

Vergaderjaar 2018–2019

27 295

Positionering algemene ziekenhuizen

29 247

Acute zorg

Nr. 171

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 januari 2019

Hierbij informeer ik u graag over de stand van zaken en het vervolg van het proces met betrekking tot de totstandkoming van het kwaliteitskader spoedzorgketen. Ook zal ik in deze brief een reactie geven op de gewijzigde motie Van den Berg-Kerstens (Kamerstuk 27 295, nr. 167).

Kwaliteitskader spoedzorgketen

Op 1 mei 2015 heeft een eerste bijeenkomst plaatsgevonden van vertegenwoordigers van de bij de spoedzorg betrokken partijen. Tijdens deze bijeenkomst hebben zij vastgesteld dat er belemmeringen waren die een patiëntgerichte, effectieve, veilige, tijdige, efficiënte, toegankelijk en beschikbare organisatie van de spoedzorg in de weg stonden, en hebben zij het belang van het gezamenlijk opstellen van een kwaliteitskader spoedzorgketen onderstreept. Zij gaven aan dat een goede samenwerking tussen ketenpartners cruciaal is. Het belang van de patiënt moet daarbij steeds centraal staan, met als doel om de patiënt binnen een zo kort mogelijke tijd verantwoorde zorg te leveren om mogelijk permanente schade te voorkomen. Ook constateerden de partijen dat de spoedzorg te weinig vanuit de inhoud en te veel vanuit belangen is georganiseerd. Zij concludeerden dat patiënten en zorgprofessionals meer bij de zorgpaden (de weg die een spoedzorgpatiënt aflegt vanaf de eerste klacht tot aan de uitstroom uit de acute zorg) moeten worden betrokken, en dat het voor een snel en soepel zorgpad van de patiënt noodzakelijk is dat ook de overdracht van informatie goed is geregeld.

De betrokken partijen hebben tijdens het traject om te komen tot het kwaliteitskader spoedzorgketen primair dan ook de volgende uitgangspunten en ambities voor ogen gehad:

- 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.

In januari 2018 hebben de bij de spoedzorg betrokken organisaties¹ het kwaliteitskader spoedzorgketen in *concept* aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) aangeboden. Dit concept kwaliteitskader spoedzorgketen 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.

Bij de aanbidding van het *concept* kwaliteitskader spoedzorgketen 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.

Het Zorginstituut heeft eerst de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (de Inspectie) gevraagd de handhaafbaarheid van het kwaliteitskader te toetsen. De Inspectie heeft geoordeeld dat het huidige kader niet volledig handhaafbaar is, waarop het Zorginstituut de veldpartijen heeft gevraagd het kwaliteitskader aan te passen. Na aanpassing heeft het Zorginstituut het kwaliteitskader aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voorgelegd, voor het uitvoeren van de «Budget Impact Analyse» of «BIA». Hierbij stuur ik u ter informatie deze BIA toe³.

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 Hoofdpijnenakkoorden.

Begin februari zullen de 11 partijen die het kwaliteitskader spoedzorgketen hebben opgesteld onder voorzitterschap van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) met elkaar overleggen over de inhoud van de BIA. Na dit overleg zal het LNAZ namens de partijen het concept kwaliteitskader desgewenst aanpassen.

Per norm kunnen de partijen kiezen voor één van de volgende mogelijkheden:

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.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

- De norm wordt gehandhaafd, maar de implementatietermijn wordt langer;
- De norm wordt aangepast; of
- De norm wordt afgeschaft.

Het LNAZ zal het definitieve kwaliteitskader binnen 3 maanden toezenden aan het Zorginstituut.

Zoals u weet is een wetswijziging voorbereid om politieke besluitvorming mogelijk te maken voor kwaliteitsstandaarden met risico op substantiële financiële gevolgen. Er wordt naar gestreefd deze Wet Financiële toetsing kwaliteitsstandaarden in januari 2020 in werking te laten treden.

Aangezien dit wetsvoorstel nog niet in werking is getreden, is dit niet van toepassing op het kwaliteitskader spoedzorgketen. Na de definitieve aanbieding van het kwaliteitskader aan het Zorginstituut, zal het Zorginstituut dit kwaliteitskader procedureel toetsen. Indien het kwaliteitskader aan de voorwaarden voor opname in het register voldoet, zal het Zorginstituut hiertoe vervolgens overgaan.

Zodra een kwaliteitsstandaard door het Zorginstituut wordt opgenomen in het register van het Zorginstituut, is deze standaard juridisch geborgd en bindend. De veldpartijen moeten 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. De NZa heeft de wettelijke taak om, voor zover er geen sprake is van vrije tarieven, de tarieven zo vast te stellen dat aan deze verplichtingen kan worden voldaan; de tarieven moeten redelijkerwijs kostendekkend zijn.

Motie Van den Berg-Kerstens

Op 7 september 2018 heb ik een brief aan uw Kamer gestuurd (Kamerstuk 27 295, nr. 168) met een reactie op een aantal door de Kamer aangenomen moties en toezeggingen van mijn kant met betrekking tot (onder meer) kwaliteitskaders in het algemeen, en het kwaliteitskader spoedzorgketen in het bijzonder. Eén van de moties waarop ik heb gereageerd was de gewijzigde motie Van den Berg-Kerstens (Kamerstukken 27 295 en 29 247, nr.167) waarin de Kamer de regering verzoekt om er zorg voor te dragen dat, bij het opstellen en beoordelen van het kwaliteitskader spoedzorg(keten), «ook een (leefbaarheids)analyse wordt uitgevoerd waarbij gekeken wordt naar de effecten op de keten zodat de belangen van burgers op het punt van behoud van leefbaarheid van de regio worden meegenomen». In de overwegingen zijn zorgen geuit dat de normen uit het (concept) kwaliteitskader spoedzorgketen grote impact kunnen hebben op regionale ziekenhuizen, alsmede op de keten (eerste en anderhalvelijns zorg, en ook andere tweedelijns locaties).

In mijn brief van 7 september 2018 heb ik u onder meer het volgende laten weten. Kwaliteitskaders, zoals het kwaliteitskader spoedzorgketen, moeten tripartiet door vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zorgverzekeraars én patiënten worden ontwikkeld en ingediend bij het Zorginstituut.

Wat de zorgaanbieders betreft worden niet alleen zorgaanbieders uit stedelijke gebieden en de grote topklinische instellingen vertegenwoordigd, maar ook zorgaanbieders uit dunbevolkte gebieden en kleine basisziekenhuizen. Het Zorginstituut eist namelijk de betrokkenheid van de relevante landelijk werkende koepels, brancheorganisaties en wetenschappelijke verenigingen bij de ontwikkeling en indiening van kwaliteits-

standaarden.⁴ Deze landelijke koepels vertegenwoordigen zowel zorgaanbieders uit stedelijke gebieden als die uit dunbevolkte gebieden en zowel grote topklinische instellingen als kleine basisziekenhuizen. Bij aanbidding van een kwaliteitsstandaard toetst het Zorginstituut of de partijen die deze standaard aanbieden inderdaad de voor het onderhavige onderwerp relevante partijen zijn. Indien de relevante landelijk werkende koepels / brancheorganisaties de indiening van een kwaliteitsstandaard onderschrijven, gaat het Zorginstituut ervan uit dat aanbieders uit alle geledingen en delen van het land inbreng hebben gehad en dat hun belangen voldoende zijn afgewogen. Vanwege deze eisen met betrekking tot de tripartiete ontwikkeling en aanbidding van kwaliteitskaders hebben de belangen van burgers en ook zorgaanbieders uit de regio reeds een belangrijke rol bij de totstandkoming van het kwaliteitskader spoedzorgketen.

In reactie op de gewijzigde motie Van den Berg-Kerstens (Kamerstuk 27 295, nr. 167) heb ik aangegeven dat ik, om één en ander duidelijker te bestendigen, in aanvulling daarop het Zorginstituut heb verzocht zich ervan te verzekeren dat partijen bij het opstellen van het kwaliteitskader spoedzorgketen voldoende aandacht besteden c.q. hebben besteed aan de effecten van dit kwaliteitskader op de kwaliteit en de toegankelijkheid (waaronder: de bereikbaarheid) van de zorg in de regio's, inclusief de afweging tussen kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

Het Zorginstituut heeft mij inmiddels laten weten dat het uitgangspunt van de elf landelijke partijen bij het opstellen van het kwaliteitskader Spoedzorgketen «de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats» was, met andere woorden: dichtbij als het kan, verder weg als het beter is voor de patiënt.

«In een twintigtal regionale bijeenkomsten is door vertegenwoordigers van alle betrokken partijen, inclusief de zorgverzekeraars en vertegenwoordigers vanuit de regionale zorgbelangorganisaties, het zorgpad van de patiënt met een acute vraag in de keten doorlopen. Veel aandacht is besteed aan de toegang tot de acute zorg, maar tegelijkertijd realiseren betrokkenen zich dat het aanbod van de lokale/regionale spoedzorg van voldoende kwaliteit moet zijn.

De participatie van verzekeraars en patiënten naast die van de professionele zorgaanbieders heeft ervoor gezorgd dat de gemaakte afwegingen tussen kwaliteit en toegankelijkheid kan rekenen op draagvlak. Gezien het proces van totstandkoming en de regionale betrokkenheid van partijen bij het kwaliteitskader Spoedzorgketen zijn we er van overtuigd dat partijen voldoende aandacht hebben besteed aan de effecten van dit kwaliteitskader in de regio. Overigens voert de NZa op dit moment een budget impact analyse (BIA) uit naar de beschikbaarheid van mensen en middelen bij de implementatie van de verscherpte kwaliteitseisen die in het kwaliteitskader zijn opgenomen voor de SEH», aldus het Zorginstituut.

De BIA van de NZa maakt duidelijk dat, zoals ik ook in mijn Kamerbrief van 12 juni 2018 (Kamerstuk 27 295, nr. 166) heb aangegeven, de drie publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg met elkaar samenhangen. Alle drie deze belangen moeten in de zorg worden geborgd. Naar aanleiding van deze BIA heb ik de partijen die betrokken zijn bij de totstandkoming van het kwaliteitskader spoedzorgketen dan ook per brief gewezen op de gewijzigde motie Van den Berg-Kerstens (Kamerstuk 27 295, nr. 167), en hen verzocht om in het vervolg van dit traject alle publieke belangen goed af te wegen.

⁴ Zie https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Documents/Leeswijzer-Hoe_betrekt_u_uw_koepel-brancheorganisatie.pdf (m.n. pagina 4).

Ik zal u uiteraard op de hoogte houden van het vervolg van het traject met betrekking tot de totstandkoming van het kwaliteitskader spoedzorgketen.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins