

Vergaderjaar 2018–2019

27 295

Positionering algemene ziekenhuizen

29 247

Acute zorg

Nr. 173

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 juni 2019

Op 22 mei jl. heeft u mij namens de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport verzocht om een reactie op het artikel «Ziekenhuizen: eisen aan spoedzorg voor ouderen te hoog, kosten dreigen uit de hand te lopen» uit de Volkskrant van 6 mei 2019 (<https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/ziekenhuizen>). Dit artikel heeft betrekking op het proces van totstandkoming van het kwaliteitskader spoedzorgketen. Tijdens het AO stand van zaken ziekenhuisfaillissementen d.d. 25 april 2019 heb ik toegezegd dat ik uw Kamer zal informeren over hoe dit proces is verlopen (Kamerstuk 31 016, nr. 228). In deze brief geef ik een reactie op beide verzoeken (waarmee ik tevens de genoemde toezegging af doe).

Proces totstandkoming kwaliteitskader spoedzorgketen

Het (concept) kwaliteitskader spoedzorgketen is opgesteld door de bij de spoedzorg betrokken organisaties¹. Dit concept kwaliteitskader richt zich op de acute huisartsenzorg, ambulancezorg, zorg geleverd door de mobiele medische teams en de acute ziekenhuiszorg en heeft dan ook betrekking op de kwaliteit van de spoedzorgketen vanaf de eerste acute klacht tot uitstroom uit de acute keten.² Het kader beschrijft bestaande landelijke normen en richtlijnen en nieuwe normen, en het doet aanbevelingen die de kwaliteit van de spoedzorg die zorgverleners in ketenverband leveren bevorderen.

¹ Ambulancezorg Nederland (AZN), Federatie Medisch Specialisten (FMS), InEen, Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Patiëntenfederatie Nederland, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

² De ambitie van partijen is om in een volgende versie van het kwaliteitskader verbinding te maken met de partijen die de andere vormen van spoedzorg leveren.

Op 14 januari 2019 heb ik uw Kamer per brief geïnformeerd over hoe het proces van totstandkoming van het kwaliteitskader vanaf de eerste bijeenkomst op 1 mei 2015 tot op dat moment is verlopen (Kamerstukken 27 295 en 29 247, nr. 171). Ik verwijs in dit kader graag naar deze brief. Medio januari 2019 was de stand van zaken kort samengevat als volgt.

In januari 2018 hebben de bij de spoedzorg betrokken organisaties het kwaliteitskader spoedzorgketen in concept aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) aangeboden. Daarbij hebben de betrokken partijen een voorbehoud gemaakt ten aanzien van (de financiële impact van) een paar normen die betrekking hebben op de inzet van mensen en middelen, die in het concept kwaliteitskader zijn opgenomen. Zij hebben aangegeven eerst een analyse te willen van de financiële impact van deze normen, voor zij wilden besluiten over opname van de normen in het kwaliteitskader en de (eventuele) datum van implementatie. In dit kader heeft het Zorginstituut het kwaliteitskader aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voorgelegd, voor het uitvoeren van de «Budget Impact Analyse» of «BIA». Met mijn brief van 14 januari 2019 heb ik deze BIA ter informatie aan de Kamer toegezonden (Kamerstukken 27 295 en 29 247, nr. 171).

In deze BIA heeft de NZa in beeld gebracht wat de mogelijke meerkosten van vier onderzochte normen zijn. De NZa verwacht dat implementatie van de voorgestelde normen ook besparende effecten zal hebben, maar heeft deze nog niet kunnen kwantificeren. Ook heeft de NZa aangegeven in hoeverre ziekenhuizen nu en in 2020 / 2023 (verwachten te) kunnen voldoen aan deze normen. De NZa schat de maximale meerkosten van het doorvoeren van de vier normen in op een bedrag tussen 26,8 en 31,4 miljoen euro per jaar (afhankelijk van de vraag of wordt uitgegaan van de inzet van specialisten die in loondienst zijn, of van het percentage specialisten dat niet in loondienst is). Eventuele meerkosten zullen uiteraard moeten worden ingepast binnen de financiële kaders zoals afgesproken in de Hoofdlijnenakkoorden.

Zoals ik in mijn brief van 14 januari jl. heb aangegeven was het vervolgens aan de 11 partijen die het kwaliteitskader spoedzorgketen hebben opgesteld om, onder voorzitterschap van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), met elkaar te overleggen over de inhoud van de BIA. Naar aanleiding van dat overleg konden de partijen het concept kwaliteitskader desgewenst aanpassen, en moesten zij het definitieve kwaliteitskader binnen 3 maanden aan het Zorginstituut toezenden.

In april 2019 hebben de partijen het kwaliteitskader spoedzorgketen aangeboden aan het Zorginstituut. Dit kwaliteitskader beschrijft de minimale vereisten voor de (regionale) organisatie van spoedzorg. Het bevat circa 100 bestaande en nieuwe normen en aanbevelingen voor de verschillende stappen in de spoedzorgketen: melding, triage, zorgcoördinatie, diagnostiek en behandeling, coördinatie en uitstroom. De partijen zijn het eens over de knelpunten die goede kwaliteit van spoedzorg in de weg staan. Ook zijn ze het eens over de belangrijkste uitgangspunten en ambities:

- Het perspectief van de patiënt staat voorop.
- Een patiënt met een acute zorgvraag moet zo snel mogelijk op de juiste plek in de spoedzorgketen terecht komen: dichtbij huis als het kan, maar verder weg als dat beter is voor de patiënt.
- De organisatie van de spoedzorg volgt uit dat wat nodig is om de patiënt goede zorg te bieden.

Ondanks dat het overgrote deel van de in het kwaliteitskader opgenomen normen en aanbevelingen door alle partijen wordt onderschreven, is op

twee normen geen overeenstemming bereikt met twee van de elf partijen, te weten de FMS en V&VN.

Het gaat om:

- a. de norm inzake expertise van de arts op de SEH: de FMS kan zich als enige partij niet vinden in een norm uitgedrukt in ervaringsjaren en wil alleen competenties genormeerd zien.
- b. de norm inzake geriatrische expertise op de SEH: de FMS heeft steeds gepleit voor geriatrische expertise op het niveau van een medisch-specialist in plaats van een verpleegkundig specialist. Begin 2019 heeft V&VN zich bij het standpunt van de FMS aangesloten.

Het artikel in de Volkskrant heeft betrekking op de discussie tussen de FMS en V&VN enerzijds, en de andere 9 bij de opstelling van dit kwaliteitskader betrokken partijen anderzijds, over deze laatste norm met betrekking tot de geriatrische expertise op de SEH.

Omdat er twee normen zijn waarover partijen geen overeenstemming hebben bereikt, kan het Zorginstituut het kwaliteitskader nog niet inschrijven in het register. Het Zorginstituut zal daarom gebruik maken van de wettelijke bevoegdheid om doorzettingsmacht in te zetten om de twee normen nader in te vullen en definitief vast te stellen. In dat kader heeft het Zorginstituut aan de Kwaliteitsraad³ gevraagd om te onderzoeken op welke wijze deze normen geformuleerd moeten worden en vervolgens de betreffende twee normen vast te stellen, zodat het Kwaliteitskader alsnog kan worden ingeschreven in het register van het Zorginstituut en juridisch geborgd en bindend is.⁴ De Kwaliteitsraad zal in dit kader onder meer een gesprek met alle bij het kwaliteitskader betrokken partijen voeren.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg

De afgelopen tijd hebben uw Kamer en ik veelvuldig gesproken over de balans tussen de drie publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. In dat kader noem ik onder meer mijn Kamerbrief van 12 juni 2018 (Kamerstuk 27 295, nr. 166), en de gewijzigde motie van de leden Van den Berg en Kerstens (Kamerstuk 27 295, nr. 167) en mijn reactie daarop (Kamerstuk 27 295, nrs. 168 en 171 en Kamerstuk 35 138, nr. 3). Alle drie deze publieke belangen moeten in de zorg worden geborgd. Indien hogere eisen worden gesteld aan één van deze drie publieke belangen, dan heeft dat impact op de andere twee belangen. De BIA van de NZa maakte dit reeds duidelijk.

Naar aanleiding van de BIA heb ik de partijen die betrokken zijn bij de totstandkoming van het kwaliteitskader spoedzorgketen per brief gewezen op de gewijzigde motie Van den Berg-Kerstens, en hen verzocht om in het vervolg van dit traject alle publieke belangen goed af te wegen. Daarnaast

³ De Kwaliteitsraad is een onafhankelijke commissie die het Zorginstituut gevraagd en ongevraagd adviseert op het gebied van de kwaliteit van gezondheidszorg. De Kwaliteitsraad heeft ook een wettelijke taak op het gebied van de doorzettingsmacht; het Zorginstituut kan de Kwaliteitsraad vragen om een kwaliteitsstandaard, een meetinstrument of een informatiestandaard voor een specifieke vorm van zorg op te stellen.

⁴ Zoals ik in mijn brief van 14 januari jl. heb aangegeven moeten de veldpartijen vervolgens de verplichtingen die uit deze kwaliteitsstandaard voortvloeien naleven (zodra de implementatietermijn is verstreken) en onderling afspraken maken over de invulling daarvan. De IGJ zal toezien op de naleving van de verplichtingen.

heb ik, naar aanleiding van een verzoek van Kamerlid Dik-Faber,⁵ met de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ, de koepel van de regionale ziekenhuizen) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) gesproken over de wijze waarop het concept kwaliteitskader spoedzorgketen uitpakt voor streekziekenhuizen.

Ik heb begrepen dat de partijen naar aanleiding van de BIA een aantal wijzigingen in de voorgestelde normen hebben aangebracht met het oog op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Van de SAZ heb ik, zoals ik uw Kamer tijdens het AO stand van zaken ziekenhuisfaillissementen op 25 april jl. vertelde, begrepen dat zij zich kunnen vinden in het kwaliteitskader spoedzorgketen, zoals dat nu is aangeboden (Kamerstuk 31 016, nr. 228). Door de aanpassingen die naar aanleiding van de BIA hebben plaatsgevonden zit er voor de regionale ziekenhuizen iets meer «regelruimte» in het kwaliteitskader, en ook is er een implementatieperiode aan een aantal belangrijke normen gekoppeld. Het feit dat de koepel van de regionale ziekenhuizen mij heeft laten weten dat zij zich goed kan vinden in het kwaliteitskader dat nu is ingediend, bevestigt dat de regionale belangen goed aan bod zijn gekomen in dit proces.

Op verschillende onderdelen hebben de partijen dus overeenstemming bereikt, maar ten aanzien van de twee genoemde normen is dat nog niet gelukt. Daarbij is er met name discussie over de kwaliteit van zorg enerzijds, en de haalbaarheid van de normen voor met name de regionale ziekenhuizen (en dus de toegankelijkheid van zorg), gelet op de betaalbaarheid en de beschikbaarheid van personeel, anderzijds.

Zoals ik reeds heb aangegeven zal het Zorginstituut gebruik maken van de wettelijke bevoegdheid om doorzettingsmacht in te zetten om de twee normen nader in te vullen en definitief vast te stellen. In dat kader heeft het Zorginstituut de Kwaliteitsraad gevraagd om te onderzoeken op welke wijze deze normen geformuleerd moeten worden en vervolgens de betreffende twee normen vast te stellen. Daartoe zal de Kwaliteitsraad onder meer een gesprek met alle bij het kwaliteitskader betrokken partijen voeren. Zodra meer bekend is over de uitkomsten van dit proces zal ik u daarover informeren.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins

⁵ Verzoek van het Lid Dik-Faber, gedaan tijdens het Algemeen Overleg Ziekenhuiszorg op 13 februari 2019, dat zij in aanvulling op de informatie van het Zorginstituut over het proces met betrekking tot de totstandkoming van kwaliteitskaders toch ook graag de regionale ziekenhuizen meer bij dit traject betrokken wilde hebben (Kamerstukken 31 765 en 31 016, nr. 369).