ex ante toezicht op concentratievorming door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en door slimme, risico-gerichte toezichtsinstrumenten zoals het aanmerkelijke marktmacht-instrumentarium van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) of het Gefaseerde toezicht door de IGZ. Als er toch iets echt mis gaat, wordt voortvarend en streng ingegrepen. Het betekent *niet* dat wij bij elke minder gelukkige beslissing van professionals of managers ingrijpen of vanaf nu fusies in de zorg verbieden.

Dit algemene kader is richtinggevend voor de invulling van onze beleidsagenda op het terrein van bereikbaarheid en kwaliteit van zorg.

Deze keuzes leiden in onze visie, samenvattend, tot een dubbele beweging in de schaal van zorg. Enerzijds zien we *schaalvergroting*. Door de toenemende transparantie van kwaliteit krijgen we steeds beter zicht op kwaliteitsverschillen tussen zorginstellingen en de relatie tussen ervaring van zorginstellingen en individuele zorgverleners en de kwaliteit van zorg. Wij kunnen bij een toenemende transparantie van zorg ook vaker en waar

nodig scherpere normen stellen. Bij bepaalde vormen van zorg leiden deze ontwikkelingen tot *schaalvergroting*. Voor mensen die zorg nodig hebben loont het ook steeds meer om zich breed te oriënteren voordat zij – al dan niet daartoe geholpen door hun verzekeraar – hun keuze maken. Afhankelijk van hun precieze zorgbehoefte zijn zij ook steeds vaker bereid zo nodig verder te reizen, en gaan ze niet meer automatisch naar de dichtstbijzijnde zorginstelling. Anderzijds zien we *schaalverkleining*. Meer specialisatie in de eerstelijns, substitutie van zorg van de tweedelijns naar de eerstelijns, en recente schaalverkleinende initiatieven, in combinatie met de huidige goed bereikbare spoedeisende hulp, zullen goed bereikbare zorg blijven garanderen.

Dat neemt niet weg dat elke sector vanzelfsprekend om eigen accenten vraagt. Zo is bereikbaarheid van electieve zorg van een andere orde dan geografische en telefonische bereikbaarheid van acute of crisiszorg. En kwaliteit van langdurige zorg voor kwetsbare mensen kent hele andere dimensies en brengt hele andere afwegingen met zich mee dan kwaliteit van complexe medisch-specialistische zorg. Voor een sectorgewijze toelichting op onze keuzes verwijzen we u naar de bijgevoegde notitie *Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg*.

4. Beleidsagenda

De komende tijd gaan wij systematisch na op welke terreinen van zorg normen moeten worden gesteld, verbeteren we het systeem op een aantal punten en scherpen we, om potentiële problemen te voorkomen, het toezicht aan.

Ondergrenzen helder vaststellen: minimumnormen bereikbaarheid en kwaliteit

- Om de bereikbaarheid van de acute huisartsenzorg en verloskundige zorg te verbeteren, komen er eenduidige minimumnormen voor de bereikbaarheid van acute huisartsenzorg en verloskundige zorg, inclusief normen voor de telefonische bereikbaarheid. Wij verwachten dat partijen de zorg zo snel mogelijk en in ieder geval vanaf 2012 respectievelijk 2011 op basis van deze normen organiseren. Wij zullen de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en de Koninklijke Nederlandse Organisatie Verloskundigen (KNOV) vragen om noodzakelijke en proportionele normen te ontwikkelen. De IGZ zal deze normen toetsen.
- Om de kwaliteit van de spoedeisende hulpverlening in ziekenhuizen te verbeteren en te kunnen handhaven, hebben wij het veld gevraagd een set landelijk toepasbare objectieve kwaliteitscriteria te ontwikkelen voor spoedeisende hulp-afdelingen van ziekenhuizen (SEHs). Wij zullen u na de zomer over de stand van zaken en de vervolgstappen om te komen tot landelijke invoering nader informeren.
- Om de patiëntveiligheid te borgen en vermijdbare schade terug te dringen, laten wij systematisch onderzoeken in welke gevallen minimumnormen voor veilige zorg moeten worden vastgesteld. Daar waar, door een samenhang tussen het aantal jaarlijks verrichte ingrepen en de kwaliteit van zorg, de veiligheid van zorg in het geding kan komen, zullen wij de sector vragen richtlijnen te ontwikkelen. Deze richtlijnen moeten door de IGZ worden beoordeeld en worden gebruikt als basis voor haar toezicht. Wij willen ook dat het proces van richtlijnontwikkeling op deze terreinen wordt aangejaagd en ondersteund (zie ook onze recente brief over cliëntenrechten in de zorg¹). We zullen u in het najaar nader informeren over de wijze waarop wij de uitvoering hiervan organisatorisch vorm kunnen geven. Op het terrein van veiligheid moet de vrijblijvendheid verminderen. Het moet duidelijk zijn dat

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 476, nr. 1.

afwijkingen van de normen niet kunnen worden geaccepteerd. De IGZ zal hierop, met mogelijk nieuwe, ruimere bevoegdheden, strenger gaan toezien.

- Als deze normen niet tijdig in het veld tot stand komen, onvoldoende worden aanvaard of naar de mening van de IGZ niet adequaat zijn, dan zullen wij in lijn met de voornemens die wij u recent hebben gemeld in onze brief over cliëntenrechten regels stellen om deze normen tijdelijk vast te stellen en naleving af te dwingen.

Werking systeem verbeteren: de menselijke maat centraal

- Om de positie van cliënten bij fusies structureel te versterken en ter bevordering van «good governance» zullen wij – zoals recent ook aangekondigd in de brief over cliëntenrechten – in wetgeving borgen dat cliënten en hun vertegenwoordigers via de centrale cliëntenraad invloed kunnen uitoefenen via een verzaamd adviesrecht en dat de cliëntenraad kan beschikken over voldoende budget om daar effectief gebruik van te maken. Dit betekent dat een zorgaanbieder bij een beslissing over een fusie in de toekomst niet van het advies van cliëntenraden mag afwijken tenzij de vertrouwenscommissie heeft geoordeeld dat dat redelijk is¹. In het voorjaar van 2009 kunt u het wetsvoorstel verwachten.
- Om het probleem van «zelfverwijzers»² op te lossen en de keten van acute zorg te verbeteren willen we waar nodig stimuleren dat SEHs en huisartsenposten (HAPs) uit de regio van de betreffende ziekenhuizen binnen drie jaar op dezelfde locatie gevestigd zijn. Daarbij zal de beschikbaarheid van medicijnen, bijvoorbeeld in de vorm van een uitgiftepunt voor medicijnen, ook beter moeten worden georganiseerd. Wij gaan dit stimuleren door de komende maanden met partijen hierover in gesprek te gaan.
- Om de bereikbaarheid van acute zorg te borgen zullen wij in aanvulling hierop, in overleg en op aangeven van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), waar nodig kleinschalige vormen van acute eerstelijnszorg – zoals kleinschalige HAPs of steunlocaties van hoofdvestigingen in een dorp of wijk – faciliteren. Wij zullen de NZa bekostiging hiervoor een adequate bekostiging vorm te geven in het traject *Bekostiging keten acute zorg*. Eind dit jaar wordt u hierover geïnformeerd. Daarnaast zal vanaf 2009 het landelijk dekkend netwerk van Medisch Mobiele Teams verder worden uitgebreid met traumahelikopters die 7 keer 24 uur beschikbaar zijn.
- Om de SEH-zorg op locaties die voor de bereikbaarheid binnen 45 minuten noodzakelijk zijn beschikbaar te houden, blijft de betreffende NZa-beleidsregel in 2009 gehandhaafd. In het kader van de besluitvorming over de prestatiebekostiging ná 2009 zal besluitvorming over de beschikbaarheidsvergoeding aan de orde komen.
- Om er bovendien voor te zorgen dat iedereen in de acute zorgketen dezelfde taal spreekt en het voor de start van de behandeling niet uitmaakt waar mensen zich met een acute zorgvraag melden, zal ook de triage – het proces van urgentie verklaren en het indiceren van het vervoltraject – verder worden geprofessionaliseerd. Over de wijze waarop zullen wij u in 2009, als ook de resultaten van de lopende pilot van het Nederlands Triage Systeem (NTS) bekend zijn, nader informeren.
- Om de kwaliteit van de acute zorg voor mensen met een langdurige zorgvraag ook in de thuissituatie te borgen zullen wij de IGZ vragen de kwaliteit van alarmopvolging te monitoren en afhankelijk van de resultaten hierop beleid ontwikkelen.
- Om de menselijke maat te behouden en langdurige zorg een meer maatschappelijke inbedding te geven, nemen wij samen met de Minister voor WWI extra maatregelen om diversiteit in wonen, ook in samenhang met de bereikbaarheid van voorzieningen in de wijken,

¹ Om bestuurlijke vervreemding verder tegen te gaan en de menselijke maat te behouden, borgen wij daarnaast dat cliënten of hun persoonlijke vertegenwoordigers via de lokale cliëntenraad invloed kunnen uitoefenen op besluiten die de persoonlijke levenssfeer en de kwaliteit van leven rechtstreeks raken, zoals verandering van woonomgeving (zie verder de eerder genoemde brief over cliëntenrechten).

² Die cliënten die met acute zorgvragen niet in eerste instantie naar een huisartsenpost gaan, maar naar de SEH van een ziekenhuis.

te stimuleren. Hierover hebben wij u geïnformeerd in het Actieplan *Beter (t)huis in de buurt*¹ en recent in de brief *Zeker van zorg, nu en straks*². Een nadere uitwerking ontvangt u in het derde kwartaal in de toegezegde brief over kleinschalige woonvoorzieningen. Daarmee geven wij uitvoering aan de motie-Kant³ om meer kleinschalige verpleeghuizen in de wijk te bevorderen.

- Tot slot: om de bereikbaarheid van langdurige zorg te borgen vervult het zorgkantoor een belangrijke rol. In de brief *Zeker van zorg* hebben wij aangegeven hoe wij de komende jaren scherpe, op resultaten gerichte afspraken met zorgkantoren willen maken ook over de kwaliteit van zorg, inclusief kleinschaligheid.

Potentiële problemen voorkomen: ontstaan machtsposities tegengaan

- In de transitie naar vraaggestuurde zorg waarbij zorgaanbieders elkaar door competitie scherp moeten houden, is het van groot belang om het ontstaan van te sterke machtsposities te voorkomen. Goede competitie vormt een goede impuls voor hogere kwaliteit. Daarom bereidt de Minister van Economische Zaken in overleg met ons een beleidsregel voor om het concentratietoezicht in de zorg nog aan te scherpen. Daardoor zal de NMa in alle gevallen waarin fuserende partijen op de relevante markt gezamenlijk een marktaandeel van 35% of meer hebben, vanzelfsprekend met inachtneming van adviezen van de NZa en IGZ, in haar fusietoets in de meldingsfase nader onderzoeken of er reden is om aan te nemen dat de fusie de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze zou kunnen belemmeren, met name als resultaat van het in het leven roepen of versterken van een economische machtspositie.
- In de beleidsregel zal ook worden vastgelegd dat de NMa bij de beoordeling van een dergelijke fusie rekening zal houden met voor de zorg specifieke elementen, zoals de rol van verzekeraars en zorgkantoren bij de inkoop van zorg, de nog op gang komende competitie tussen zorgaanbieders, de nog beperkte mate van sturing door verzekeraars, de nog gebrekkige transparantie van de geleverde kwaliteit van zorg en het belang van de mate van reisbereidheid van cliënten. Dit laatste betekent ook rekening houden met relevante verschillen tussen cliënten en hun zorgbehoeften, zoals het belang van de persoonlijke band met directe zorgverleners, sociale netwerken en de leefomgeving voor mensen met een relatief zware en langdurige zorgvraag⁴. Voor die kwetsbare mensen is het overstappen naar andere zorgaanbieders lang niet altijd een reëel alternatief, waardoor zij veel afhankelijker zijn van hun zorgaanbieder. De NMa zal in haar fusiebesluiten motiveren hoe de voor de zorg specifieke elementen van invloed zijn geweest op haar oordeel.
- Tot slot zal in de beleidsregel nader worden bepaald hoe de NMa structureel de zienswijzen van cliëntenraden en andere belanghebbenden in haar besluiten zal betrekken.
- Om bovendien de kwaliteit van zorg gedurende een fusietraject goed in de gaten te kunnen houden, zal de IGZ structureel, binnen de methodiek Gefaseerd toezicht, toezicht houden bij zorgaanbieders die in een fusietraject verkeren.

Op de thans voorgestelde wijze menen wij een goed evenwicht gevonden te hebben tussen de algemene uitgangspunten van het fusiebeleid en de specifieke kenmerken van de zorgsector. In combinatie met ons overig instrumentarium biedt dit een goede basis voor het borgen van de publieke belangen die op relatief korte termijn is te realiseren. Door het vergroten van de transparantie van zorg zullen cliënten eerder bereid zijn verder te reizen als de voordelen daarvan duidelijk zijn. Daarmee vergroten wij de relevante keuzes voor mensen. Hierdoor zal er ook bij fusievorming minder snel sprake zijn van «machtsposities». Bovendien vormt de aanscherping van normen voor bereikbaarheid en kwaliteit van

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 200 XVIII, nr. 111.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 30 597, nr. 15.

³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 87.

⁴ Zie bijvoorbeeld ook het Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.

zorg, in combinatie met die toenemende transparantie, een helder uitgangspunt voor de fusietoetsing van de NMa. Het is dan ook van groot belang dat de IGZ komt tot een duidelijk toetsingskader met kenbare normen en uitgangspunten.

Indien de NMa een concentratie niet heeft goedgekeurd, kan de Minister van Economische Zaken op basis van artikel 47 van de Mededingingswet, in overeenstemming met het gevoelen van de ministerraad, alsnog de fusie goedkeuren. Dit kan hij doen indien er naar hun oordeel gewichtige redenen van algemeen belang zijn die zwaarder wegen dan de te verwachten belemmering van de concurrentie als gevolg van de concentratie. Dit betekent dat er invulling kan worden gegeven aan mogelijke zorgspecifieke, niet onder het mededingingsrecht getoetste, overwegingen ten aanzien van een concentratie indien het kabinet, vanuit haar brede verantwoordelijkheid, oordeelt dat in een specifiek geval schaalvergroting noodzakelijk is vanuit het oogpunt van het algemeen belang.

In aanvulling op bovenstaande maatregelen en gelet op de transitiefase waarin de zorg zich bevindt, is het denkbaar de kwaliteit van zorg te borgen door de competitie verder te bevorderen via aanscherping van de normen van de fusietoets van de NMa. Ons beleid is erop gericht de cliënt centraal te stellen. Wij werken hard om de randvoorwaarden daarvoor tot stand te brengen. Zo vergroten we de transparantie van kwaliteit, maken we de bekostiging meer cliëntgericht, verminderen we de toetredingsdrempels, versterken we de positie van cliënten en de rol van zorgverzekeraars en zorgkantoren. Daarnaast is het van belang dat er – zeker ook tijdens de transitieperiode – voldoende zorgaanbieders op de markt zijn. Daardoor stimuleren we competitie en borgen we de kwaliteit van zorg.

Het algemeen belang in termen van «kwaliteit van zorg» kan wellicht aangrijpingspunt zijn om gedurende deze transitiefase de NMa een scherper toetsingskader mee te geven waarbij al bij een lager marktaandeel dan in het fusietoezicht gebruikelijk tot een verbod van de fusie wordt overgegaan. Wij denken daarbij aan een percentage van ca. 30 à 40 procent. Lagere percentages dan in het mededingingsrecht gebruikelijk geven via het indirecte pad van de competitie een betere garantie op kwaliteit. Om rekening te houden met positieve schaaffecten op de kwaliteit van zorg moet de NMa van deze norm af kunnen wijken. In haar besluiten motiveert de NMa hoe zij de zienswijze van de NZa, die tevens het advies van de IGZ omvat heeft meegewogen. Wij zullen de Raad van State op basis van artikel 18, lid 2 van de Wet op de Raad van State vragen om «een verzoek van voorlichting» en daarbij te onderzoeken of en zo ja welke mogelijkheden er zijn om deze tijdelijke maatregelen vorm te geven binnen het Europeesrechtelijke kader en de daarvan afgeleide nationale regelgeving.

5. Overige toezeggingen

- Wij zullen, in lijn met het advies van de NZa in haar uitvoeringstoets *Met spoed*, duidelijker maken wat wij van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) verwachten, de prestatiebeschrijving van het overleg beter in regelgeving neerleggen en u over de precieze uitwerking nader informeren.
- Wij zullen u via de geplande voortgangsrapportages over het ROAZ op de hoogte houden van de wijze waarop het ROAZ toewerkt naar betere logistieke afstemming en het hanteren van dezelfde richtlijnen door huisartsenposten en het ambulancevervoer.
- Om cliënten met name bij spoedoproepen snel te kunnen helpen en niet door te laten verwijzen naar andere nummers, moeten zoge-

naamde *Voice Response Systemen* efficiënter worden ingericht. Wij gaan hierover op korte termijn gesprekken voeren met de LHV, de VHN en de KNOV. We zullen de IGZ vragen toezicht uit te oefenen en waar nodig te interveniëren.

- Conform eerdere toezeggingen in het Algemeen Overleg ambulancezorg van 29 november jl. is onderzoek uitgezet naar de onderbouwing van de huidige veldnorm dat mensen die acute zorg nodig hebben binnen een kwartier door een ambulance bereikt moeten kunnen worden. Over de uitkomsten van dit onderzoek zullen wij u medio juli 2008 informeren met de brief over de financiële invulling van de herijking van het referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg.
- In juli ontvangt u onze reactie op de motie-Omtzigt c.s.¹ waarin wij de belemmeringen voor substitutie van zorg van de tweedenaar de eerstelijns in kaart brengen en aangeven wat wij, gegeven onze mogelijkheden, zullen doen om deze belemmeringen weg te werken.
- Om, in aanvulling op onze analyse en beleidsagenda in deze brief, nadere uitwerking te geven aan de motie-Jan de Vries c.s.² om instellingen te wijzen op samenwerkingsvormen anders dan fusies zullen wij brancheorganisaties van zorgaanbieders verzoeken hier in hun contacten met en communicatie naar individuele leden expliciet aandacht voor te vragen. In een bijlage van de achterliggende notitie geven wij ook een aantal voorbeelden van verschillende nieuwe samenwerkingsvormen.

6. Tot slot

Wij willen en kunnen bij de invoering van onze agenda voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg niet voorbijgaan aan twee andere voor ons belangrijke speerpunten, namelijk het verlichten van de regeldruk en het borgen van de betaalbaarheid van zorg. Sommige van bovenstaande voorstellen zullen, afhankelijk van de precieze vormgeving, meer of minder administratieve en/of financiële lasten met zich meebrengen. Zo kan het helder vaststellen van minimumnormen, voor zover de huidige praktijk nu niet of slechts deels voldoet aan deze normen, duidelijkheid scheppen maar ook additionele lasten met zich meebrengen. Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg betekent dat wij ook kiezen voor de eventuele lasten die dit met zich meebrengt. Dit geldt mutatis mutandis ook voor de voornemens omtrent het toezicht op fusies in de zorg. Over de precieze omvang van de lasten kunnen wij op dit moment nog geen uitspraak doen. Voor zover de invoering van onze agenda additionele administratieve lasten met zich meebrengt, zullen wij bezien in hoeverre deze extra regeldruk zo beperkt mogelijk kan worden gehouden en naar compensatie zoeken voor de extra administratieve lasten.

7. De beleidsvoorstellen samengevat

De beleidsagenda bestaat uit de volgende voorstellen.

- *Ondergrenzen helder vaststellen:* Wij zullen het veld vragen normen te ontwikkelen voor de kwaliteit van SEHs en de bereikbaarheid van de acute huisartsenzorg en de verloskundige zorg, inclusief normen voor telefonische bereikbaarheid. Wij laten onderzoeken in welke gevallen minimumnormen voor veilige zorg moeten worden vastgesteld.
- *Werkingsysteem verbeteren:* Wij gaan in gesprek met partijen zodat waar nodig SEHs en huisartsenposten zich op één locatie vestigen. In aanvulling hierop zullen wij de NZa vragen om bekostiging vorm te geven om kleinschalige organisatie van acute eerstelijnszorg te faciliteren. Wij zullen de IGZ vragen de alarmopvolging van acute zorgvragen van thuiszorgcliënten te monitoren en zonodig beleid te ontwikkelen. Centrale cliëntenraden zullen met verzaamd adviesrecht

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 689, nr. 170.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 84.

en bijbehorend budget structureel invloed kunnen uitoefenen bij fusiebesluiten.

- *Potentiële problemen voorkomen:* De Minister van Economische Zaken zal in overleg met ons via een beleidsregel het fusietoezicht op zorginstellingen aanscherpen. Door de volgende maatregelen ontstaat een meer zorgspecifieke beoordeling van fusies in de zorg:
 - De NMa zal in alle gevallen waarin fuserende partijen gezamenlijk een marktaandeel van 35% of meer hebben in haar fusietoets in de meldingsfase nader onderzoek doen.
 - De NMa zal rekening houden met zorgspecifieke elementen zoals de nog op gang komende competitie, de nog gebrekkige transparantie en het feit dat met name in de langdurige zorg sommige mensen veel waarde hechten aan zorg dichtbij in hun vertrouwde omgeving.
 - Tot slot zal nader worden bepaald hoe de NMa structureel de zienswijzen van cliëntenraden en andere belanghebbenden in haar besluiten zal betrekken.

Naast het advies van de NZa zal het advies van de IGZ meer inhoud krijgen. Door essentiële (veiligheids)eisen vast te leggen in (wettelijke) regelingen ontstaat een duidelijker toetsingkader: als kwaliteitseisen vragen om meer concentratie is dat ook voor de NMa een helder uitgangspunt.

De IGZ zal structureel toezicht houden op de kwaliteit van zorg bij zorgaanbieders die in een fusietraject verkeren. Wij zullen de Raad van State vragen om «een verzoek van voorlichting» en daarbij te onderzoeken of en zo ja welke mogelijkheden er zijn om aanvullende tijdelijke maatregelen op het fusietoezicht van de NMa vorm te geven binnen het Europeesrechtelijke kader en de daarvan afgeleide nationale regelgeving.

Met deze maatregelen willen we bereiken dat ook bij de huidige veranderingen in de schaal van zorg de cliënt binnen aanvaardbare tijd betaalbare, cliëntgerichte zorg kan ontvangen die van goede kwaliteit is.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker