

Vergaderjaar 1999–2000

27 295

Positionering algemene ziekenhuizen

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 september 2000

Met genoegen presenteer ik U de nota «Positionering algemene ziekenhuizen».

Deze nota is een uitvloeisel van het overleg dat gevoerd is in het kader van de aan het begin van deze kabinetsperiode gemaakte meerjarenafspraken (MJA).

De NVZ vereniging van ziekenhuizen was – hoewel men con amore meewerkte aan de totstandkoming van de MJA – niet echt tevreden met de positie die men, vooral in financieel opzicht, innam in het totaal van de afspraken in het Regeerakkoord. Dit gold ook voor de verdeling van de intensiveringsmiddelen die voor de sector beschikbaar waren gesteld. Men achtte het wenselijk om te bezien of wij gezamenlijk konden komen tot een formulering van de huidige en – korte termijn – positionering van de ziekenhuissector. Ik heb deze «uitdaging» graag aanvaard. Direct daarna meldde de Orde van Medisch Specialisten (Orde) dat men zich gaarne bij deze activiteit zou aansluiten. Ook hierop ben ik natuurlijk ingegaan.

De nota positionering is geschreven binnen de context van het huidige regeerakkoord en focust op de ingrijpende trends en ontwikkelingen welke zich thans binnen de ziekenhuiszorg voordoen. In die zin sluit deze nota positionering ziekenhuizen aan bij de nota positionering academische ziekenhuizen die 2 november 1998 aan u is voorgelegd. De nota is met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en met de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ) besproken. ZN tekent aan met de nota te kunnen instemmen als het gaat om de korte termijn, maar dat nog onvoldoende rekening is gehouden met de beoogde veranderingen in de sturing en beoogde rol van verzekeraars in het 2e compartiment. Ik verwijs hiervoor ook naar de laatste alinea van deze brief. De VAZ kan zich verenigen met de hoofdlijnen van de nota. Dit geldt ook voor de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging.

De nota geeft een beeld van de verschillende facetten van de heden-daagse ontwikkelingen met betrekking tot de ziekenhuizen. Naar mijn oordeel kan hier nog wel aan worden toegevoegd een verkenning en uitwerking van de rol die ziekenhuizen zouden kunnen vervullen op het terrein van preventie en gezondheidsbevordering.

Tezamen biedt dit een lijst van actuele punten die de beleidsagenda dienen te vullen.

Die punten zullen ook de rest van deze regeerperiode de nodige aandacht moeten krijgen. Ik heb inmiddels opdracht gegeven om in overleg met betrokken partijen te komen tot een uitgewerkt actieprogramma annex planning van alle te nemen stappen. Ik denk dat daarmee een goede basis is gelegd voor een verdere uitbouw van de positie van de algemene ziekenhuizen in ons land.

In hoofdstuk 5 van de nota wordt op het nog bij Uw Kamer in te dienen voorstel van Wet Exploitatie Zorgvoorzieningen (WEZ) en eventueel daarbij in te dienen amvb's vooruitgelopen. Het in dit hoofdstuk geschetste perspectief moet dan ook in dat licht als voorwaardelijk worden beschouwd.

In aansluiting op de nota heb ik de behoefte om op twee onderwerpen nader in te gaan die mijn bijzondere aandacht hebben; de positie van de kleine ziekenhuizen en de lange wachttijden in de ziekenhuiszorg.

De positie van de kleine ziekenhuizen

Bij motie (TK 26 800 XVI, nr. 82) van lid Buijs c.s. – door mij onderschreven en kamerbreed aangenomen – naar aanleiding van de fusies van ziekenhuisvoorzieningen zijn dit voorjaar de uitgangspunten voor het toekomstige ziekenhuisbeleid nog eens aangegeven: een goede bereikbaarheid van algemene ziekenhuisvoorzieningen voor alle burgers en een goede samenwerking en samenhang tussen ziekenhuisvoorzieningen en andere intra- en extramurale voorzieningen, in het kader van de zorgketenbenadering.

Uw Kamer verzocht in genoemde motie de regering om het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) een uitvoeringstoets te vragen ter voorbereiding op beleidsregels voor voorgenomen fusies van ziekenhuizen en voorts om de zogenoemde «fusiebonus» af te schaffen. Hierover het volgende.

