

Vergaderjaar 2015–2016

29 247

Acute zorg

Nr. 216

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 januari 2016

In maart 2015 heeft uw Kamer mijn brief over de curatieve zorg in krimpregio's ontvangen.¹ Een aantal regio's in Nederland bereidt zich voor of gaat al om met de transitie van bevolkingsgroei naar bevolkingsdaling. Bevolkingsdaling alleen hoeft, vanuit de optiek van zorg, geen probleem te zijn, maar in het algemeen gaat krimp gepaard met vergrijzing en gaat vergrijzing gepaard met chronische aandoeningen. Dit tezamen leidt tot een andere zorgvraag in combinatie met een gelijktijdige daling van het (zorg)voorzieningenniveau in kwantiteit, wat een negatief effect kan hebben op de kwaliteit van de zorg. In deze brief informeer ik u over de voortgang van de maatregelen die ik in mijn brief curatieve zorg in krimpregio's heb aangekondigd, zoals toegezegd tijdens het debat met uw Kamer van 26 mei 2015 (Kamerstuk 29 247, nr. 213).

Hieronder ga ik ten eerste in op het landelijk beleid bevolkingsdaling. Daarna besteed ik aandacht aan de RIVM analyses en het wijzigen van de voorwaarden voor het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage voor de spoedeisende hulp en acute verloskunde. Vervolgens informeer ik u over regionale aspecten: de netwerkbijeenkomsten in krimpregio's en de opvolging die daaraan is gegeven. Daarna ga ik in op twee moties van uw Kamer, te weten de motie Dik-Faber/Bouwmeester over het uitwerken van een definitie van basiszorg² en de motie Bruins Slot/Bouwmeester inzake criteria om in te grijpen in krimp- en anticipeerregio's. Vervolgens besteed ik aandacht aan de basiszorg: dienstapotheken en huisartsenzorg. Tot slot komt de NIVEL monitor voor krimp aan de orde.

Landelijk beleid bevolkingsdaling

In de brief «Kabinetvisie naar aanleiding van de motie Barth» van 19 december 2014 staat dat het Interbestuurlijk Actieplan Bevolkings-

¹ Kamerstuk 29 247, nr. 200.

² Kamerstuk 31 016, nr. 88.

daling zal worden geactualiseerd.⁴ De curatieve zorg zal onderdeel zijn van het hoofdstuk zorg en ondersteuning. Onderdeel van het actieplan zullen de Samenwerkingsagenda's Bevolkingsdaling zijn met daarin concrete aanpakken en acties per krimp- en anticipeerregio. Hierbij wordt gestreefd naar een zo goed mogelijke aansluiting tussen de vraag vanuit de regio en de mogelijkheden van ondersteuning door het Rijk. Het te actualiseren Actieplan Bevolkingsdaling zal naar verwachting dit voorjaar gereed zijn.

Het kabinet heeft in 2014 toegezegd te analyseren in hoeverre er knelpunten of ontwikkelingen zijn ten aanzien van langer zelfstandig wonen, die specifiek voor krimp- en anticipeergebieden gelden. Uit de inventarisatie onder een groot aantal betrokkenen kwam een tweetal punten naar voren. Ten eerste, de daling van het aantal huishoudens in dergelijke gebieden leidt ertoe dat woningbezitters moeilijk hun huis kunnen verkopen en daardoor niet kunnen doorstromen naar een geschiktere woning. Ten tweede, transformatie van leegstaand zorgvastgoed kan in deze regio's soms lastig zijn omdat er minder alternatieve doelgroepen zoals studenten aanwezig zijn. Het is van belang dat gemeenten, zorgaanbieders, corporaties en andere betrokkenen kijken wat ze kunnen verwachten aan een toekomstige vraag voor wonen en zorg voor kwetsbare mensen. Het aanjaagteam Langer zelfstandig wonen stimuleert en adviseert lokale/regionale partijen bij het mogelijk maken om langer zelfstandig te blijven wonen. Het team heeft ondertussen in bijna alle regio's gesproken met de betrokken partijen. Zij komen begin 2016 met een eindrapport, inclusief aanbevelingen. De Staatssecretaris van VWS zal bezien of naar aanleiding van het rapport aanvullende acties nodig zijn. Daarnaast kan het Expertteam Transformatie van het Ministerie van BZK gemeenten en zorgvastgoedeigenaren adviseren over het transformeren van zorgvastgoed in reguliere woonruimte.

RIVM analyse en de beschikbaarheidsbijdrage SEH / acute verloskunde

Zoals aangegeven in de brief curatieve zorg in krimpregio's heb ik het RIVM gevraagd om jaarlijks de beschikbaarheid van basis SEH's, profiel SEH's (de complexere acute zorg) en huisartsenposten in beeld te brengen. Doel is om een actueel overzicht te hebben van de SEH-functies in Nederland, zodat daarmee ook een analyse van de bereikbaarheid kan worden gemaakt. Op basis van deze monitor ontstaat ook inzicht in de beschikbaarheid van cruciale acute zorg in de krimpregio's. Zoals toegezegd bij brief van 6 maart 2015 over curatieve zorg in krimpregio's heeft uw Kamer bij brief van 3 juni 2015 de rapportage Functionaliteit en bereikbaarheid SEH's in Nederland van het RIVM ontvangen.⁵ Ik verwacht u binnenkort een nieuwe analyse van de bereikbaarheid van de SEH-functies in Nederland toe te sturen.

Ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45 minuten norm voor spoedeisende hulp en acute verloskunde en waarvoor de inkomsten uit de tarieven niet toereikend zijn, kunnen onder bepaalde voorwaarden een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen van de NZa, op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). Deze ziekenhuizen liggen met name in krimp- en anticipeerregio's. De voorwaarden voor het ontvangen van een beschikbaarheidsbijdrage zijn het afgelopen jaar versoepeld.

In mijn brief «Curatieve zorg in krimpregio's» van 6 maart 2015 heb ik u geïnformeerd dat ik voornemens was de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

⁴ Kamerstuk 34 000, nr. J.

⁵ Kamerstuk 29 247, nr.211.

een aanwijzing te geven om de door de NZa gehanteerde voorwaarde «overmachtsituatie zorgverzekeraars» voor het verlenen en vaststellen van een beschikbaarheidsbijdrage voor spoedeisende hulp en acute verloskunde te schrappen. In mijn brief van 28 april 2015 heb ik u vervolgens geïnformeerd over de zakelijke inhoud van deze aanwijzing.⁶ Als gevolg hiervan gelden nu voor het verkrijgen van een beschikbaarheidsbijdrage enkel nog de voorwaarden die worden gehanteerd in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG:

- De SEH respectievelijk afdeling voor acute verloskunde moet voldoen aan de geldende (minimum)normen die worden gesteld aan een SEH, respectievelijk afdeling voor acute verloskunde;
- De SEH respectievelijk afdeling voor acute verloskunde moet gevoelig zijn voor de 45-minutennorm, waarbij die locatie noodzakelijk moet zijn om ervoor te zorgen dat de huidige bereikbaarheidssituatie niet verslechtert;
- De SEH respectievelijk afdeling voor acute verloskunde moet onvoldoende inkomsten uit de tarieven hebben om de kosten van de SEH respectievelijk afdeling voor acute verloskunde te dekken.

Voortgang in de regio's

Netwerkbijeenkomsten curatieve zorg in krimpregio's

Ik heb aangegeven dat ik, als daar in een bepaalde regio behoefte aan is, netwerkbijeenkomsten ga organiseren. Dit is lokaal maatwerk. In dat kader ben ik inmiddels op bezoek geweest in Friesland en Zeeland. Hieronder informeer ik u nader over de stand van zaken in Zeeland. Het werkbezoek aan Friesland heeft plaatsgevonden in het kader van het faillissement en de doorstart van De Sionsberg uit Dokkum. Zoals ik u in het Algemeen Overleg (AO) over het faillissement van ziekenhuis De Sionsberg van 10 december 2014 (Kamerstuk 32 299, nr. 40) en in de eerder genoemde brief «Curatieve zorg in krimpregio's» van 6 maart 2015 heb toegezegd, heb ik een evaluatie uitgevoerd naar de faillissementen van ziekenhuis De Sionsberg en het Ruwaard van Putten-ziekenhuis uit Spijkenisse. U ontvangt hier binnenkort meer informatie over.

In het voorjaar breng ik bezoeken aan Oost-Groningen en de kop van Noord-Holland. Ook verwacht ik nog een bezoek in het kader van zorg in krimp- en anticipeerregio's te brengen aan Oost-Drenthe en Zuid-Limburg. Ik heb nog geen signalen ontvangen dat er in andere regio's behoefte is om deze bijeenkomsten te organiseren, maar als ik die krijg, ga ik er naar toe.

Ik zal uw Kamer op de hoogte houden van de uitkomsten van de netwerkbijeenkomsten. Als blijkt dat best practices en nieuwe initiatieven in krimp- of anticipeerregio's worden belemmerd door regels en/of wetten of andere hindernissen ondervinden, dan zal ik actief mee zoeken naar mogelijke oplossingen. Als ik signalen ontvang dat ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45 minutennorm in de problemen raken, zal ik deze signalen doorgeven aan de zorgverzekeraars, die een zorgplicht hebben – waarover verderop in deze brief meer. Het is de taak van de NZa om verzekeraars indien nodig aan te spreken op hun zorgplicht en regierol in de krimp- en anticipeerregio's; ook hier ga ik verderop in deze brief nader op in.

Zeeland

Op 24 februari 2015 heb ik uitgebreid met alle betrokkenen in Zeeland gesproken over de huidige situatie en de uitdagingen voor de toekomst

⁶ Kamerstuk 29 247, nr. 209.

van de gezondheidszorg in Zeeland. In deze bijeenkomst is geconstateerd dat het beter kan en moet. Tijdens de bijeenkomst op 24 februari bleek dat er een gevoel van urgentie is om samen op zoek te gaan naar duurzame oplossingen om de zorg in Zeeland bereikbaar te houden. Vervolgens is op initiatief van zorgverzekeraar CZ de Commissie Toekomstige Zorg Zeeland, onder leiding van de heer Victor Slenter, daarmee aan de slag gegaan.

Op basis van een conferentie met inwoners van Zeeland en verschillende bijeenkomsten met zorgaanbieders is er door de Commissie een toekomstvisie voor de zorg in Zeeland opgesteld en een actieplan voor de realisatie van deze toekomstvisie. Tijdens de bijeenkomst op 7 juli is een presentatie gegeven over de visie, het actieplan «Visie op zorg in Zeeland in 2025» en het vervolg ná deze bijeenkomst. De visie met het actieplan is door alle aanwezige partijen, waaronder vele zorgaanbieders, zorgverzekeraars (naast de initiërende zorgverzekeraar CZ ook verzekeraars Achmea en VGZ) en de provincie Zeeland, onderschreven (zie bijlage)⁷.

De visie is vanuit het perspectief van de Zeeuwse burger geschreven. De zorgvraag van de toekomst en de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn of haar gezondheid zijn het uitgangspunt geweest. Dit heeft geleid tot een visie die de contouren schetst van de toekomstige zorg in Zeeland. Ook bij het uitvoeren van de acties die voortkomen uit de visie zal worden gemonitord of de plannen voldoende aansluiten bij de behoeften van de inwoners. Ook de zorgverzekeraars hebben hierin een belangrijke rol, want zij kunnen namens hun verzekerden keuzes maken over de inkoop van zorg. Samenwerking tussen alle partijen in Zeeland spreekt dan ook uit het plan. Het is een plan van iedereen, wat duidelijk blijkt doordat ieder hier vanuit zijn verantwoordelijkheid en bevoegdheden nader invulling aan zal geven. De toekomstvisie voor de Zeeuwse zorg wordt dan ook breed gedragen en is in lijn met het overheidsbeleid.

Om de stip op de horizon te bereiken moet daarnaast een aantal randvoorwaarden gerealiseerd worden: het inrichten van netwerken rond speciale doelgroepen, één regisseur per patiënt, het maken van inkoopafspraken in lijn met het plan, samenwerking op het gebied van de dagbesteding in GGZ, WMO en Gehandicaptenzorg, financiering van de transitie, en het opzetten van een systeem voor informatieuitwisseling.

In augustus 2015 is de Commissie Toekomstige Zorg Zeeland de ontwerpfase in gegaan, onder leiding van een nieuwe voorzitter, de heer Eeke van der Veen. Er zijn drie werkgroepen samengesteld, waarin de betrokken zorgverleners en vertegenwoordigers van het patiënten/-cliëntenperspectief zitting hebben. Deze werkgroepen hebben het verzoek gekregen om de Commissie te adviseren over het verder uitwerken van de visie van de Commissie met betrekking tot de volgende onderwerpen: integrale zorgcentra, medisch specialistische zorg en IT. Bij de uitwerking dienen zij de andere betrokken partijen, zoals de inwoners, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, gemeenten en provincie goed te betrekken. De uitwerking houdt in het verder concretiseren van de visie, het maken van een financiële business case op hoofdlijnen, evenals nadenken over de wijze van implementatie. De uitgewerkte plannen moeten dit voorjaar worden gepresenteerd.

Eerder deze zomer is er reeds een apart traject van start gegaan met betrekking tot de GGZ, onder leiding van de zorgaanbieders en zorgverzekeraar CZ. Onder meer patiënten- en familieorganisaties worden hierbij

⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

actief betrokken. De Commissie houdt een vinger aan de pols en zorgt voor de samenhang met de andere trajecten.

Moties

Motie Dik-Faber en Bouwmeester over het uitwerken van een definitie van basiszorg

U heeft mij bij motie van de leden Dik-Faber en Bouwmeester over het uitwerken van een definitie van basiszorg verzocht om in overleg met het veld, waaronder zorgverzekeraars, een definitie van basiszorg en een regionale invulling daarvan uit te werken, waarbij het belang van kwaliteit en samenhang van zorg meegenomen moet worden.⁸

Door nader te reguleren wat tot basiszorg behoort, wordt de dynamiek van de zorgsector ondermijnd. Iets wat vandaag tot de basiszorg behoort, kan morgen immers tot zelfzorg behoren; en iets wat nu tot tweede-lijnszorg behoort, kan morgen tot de basiszorg behoren.

Het voorgaande neemt niet weg dat het belangrijk is dat er normen bestaan voor de eerstelijns zorg, met name wat betreft de bereikbaarheid, tijdigheid en beschikbaarheid van deze zorg. Deze normen spelen een rol in het kader van de zorgplicht, die is verankerd in de Zorgverzekeringswet (Zvw). De zorgplicht is de verplichting voor zorgverzekeraars om ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg en desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan – en wettelijk aanspraak op heeft.⁹ Dit betreft niet alleen de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg.¹⁰ De NZa ziet als toezichthouder namens de overheid toe op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

Er bestaat reeds een aantal normen voor de eerstelijnszorg, zoals de maximale reistijd van 15 minuten waarbinnen een huisarts bij een hulpvrager moet kunnen zijn in geval van spoed (veldnorm uit de richtlijn bereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsenzorg). Zoals ik heb aangegeven in mijn brief van 13 juli 2015 met betrekking tot de «Uitkomsten van het tweede deel onderzoek zorginkoop eerste lijn» zal de NZa de komende periode in overleg met het veld en met IGZ en Zorginstituut Nederland onderzoeken in hoeverre aanvullende bruikbare normen voor de eerste lijn zijn vast te stellen.

In het kader van «Het roer moet om» wordt op dit moment het basis kwaliteitsysteem van de huisartsenzorg gemoderniseerd. Veldnormen over de bereikbaarheid kunnen mijns inziens onderdeel uitmaken van dit basis kwaliteitsysteem.

In zijn toezichtkader op de zorgplicht heeft de NZa een aantal randvoorwaarden geformuleerd waar zorgverzekeraars aan moeten voldoen. Ik zal de NZa vragen om het toezichtkader op de zorgplicht te herzien indien partijen met invulling van de normen voor basiszorg komen, en daarbij aandacht te besteden aan het rapport van Marjan Kaljouw «Naar nieuwe Zorg en Zorgberoepen: de contouren» en de concretisering en precisering van deze plannen.

⁸ Kamerstuk 31 016 nr. 82.

⁹ Met zorg wordt hier bedoeld: de zorg en diensten als bedoeld in artikel 11 Zvw.

¹⁰ De inhoud/omvang volgt rechtstreeks uit artikel 11 van de Zvw. Bereikbaarheid/tijdigheid en kwaliteit/veiligheid volgt uit de MvT Zvw, p. 42 t/m 44.

De NZa heeft de afgelopen jaren extra financiële middelen gekregen om zijn toezicht te intensiveren. De criteria voor ingrijpen door de NZa zijn reeds vastgelegd in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Uiteraard zal ik blijven bezien of de criteria en wettelijke kaders voor ingrijpen door de NZa nog voldoen, of aangescherpt moeten worden. Hiermee geef ik invulling aan de motie Dik-Faber en Bouwmeester over het uitwerken van een definitie van basiszorg.

Motie Bruins Slot en Bouwmeester inzake criteria voor het ingrijpen in krimpregio's

Bij motie van de leden Bruins Slot en Bouwmeester heeft u mij tevens verzocht om criteria te ontwikkelen om vanuit mijn stelselverantwoordelijkheid bij zorgverzekeraars te kunnen ingrijpen om zorg in de regio beschikbaar te houden.¹¹ U heeft mij gevraagd om aan te geven wanneer de zorgverzekeraar zijn regierol onvoldoende oppakt. Ik heb hierop reeds gereageerd in mijn brief van 13 juli 2015 met betrekking tot de «Uitkomsten van het tweede deel onderzoek zorginkoop eerste lijn».¹² In die brief heb ik aangegeven dat de NZa de toezichthouder is waaraan het toezicht op zorgverzekeraars is gedelegeerd. Na de exercitie waarin de zorgplicht met betrekking tot de eerste lijn nader van criteria wordt voorzien (zoals ook hierboven genoemd in mijn reactie op de Motie Dik-Faber en Bouwmeester over het uitwerken van een definitie van basiszorg) is ook helder waarop wordt toegezien en op welke gronden wordt ingegrepen door de NZa. Daarmee is de uitvoering van deze motie belegd.

Basiszorg

Dienstapotheken

Indien een patiënt 's avonds, 's nachts of in het weekend farmaceutische zorg nodig heeft (ANZ-zorg), kan dit geleverd worden door zogenaamd ANZ-apotheken. Omdat voor deze zorg vrije tarieven gelden, bestaat er variatie in tarieven tussen apotheken. Met name voor de ANZ-dienstverlening in krimpgebieden worden hoge tarieven gevraagd, omdat hier weinig patiënten gebruik van maken. Deze dienstverlening valt onder het eigen risico. In mijn brief van 29 juni 2015 over het geneesmiddelenbeleid heb ik aangegeven dat ik voor 2016 met een oplossing zou komen voor de relatief hoge kosten voor patiënten.¹³ Zoals aangegeven in de brief «farmaceutische spoedzorg» van 28 oktober 2015 is er voor 2016 voor gekozen om een subsidie in te stellen voor apotheken (in krimpregio's) met een tarief boven de € 45,-.¹⁴ Voor 2017 en verder wordt momenteel onderzocht op welke manier dit probleem structureel kan worden opgelost.

Huisartsenzorg

Zoals aangegeven in de brief curatieve zorg in krimpregio's heb ik de NZa verzocht om een separate prestatietitel aan segment 3 toe te voegen voor krimp. Deze is vormgegeven onder resultaatbeloning en heet «Resultaatbeloning stimulering huisartsenzorg in krimpregio's». De deelprestatie biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders ruimte om aanvullende vergoedingsafspraken te maken voor bereikbaarheid en toegankelijkheid van huisartsenzorg in krimpgebieden. De prestatie heeft een vrij tarief en

¹¹ Kamerstuk 31 016, nr. 86.

¹² Kamerstuk 29 689, nr. 641.

¹³ Kamerstuk 29 477, nr. 334.

¹⁴ Kamerstuk 29 477, nr. 351.

de overeen te komen declaratie-eenheid is ook vrij. Deze prestatie biedt dus alle ruimte voor lokaal maatwerk. Sinds 1 januari 2016 kan er van deze prestatietitel gebruik worden gemaakt.

NIVEL monitor

Zoals aangegeven in de brief «Curatieve zorg in krimpregio's» heb ik het NIVEL gevraagd om jaarlijks te monitoren of het aanbod van eerstelijnszorg beantwoordt aan de lokale vraag naar zorg in de krimp- en anticipeerregio's. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van bestaande databases van het NIVEL over het gebruik van huisartsenzorg en huisartsenposten, en het aanbod van huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten. De monitor maakt ook gebruik van VEKTIS-gegevens. Bij brief van 26 mei 2015 heeft uw Kamer het rapport over deze monitor ontvangen.¹⁵

Deze monitor is in 2015 opgezet als pilot. Het NIVEL is in gesprek met de beoogde gebruikers van deze monitor om te bepalen of de monitor aan hun wensen voldoet en welke informatiebehoeften de gebruikers mogelijk nog meer hebben. Mede op basis hiervan wordt de structurele monitor verder vorm gegeven. Deze monitor wordt toegankelijk gemaakt via een openbare website van het NIVEL waar regio's op een laagdrempelige manier de benodigde informatie kunnen raadplegen en die hen verschillende benchmarkmogelijkheden biedt om hun zorgbeleid vorm te geven. Van deze website is momenteel een eerste prototype ontwikkeld. Hiernaast verkent het NIVEL aanvullende databases die landelijk dekkend, betrouwbaar, duurzaam en voldoende uitsplitsbaar zijn naar de krimp- en anticipeerregio's en gemeenten.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

¹⁵ Kamerstuk 33 578, nr.15.