Ik heb inmiddels aan het eerste verzoek van uw Kamer voldaan en het CBZ een uitvoeringstoets laten doen over de vraag op welke wijze mijn beleid met betrekking tot de gewenste ziekenhuisspreiding in bouwkundige zin kan worden gefaciliteerd.

Als bijlage heb ik voor u ter kennisneming – vooruitlopend op een formele bekrachtiging door het CBZ op 2 oktober a.s. – een eerste rapportage op hoofdlijnen inzake gewenste ziekenhuisspreiding bijgevoegd¹.

Het CBZ concludeert dat de fusietendens in de ziekenhuissector voorts nog niet heeft geleid tot een corresponderende vermindering van het aantal ziekenhuislocaties. Ik acht dat een verheugende conclusie en een goed startpunt voor een beleid gericht op het behoud van een goede spreiding van ziekenhuizen in ons land.

Voor hooggespecialiseerde en intensieve ziekenhuiszorg is gezien de hoge kosten en de schaarse deskundigheid een efficiënte inzet van personeel en middelen een eerste vereiste. Door de snelle ontwikkeling van met name de hoogtechnologische zorg is in de ziekenhuissector de nadruk sterk komen te liggen op concentratie hiervan. Die concentratie moet ook. Echter die hoogtechnologische zorg betreft slechts een deel van de zorg, en gerelateerd aan het aantal patiënten zelfs maar een heel klein deel.

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

Voor de gewone, alledaagse zorg is en blijft een goede bereikbaarheid een vereiste. Een goede spreiding van het algemene ziekenhuisaanbod is dus minstens zo belangrijk als de concentratie van gespecialiseerde zorg.

Ik wil in dit verband dan ook een onderscheid maken en spreken over «centrale ziekenhuizen» en «decentrale ziekenhuizen». In het decentrale ziekenhuis gaat het in eerste instantie om een patiëntgerichte, klantvriendelijke en goed bereikbare service en een snelle diagnostiek en behandeling van «gewone» klachten. Voor 80 tot 90% van alle klachten waarvoor de huisarts verwijst, moet de patiënt hier terecht kunnen. Het centrale ziekenhuis biedt daarnaast vooral de kostbare, bijzondere en intensieve zorg en de daarbij behorende technische hoogstandjes. Dat het centrale en decentrale ziekenhuis nauw moeten samenwerken en daartoe vaak besluiten samen te gaan in een organisatorisch verband is een goede zaak, maar niet strikt noodzakelijk.

Ook het decentrale ziekenhuis – al dan niet gefuseerd maar in ieder geval wel in een nauw afstemmings- of samenwerkingsverband met een centraal ziekenhuis – heeft te maken met snelle veranderingen die van invloed zijn op de opzet van het ziekenhuis. De ziekenhuizen in Kampen, Veenendaal, Sliedrecht en Velsen zijn daarvan een goed voorbeeld. Met de moderne informatie- en communicatiemiddelen en de sterk toegenomen mogelijkheden om zorg in dagverpleging of poliklinisch te verlenen, verschuift het accent van kliniek naar polikliniek en naar een goede aansluiting met de eerste lijnszorg (versterking van de as medisch specialist – huisarts), thuiszorg en verpleeghuiszorg. Het nieuwe ziekenhuisconcept moet steeds – daar waar het wordt ontwikkeld – vanuit de organisatie zeer zorgvuldig worden voorbereid en begeleid om te waarborgen dat ook degenen die van het ziekenhuis gebruik maken of ermee samenwerken, zich in die veranderingen kunnen vinden.

Na ontvangst – in definitieve vorm – van de eerste rapportage op hoofdlijnen van het CBZ inzake gewenste ziekenhuisspreiding zal ik het College verzoeken over te gaan tot nadere uitwerking van de rapportage. Daarbij wil ik de nadruk leggen op een analyse van de mogelijkheden om bestaande bouwmaatstaven, investeringsrichtlijnen, beleidsregels en overige regelgeving te schrappen of aan te passen om het proces van modernisering van de (particulier georganiseerde) ziekenhuissector te faciliteren.

In de bovengenoemde motie naar aanleiding van de fusies van ziekenhuisvoorzieningen wordt de regering ook verzocht de zogenaamde «fusiebonus» af te schaffen. Hierover het volgende.

Het verband «Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen» waarin een aantal minder grote ziekenhuizen zich heeft verenigd, heeft mij ook over deze beleidsregel benaderd.

Het betreft in feite een aantal beleidsregels die bij schaalvergroting tezamen zorgen voor een cumulatief effect. In die beleidsregels wordt uitgegaan van een indeling van de algemene ziekenhuizen in groepen op basis van het aantal bedden of het functieniveau. Afhankelijk van het aantal bedden of gewogen specialistenplaatsen worden de ziekenhuizen geïnclassificeerd. Ter illustratie: de bedragen die ziekenhuizen uit de groep van ziekenhuizen met het grootste aantal specialistenplaatsen (meer dan 80 fte's) ontvangen voor opnamen, verpleegdagen, polikliniekbezoeken en dagverpleging, liggen circa 15% hoger dan de bedragen voor de groep van de kleinste ziekenhuizen (minder dan 25 fte's).

Ik ben het in principe eens met de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen die mij hebben bericht dat de bekostigingssystematiek in de ziekenhuizen thans nadelig uitpakt voor de minder grote ziekenhuizen. Het

vroegere verschil in zorgzwaarte tussen grote en minder grote ziekenhuizen blijkt volgens een onderzoek van Prismant niet langer meer in alle facetten aanwezig. Hoewel over de mate van gelijkheid en verschil de meningen niet eensluidend zijn, acht ik een aanpassing in de beleidsregel leidend tot een beperking van de bandbreedte op zijn plaats. Anderzijds hebben ziekenhuisorganisaties die uit meerdere locaties bestaan, veelal te maken met bijzondere kosten (kosten voor interklinisch vervoer, reis- en transportkosten, extra overhead etc.). Ik vind dat zorgverzekeraars de mogelijkheid moeten krijgen om daarover met die ziekenhuizen goede afspraken te maken, gericht op bekostiging, kwaliteit en looptijd van de afspraken. De hiermee gemoeide geldmiddelen dienen echter uitsluitend ter dekking van onkosten als gevolg van bilocatie en mogen niet het karakter hebben van een «bonus».

Het College Tarieven Gezondheidszorg onderzoekt op mijn verzoek op dit moment de mogelijkheid de huidige FB-systematiek per 1 januari 2001 aan te passen vooruitlopend op een meer omvangrijke aanpassing in 2003. Ik zal het College in aanvulling hierop verzoeken om bij die aanpassing ook de beleidsregels op beide genoemde onderdelen te bezien en waar nodig aan te passen.

De lange wachttijden in de ziekenhuiszorg

In hoofdstuk 8 van de Nota positionering algemene ziekenhuizen zijn al de nodige gezamenlijke lijnen aangegeven om de wachttijdenproblematiek aan te pakken. Deze sluiten aan op het plan van aanpak van het Platform aanpak wachttijden.

Toch wil ik vanuit mijn verantwoordelijkheid het volgende nog eens benadrukken.

In ons land heeft de burger aanspraak op zorg. In de afgelopen jaren is onder meer door stringente kostenbeheersing de spanning tussen vraag en aanbod in cure en in care geleidelijk opgelopen tot een niveau dat de grenzen van aanvaardbaarheid heeft bereikt.

Op zich is kostenbeheersing – verankerd in onze wetgeving – een legitiem doel zolang de spanning tussen vraag en aanbod niet te groot wordt. Echter binnen een te strak beheersingskader zal door de toenemende vraag de spanning blijven groeien. Vooruitlopend op een wijziging van ons stelsel voor de zorg die voor de volgende kabinetsperiode wordt voorzien en waarin dit mechanisme uitdrukkelijk op de agenda moet komen, zitten we thans in een overgangsfase waarin langs meerdere wegen de wachttijdproblematiek moet worden aangepakt.

Allereerst staat inmiddels het «aanvalsplan wachtlijsten» in de steigers en het kan op korte termijn van start gaan. Daarmee wordt voortgebouwd op het gezamenlijk initiatief van PvdA en VNO-NCW «Wachtlijsten de wacht aangezegd» dat in maart van dit jaar door de heer van der Plank (VNO/NCW) en uw lid Oudkerk werd gepresenteerd.

Daarnaast zijn er dit jaar en ook voor volgend jaar aanzienlijke middelen beschikbaar om een structurele groei in de productie mogelijk te maken. De reeds beschikbare wachtlijstmiddelen zijn namelijk niet langer incidenteel, maar zijn structureel geworden. Die gelden wil ik op een andere wijze inzetten dan in het verleden gebruikelijk was.

Daarbij gaat het mij om het volgende. De patiënt is in ons land verzekerd voor ziekenhuiszorg en heeft recht op verzilvering van zijn aanspraak op zorg. Zijn verzekeraar is daarvoor verantwoordelijk en dient voldoende zorg te contracteren. Verzekeraars en aanbieders hebben (in Treekverband) inmiddels aanvaardbare wachttijden vastgesteld voor de levering van ziekenhuiszorg. Ik beschouw dit als een uiterst belangrijke stap. Aan de verzekeraars zal ik vragen op welke termijn zij denken dat de wachttijden binnen deze aanvaardbare grenzen kunnen komen. Ik stel mij voor

dat dit de komende maanden wordt uitgewerkt op basis van een concrete inventarisatie per regio. Wat zijn de concrete knelpunten, welke mogelijkheden zijn er om deze op te lossen, binnen welke termijn en onder welke eventuele nadere randvoorwaarden. Ik ga er dus vanuit dat het aan de verzekeraars is ervoor te zorgen dat voldoende zorg wordt afgesproken en om vervolgens op de realisering toe te zien.

Bij de inzet van de genoemde financiële middelen wil ik aan dit principe recht doen. Verzekeraars krijgen het voortouw bij de aanwending van de beschikbaar gestelde middelen. De middelen worden niet zonder meer toegevoegd aan het ziekenhuisbudget. Verzekeraars contracteren lokaal met ziekenhuizen de naar hun oordeel noodzakelijke zorg. En de ziekenhuizen worden vervolgens afgerekend op basis van de daadwerkelijk geleverde prestaties. Dit is immers wat uw Kamer en ik als gewenste beleidslijn zijn overeengekomen. In de komende periode zal ik met verzekeraars, de NVZ en Orde en het College tarieven gezondheidszorg een verdere uitwerking geven aan dit principe. Over de resultaten zal ik u informeren.

Tenslotte. Het ziekenhuisdossier kent uiteraard nog een aantal andere belangrijke onderwerpen, samen te vatten onder het begrip «Modernisering curatieve zorg». Het gaat hier ook om de dossiers met een langere doorlooptijd zoals de verzekeraarsbudgettering en de implementatie van de beoogde rol van verzekeraars in het 2e compartiment, de vorming van diagnose-behandeling-combinaties en productprijzen, de stap voor stap afschaffing van de dubbele budgettering, de verdere introductie van geregleerde marktwerking, kostenbeheersing en doelmatigheidsbevordering binnen de beoogde verhoudingen, ziekenhuizen als maatschappelijke ondernemingen, kortom de sturing in het 2e verzekeringscompartiment. Juist in de afgelopen maanden zijn deze mede vanuit het dossier van de wachttijden in een stroomversnelling gekomen. Op diverse onderdelen bent u hierover het afgelopen jaar geïnformeerd. (Bestuurlijke vormgeving 2e compartiment gezondheidszorg d.d. 29 april 1999 en brief aan het Ctg, over de bekostiging van de ziekenhuiszorg d.d. 16 maart 2000). Maar wij onderkennen de noodzaak om een en ander nog eens nadrukkelijk in samenhang en voorzien van een plan van aanpak aan u voor te leggen. Dat betekent overigens ook dat de actiepunten welke uit de Nota positionering algemene ziekenhuizen voortvloeien in dit kader geplaatst zullen worden. U kunt een notitie hierover voor het einde van het jaar tegemoet zien.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers