

Vergaderjaar 2003–2004

**29 247**

**Acute zorg**

**Nr. 1**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 oktober 2003

In het Hoofdlijnenakkoord van het Kabinet wordt geconstateerd dat de centrale aanbodsturing van de zorgsector is vastgelopen en dat zo snel als verantwoord is de overgang naar gereguleerde marktwerking moet plaatsvinden zodat de wensen van de zorgvragers beter aan bod komen. Deze overgang zal deelmarktgewijs plaatsvinden. De eigen verantwoordelijkheid en het initiatief van veldpartijen moeten voorop komen te staan. De overheid blijft de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid bewaken.

Tegen de achtergrond van bovenstaande hoofdlijnen van beleid, treft u bijgaand aan een visie op de sturing en organisatie van de deelmarkt acute zorg.

Deze visie fungeert als kader voor de recent verstuurde brief inzake het bereikbare ziekenhuis, de bijgevoegde brief inzake de ambulancezorg alsmede voor het onderdeel acute zorg in de brief over de eerstelijnsgezondheidszorg die u medio november zal ontvangen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst

# BELEIDSVISIE ACUTE ZORG

## 1. Inleiding en samenvatting

In het Hoofdlijnenakkoord van het Kabinet wordt geconstateerd dat de centrale aanbodssturing van de zorgsector is vastgelopen en dat zo snel als verantwoord is de overgang naar gereguleerde marktwerking moet plaatsvinden zodat de wensen van de zorgvragers beter aan bod komen. Deze overgang zal deelmarktgewijs plaatsvinden. De eigen verantwoordelijkheid en initiatief van veldpartijen moeten voorop komen te staan. De overheid blijft de hoedster van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Deze nota is bedoeld om tegen de achtergrond van bovenstaande hoofdlijnen van beleid, een visie te geven op de sturing en organisatie van de acute zorg. De acute zorg heeft betrekking op alle vormen van curatief-medische zorg die niet uitstelbaar zijn omdat uitstel van de zorg tot een levensbedreigende situatie leidt of directe schade voor de gezondheid van een patiënt betekent. Daarom moet de acute zorg altijd en snel beschikbaar zijn.

Hoofdstuk 2 van deze nota beschrijft de acute zorg als een keten waarvan de belangrijkste schakels zijn: huisartsen, verloskundige hulpverleners, ambulancediensten, ziekenhuizen en GGZ instellingen. Er worden punten genoemd waarop het functioneren van de keten kan worden verbeterd. Het gaat daarbij zowel om het functioneren van de schakels zelf als om de afstemming tussen de schakels.

Hoofdstuk 3 gaat in op de specifieke karakteristieken van de acute zorg als die als een «markt» wordt gezien. De conclusie is dat vanwege die karakteristieken, de mogelijkheden voor concurrentie tussen alternatieve aanbieders en vrije onderhandelingen tussen aanbieders en zorgverzekeraars op dit deel van de zorg beduidend minder groot zijn dan (vermoedelijk) voor de electieve zorg het geval zal zijn. In ieder geval zullen in de lopende kabinetsperiode de prestaties in deze deelsector nog in hoge mate afhankelijk zijn van goede samenwerking in de regio's en sturing door de overheid. Voor de langere termijn lijken er wel mogelijkheden te zijn voor het toepassen van vormen van maatstafconcurrentie. Die mogelijkheden zullen duidelijker worden naarmate de concurrentie bij de electieve zorg zich meer ontwikkelt. Voor de toepassing van concurrentie op beide deelmarkten is de aanwezigheid van een volwaardige zorgautoriteit overigens een *conditio sine qua non*.

Hoofdstuk 4 beschrijft de rol van alle partijen die bij de acute zorg betrokken zijn; dus naast de zorgverleners ook de zorgverzekeraars en overheden. In dat verband geef ik aan op welke punten ik het beleid wil bijstellen. Belangrijke invalshoeken daarbij zijn het bevorderen van de regionale samenhang en het versterken van doelmatigheidsprikkel. Wat de samenhang betreft gaat het vooral om het duidelijker verdelen van verantwoordelijkheden en het hanteren van eenduidige afspraken over triage en patiëntenlogistiek. Bij de doelmatigheid staat het zichtbaar maken van prestaties centraal. Er worden benchmark-pilots gestart. Ook zal op de korte termijn de DBC-systematiek worden toegepast op de verlening van spoedeisende hulp in ziekenhuizen. Hierdoor ontstaat meer inzicht in de relatieve prestaties op dit terrein. Het is bovendien een noodzakelijke stap voor toepassing van maatstafconcurrentie op de wat langere termijn.

In hoofdstuk 5 benadruk ik dat zorgverzekeraars op het terrein van de acute zorgverlening over belangrijke verantwoordelijkheden en instrumenten beschikken, ondanks dat de toepassingsmogelijkheden van gereguleerde concurrentie op deze deelmarkt beperkter zijn dan op andere deelmarkten.

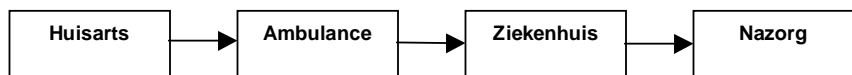
Deze nota fungeert als kapstok voor het acute zorg beleid in de toekomst. Een deelnota over bereikbare ziekenhuiszorg, met daarin oplossingen voor de problemen bij kleine ziekenhuizen<sup>1</sup>, heeft u inmiddels ontvangen. Binnen afzienbare tijd zullen ook nog brieven volgen over de sturing en de organisatie van de ambulancezorg en de (acute) zorg in de eerste lijn.

Voor het realiseren van de ideeën in deze nota reken ik op de betrokkenheid en medewerking van veldpartijen. In het land vinden overigens al tal van uitstekende initiatieven plaats die aantonen dat, in lijn met deze nota, de vereiste verbeteringen in de acute zorg mogelijk zijn.

## 2. Acute zorg is een keten

Acute zorg wordt geleverd door huisartsen, verloskundige hulpverleners, centrale ambulance posten (CPA)/ambulancediensten, spoedeisende eerste hulp (SEH)afdelingen van ziekenhuizen en traumacentra met hun mobiele medische teams.

**Figuur 1. Keten van de acute zorg**



Een kwalitatief goede acute zorgverlening vereist naast een goed functioneren van de afzonderlijke schakels ook een goede afstemming tussen de schakels. Een nuancering bij de figuur is op zijn plaats. Het is niet zo dat iedere patiënt steeds alle schakels van de keten doorloopt. De huisarts komt vaak niet in beeld als het gaat om hulp bij ongevallen. Ook de schakel ambulancezorg wordt overgeslagen in de gevallen waarin patiënten rechtstreeks naar de SEH van het ziekenhuis gaan.

Het blokje nazorg is in de figuur opgenomen om aan te geven dat iemand eerst een «acuut geval» kan zijn en daarna een reguliere electieve behandeling ondergaat. Dat bepaalde voorzieningen zowel voor acute als voor electieve zorg worden gebruikt – zoals bij de ziekenhuizen – zal in het vervolg van deze nota een belangrijke notie blijken.

Ook de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kent vormen van acute zorg. Als dat gepaard gaat met gedwongen opname zijn ook nog andere schakels van belang, die niet in de figuur zijn weergegeven (burgemeester, rechter).

Ondanks deze relativeringen kan de acute zorg niettemin in zeer veel gevallen worden gezien als een keten van zorgverleners. De kwaliteit van de acute zorgverlening is dan ook in belangrijke mate afhankelijk van een goede afstemming tussen de schakels van die keten.

### 2.1 Huidige situatie

#### *Huisartsenzorg*

De ruim 7300 huisartsen verzorgen in Nederland de basis gezondheidszorg op een, voor Europa, unieke manier. De huisarts neemt het leeuwendeel van de eerstelijns gezondheidszorg voor zijn/haar rekening. Daarnaast fungeert de huisarts als poortwachter voor de toegang tot de eerste en tweedelijns gezondheidszorg door middel van verwijzingen. Zorgverzekeraars zijn risicodragend voor de inkoop van huisartsenzorg. Zij contracteren huisartsenzorg inclusief de acute medische zorg; die maakt integraal onderdeel uit van het basistakenpakket van de huisarts. De huisartsen ontvangen voor ziekenfondspatiënten een abonnementstarief en leveren op basis hiervan zorg in natura. Voor niet ziekenfondsverzekerden

<sup>1</sup> Beleidsstandpunt bereikbare ziekenhuiszorg d.d. 26 september 2003.

geldt een declaratiesysteem op basis van consulten. Voor de Avond-, Nacht- en Weekenddiensten (ANW-diensten) zijn aparte regionale stichtingen opgericht, die enerzijds de regionale huisartsen inhuren en anderzijds een contract sluiten met de zorgverzekeraars. De ANW-dienstenstructuur is middels een aparte AMvB geregeld. De spreiding van de huisartsenposten is niet door sturing door de overheid maar door initiatief vanuit het veld ontstaan.

### *Ambulancezorg*

In Nederland rijden ongeveer 640 ambulances, die met elkaar ruim 800 000 ritten verzorgen.

De (dominante) verzekeraar en de ZN-regiovertegenwoordiger onderhandelen jaarlijks met ambulancediensten en CPA'en over de te leveren diensten. De ambulancezorg is de laatste jaren uitvoerig onderzocht en onderling vergeleken. Op basis van de huidige wetgeving kent de relatief kleine sector veel (mede)stuurders. Provincies stellen spreidingsplannen op, CPA's stellen paraatheidsplannen op, Zorgverzekeraars contracteren ambulancezorg (en lopen daarover ook risico) en de rijksoverheid stelt eisen ten aanzien van kwaliteit en bereikbaarheid.

### *Spoedeisende hulp in ziekenhuizen*

Algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen hebben (wanneer een ziekenhuis meerdere locaties heeft) ten minste één locatie met een afdeling waar gedurende 7x24 uur spoedeisende hulp wordt verleend. De overheid kan slechts beperkt invloed uitoefenen wanneer een ziekenhuisbestuur functies anders verdeelt over haar locaties. Hoewel in een beperkt aantal gevallen de veldnorm van 45 minuten aanrijdtijd niet wordt gehaald is de bereikbaarheid van de spoedeisende hulp van ziekenhuizen algemeen gesproken voldoende. Zoals al is opgemerkt kunnen patiënten op verschillende manieren bij een afdeling SEH terecht komen; op verwijzing van de huisarts, met een ambulance, vanuit een andere instelling en doordat ze er zelf naar toe gaan. De laatste groep worden zelfverwijzers genoemd. Hun aantal neemt jaarlijks toe. In sommige ziekenhuizen is ruim 40% van de SEH bezoekers zelfverwijzer. De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht voor de spoedeisende hulp in ziekenhuizen. Daarnaast geldt nu nog een contracteerplicht die de zorgverzekeraars verplicht alle ziekenhuizen te contracteren. Zorgverzekeraars zijn gedeeltelijk risicodragend voor de acute zorg in ziekenhuizen.

In 1999 heeft de toenmalige minister tien ziekenhuizen op basis van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) aangewezen als *traumacentrum*. Naast de verlening van traumazorg dienen deze centra regionaal afspraken te maken met ziekenhuizen, RAV'en en zorgverzekeraars over de triage, behandeling, opname en doorverwijzing van traumapatiënten. Alle tien traumacentra hebben de beschikking over een grondgebonden mobiel medisch team (MMT) en vier centra hebben een paraat MMT dat zich met een traumahelikopter kan verplaatsen.

### *Verloskundige zorg*

De *verloskunde* in Nederland is uniek in de westerse wereld. Een gezonde zwangere vrouw kan namelijk kiezen voor de plaats van de bevalling: thuis of (poliklinisch) in het ziekenhuis. De thuisbevalling of poliklinische bevalling gebeurt onder leiding van een verloskundige of huisarts. Voor alle thuisbevallingen is het belangrijk dat er gynaecologen en kinderartsen als «achterwacht» in een nabij gelegen ziekenhuis aanwezig zijn. Gynaecologen voor de gecompliceerd verlopende bevalling en kinderartsen

voor het geval er complicaties zijn of dreigen voor de pasgeborene. Bij complicaties draagt de verloskundige de zorg over aan de tweede lijn.

### *Acute geestelijke gezondheidszorg*

De acute psychiatrie is bedoeld voor cliënten voor wie acute opvang en/of behandeling en crisisinterventie nodig is. De 7x24 uurs crisisdienst voor psychiatrische zorg is direct toegankelijk, maar vooral via de verwijzer (huisarts) of politie, in geval van gevaar. Vooral in de grote steden wordt gedurende 24 uur per dag een beroep gedaan op de acute psychiatrie. Als er sprake is van crisisopname op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz), is de GGZ-instelling of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) verplicht, de patiënt op te nemen.

### *2.2 Mogelijkheden voor verbetering*

Er kan in de keten als geheel kwaliteits- en doelmatigheidswinst worden behaald als de partijen regionaal duidelijke en sluitende afspraken maken over de planning van samenhangende voorzieningen en over de patiëntenlogistiek. Verder zijn er in alle schakels van de acute zorg afzonderlijk ook verbetermogelijkheden op de aspecten kwaliteit, bereikbaarheid en doelmatigheid. Naar mijn mening bestaan nog onvoldoende prikkels voor kostenefficiënt gedrag.

#### *Huisartsenzorg*

- Door de introductie van de huisartsendienstenstructuur (HAD's) zijn de reisafstanden naar de ANW-posten fors toegenomen. Vooral op het platteland wordt dit als een verschraving ervaren. De kwaliteit van de huisartsenzorg is door deze nieuwe structuur niettemin transparanter geworden en per saldo is de ANW-zorg verbeterd. Tegelijkertijd is er sprake van een forse toename van de kosten voor de ANW-diensten.
- Zorgverzekeraars lijken weinig onderhandelingsmacht te hebben voor een doelmatige inkoop van huisartsenzorg met name voor de ANW-dienstenstructuur.
- Huisartsen hebben vaak moeite om snel voor hun (acute) patiënten een opname in het ziekenhuis te regelen. In de praktijk ervaren zij soms van «het kastje naar de muur» te worden verwezen.

#### *Ambulancezorg*

- De veldnorm van 15 minuten wordt in een beperkt aantal gevallen niet gehaald.
- Op basis van de huidige wetgeving kent de relatief kleine sector veel (mede)stuurders en de verantwoordelijkheden zijn diffuus verdeeld.

#### *Ziekenhuiszorg*

- In de ziekenhuizen in de dunbevolkte gebieden zorgt het gebrek aan gynaecologen en kinderartsen ervoor dat niet altijd kwalitatief verantwoorde spoedeisende hulp kan worden verleend. Het instandhouden van een afdeling spoedeisende hulp kost voor verzekeraars in de dunbevolkte gebieden steeds meer. Dit heeft op verschillende plaatsen in het land geleid tot discussie over sluitingen van afdelingen die 7x 24 uur spoedeisende hulp bieden.
- Zelfverwijzers zijn een groeiend probleem. Patiënten met en zonder eigen huisarts gaan steeds vaker rechtstreeks naar de SEH van het ziekenhuis. Ze krijgen daar veelal relatief dure zorg terwijl ze adequaat geholpen hadden kunnen worden door een huisarts. Een betere geleiding van deze patiëntenstroom is wenselijk.
- Bij de *Traumacentra* is het landelijk dekkend maken van het registratiesysteem een probleem evenals het kostendekkend krijgen van de

Mobiele Medische Teams (MMT's). Bovendien is meer inzicht nodig in de wijze waarop de traumacentra hun coördinerende rol vervullen met betrekking tot triage en patiëntenlogistiek.

#### *Verloskunde*

Door sluiting van verloskundige maatschappen in ziekenhuizen is het in bepaalde gebieden niet mogelijk om 7x24 uur verloskundige zorg te garanderen. Hierdoor komt de 45 minuten-veldnorm in het gedrang. Daardoor wordt het voor verloskundigen steeds lastiger om patiënten naar de tweedelijns over te dragen. Sluitende regionale afspraken over de patiëntenlogistiek kunnen verantwoorde zorg garanderen.

#### *Geestelijke gezondheidszorg*

Voor de geestelijke gezondheidszorg is afstemming tussen en samenwerking met aanpalende zorg (algemeen ziekenhuis, verslavingszorg, huisartsen) noodzakelijk. Met betrekking tot de acute zorg kan worden opgemerkt dat er onvoldoende crisisbedden beschikbaar zijn. Daarnaast zijn het ontbreken van eenduidige verwijfsafspraken en doorstromingsmogelijkheden van crisisbedden naar behandelafdelingen een knelpunt. De doorstroming van crisisbedden naar reguliere bedden binnen een instelling moet verbeterd worden. Bij gedwongen opnamen is ook de (te lange) doorlooptijd van de keten psychiater-burgemeester-rechter een punt dat voor verbetering vatbaar is. De nadruk ligt hier op het verkorten van de procedures.

### **3. Concurrentie bij de acute zorgverlening?**

Zoals in de inleiding is beschreven wil het Kabinet zo snel als verantwoord is de overgang naar gereguleerde marktwerking maken. Een sterkere nadruk op concurrentie kan helpen om de doelmatigheid en vraaggerichtheid in de zorg te verbeteren. De overgang naar gereguleerde concurrentie zal deelmarktsgewijs moeten plaatsvinden, opdat rekening gehouden kan worden met de specifieke kenmerken en problemen in iedere deelsector.

Gezondheidszorg heeft specifieke kenmerken die maken dat regulering noodzakelijk is om concurrentie tot maatschappelijk acceptabele uitkomsten te laten leiden. De belangrijkste oorzaken hiervan zijn de onzekerheid over het tijdstip, de aard en omvang van de behoefte aan zorg en in de ongelijke kennisverdeling tussen zorgvragers en zorgaanbieders. Dit speelt in alle deelsectoren van de gezondheidszorg een rol, maar niet overal op dezelfde manier en in dezelfde mate. In opdracht van VWS heeft OCFEB/iBMG een analysekader ontworpen waarmee systematisch kan worden nagegaan in hoeverre deelmarkten van de zorg dit zogenoemde marktfalen vertonen<sup>1</sup>. De maatschappelijke acceptatie waaraan het marktfalen wordt afgemeten is toegespitst op goede kwaliteit, goede toegankelijkheid en betaalbaarheid.

In een vervolgstudie<sup>2</sup> komt OCFEB/iBMG voor deelmarkt acute zorg tot de volgende analyse:

- Acute zorg dient altijd – dus 7x24 uur – beschikbaar te zijn. Om op een kwalitatief verantwoorde wijze interventies te kunnen uitvoeren stelt de minister van VWS aan de spoedeisende ziekenhuishulp als eis dat alle poortspecialismen beschikbaar zijn en dat het minimaal aantal specialisten 25 bedraagt. Het economische effect van deze eis is dat voor SEH-zorg een hoge drempel bestaat voor nieuwe toetreders.
- Acute zorg dient snel beschikbaar te zijn. Hierdoor is een patiënt (of

<sup>1</sup> Zie het rapport «Zorgvuldig dereguleren» (OCFEB/iBMG, december 2002).

<sup>2</sup> Zie het rapport «Gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg – De deelmarkten spoedeisende zorg en electieve zorg in dagbehandeling» (OCFEB/iBMG, juni 2003).

zijn verzekeraar) in de meeste gevallen eenvoudigweg niet in staat of is er geen tijd om een afgewogen keuze te maken uit de beschikbare zorgaanbieders. De dichtstbijzijnde aanbieder is vaak de beste keuze. Economisch gezegd: door de eis van snelle bereikbaarheid is de relevante geografische markt beperkt waardoor er relatief snel sprake is van een regionale monopolies.

- Het niet planbare karakter van de acute zorg maakt dat structurele overcapaciteit nodig voor het opvangen van pieken. Acute zorg is door de benodigde permanente beschikbaarheid een kostbare voorziening. In ieder geval is dat zo in de dunbevolkte gebieden. Zonder maatregelen van de overheid zal in dunbevolkte gebieden de permanente beschikbaarheid van acute zorg niet gegarandeerd zijn.

Op basis van deze analyse komt OCFEB/iBMG tot voorlopige aanbevelingen ten aanzien van de regulering. Ook het CPB en de RVZ hebben zich gebogen over de mogelijkheden van concurrentie op de deelmarkt voor acute zorg<sup>1</sup>. De conclusies van de drie instellingen zijn niet (geheel) eensluidend. In de bijlage bij deze nota is de essentie van hun bevindingen beknopt weergegeven.

Ik ben van mening dat door het gesignaleerde marktfalen er onvoldoende op vertrouwd kan worden dat de gewenste beschikbaarheid van acute zorg met de gewenste kwaliteit en doelmatigheid tot stand komt door onderling concurrerende aanbieders, die in vrijheid met (individuele) verzekeraars onderhandelen. Er is dus overheidsregulering nodig, overheidsregulering die verder gaat dan het opleggen van een zorgplicht aan verzekeraars en het formuleren van bepaalde kwaliteitsnormen. Scheiding tussen SEH's en de electieve ziekenhuiszorg is als oplossing ongewenst vanuit het oogpunt van kwaliteit, doelmatigheid en administratieve lasten. Een directe sturing door de overheid kan een oplossing zijn wanneer een goede spreiding van de verschillende acute zorgvoorzieningen over het land in het gedrang komt. Daar staat tegenover dat er samenhangen bestaan tussen het verlenen van acute zorg en electieve zorg. Een te directe overheidssturing van de acute zorg kan daardoor ook ondoelmatigheden in de hand werken (bij voorbeeld kostenverplaatsing en kruissubsidies). Voor de langere termijn ligt het voor de hand om gebruik te maken van de mogelijkheid dat verzekeraars de samenhang tussen electieve zorg en spoedeisende zorg kunnen benutten als tegenwicht tegen de marktmacht die ziekenhuizen door SEH's verkrijgen.

Bij de toepassing van gereguleerde concurrentie verdienen de volgende onderwerpen nadere aandacht.

#### *Meten van prestaties en de rol van een zorgautoriteit*

Ik vind het belangrijk dat de prestaties van de acute zorgverlening beter in beeld komen. Dat is belangrijk omdat een efficiënte organisatie van de zorgsector gebaat is bij vergelijkbaarheid en openbaarheid van prestaties. Voor zover er keuzemogelijkheden zijn ondersteunt de beschikbaarheid van relevante gegevens patiënten en verzekeraars bij hun keuzes. Bovendien is het goed voor een vlottere verspreiding van best practices en onmisbaar voor de toepassing van concurrentiemechanismen. Ik wil het belang van transparantie onderstrepen door in de verschillende deelsectoren systemen van benchmarking te introduceren. Op dat terrein ligt ook een belangrijke rol voor de in te stellen zorgautoriteit. Die heeft ten algemene een taak in het monitoren van de marktontwikkelingen. In segmenten van de acute zorg, waar de prijsvorming vooralsnog onderworpen is aan regulering, is van belang dat deze regulering op een modernere manier dan thans gaat plaatsvinden. Het gaat er om de

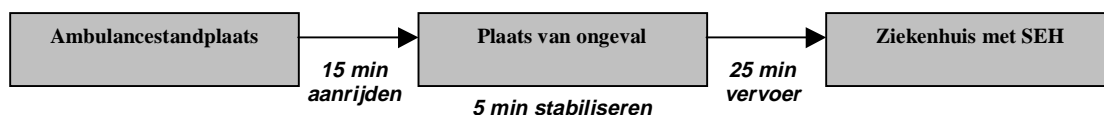
<sup>1</sup> Zie de rapporten «Zorg voor concurrentie» (Centraal Plan Bureau, januari 2003) en «Marktwerking in de medisch specialistische zorg» (RVZ, mei 2003). In de bijlage bij deze nota is de essentie van deze rapporten beknopt weergegeven.

aanbieders te prikkelen tot vraaggericht en efficiënt gedrag. Daarom moet, vooralsnog aanvullend op de bestaande budgettering, worden gewerkt aan alternatieve reguleringsmodellen zoals een benchmark of maatstafmodel waarmee zorgaanbieders worden afgerekend op hun prestaties. De wijze waarop dat zal gaan plaatsvinden, wordt ontwikkeld door de zorgautoriteit in samenwerking met het ministerie van VWS. Zoals eerder is opgemerkt opent de samenhang tussen electieve en spoedeisende zorg de mogelijkheid van kostenverplaatsing en kruiselingse subsidiëring. Het is de taak van de zorgautoriteit om te zoeken naar de wijze waarop dit kan worden voorkomen. De zorgautoriteit kan bovendien de transparantie op de markt vergroten door bijvoorbeeld over te gaan tot publicatie van de monitoringsresultaten. In de komende tijd wordt bezien over welk aanvullend instrumentarium de zorgautoriteit nog moet beschikken.

#### *Normstelling bereikbaarheid*

Voor de beoordeling van de prestaties is ook de normstelling voor de bereikbaarheid van belang. Voor de ambulances en ziekenhuizen bestaan hiervoor veldnormen van respectievelijk 15 en 45 minuten. Ook verloskundigen en huisartsenzorg hanteren deze normen. Binnen de werkingsfeer van de Kwaliteitswet zorginstellingen worden deze normen ook gezien als verantwoorde zorg. Instellingen zijn zelf verantwoordelijk om verantwoorde zorg te verlenen en de IGZ houdt daarop toezicht.

**Figuur 2: Opbouw 45 minutenorm**



Ik zie deze veldnormen als «vuistregels» en wil ze niet verabsoluteren. De overheid moet partijen in staat stellen om op basis van deze vuistregels te komen tot regionaal maatwerk. Daarbij dienen zorgverzekeraars enige armslag te hebben om doelmatig zorg in te kopen. Zo kan bijvoorbeeld in plaats van een SEH-afdeling ervoor worden gekozen om een extra ambulancestandplaats in te richten. In stedelijke gebieden kan de inzet van motorambulances of hulpambulances doelmatig zijn. Voor het hanteren van deze normen als «vuistregels» pleit ook dat met regelmaat zorginhoudelijke innovaties het licht zien. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan de introductie van ontstollingstherapieën bij (cardio-)vasculaire aandoeningen waarbij de behandeling in de ambulance begint. Daarmee kan de transportduur worden verlengd om het meest geschikte ziekenhuis te bereiken.

#### **4. Beleidsrichting voor de verschillende schakels van de acute zorgketen**

Op grond van de mogelijke verbeteringen in de acute zorg zoals in hoofdstuk 2 beschreven volgt hieronder een beschrijving van de oplossingsrichtingen, waarbij zoveel mogelijk rekening is gehouden met de noodzaak van samenhang en afstemming, mogelijke toepassing van concurrentie en de inkooprol van de verzekeraars.

##### *Huisartsen*

Ter vergroting van de transparantie wil ik volgend jaar een pilot-benchmark starten voor de huisartsenzorg overdag. Ook ben ik met de



sector in gesprek om de prestaties van de huisartsenposten voor de ANW-uren in kaart te brengen.

De kostenstijging van de huisartsenposten maakt het nodig de bekostiging ervan te herzien. Zonder dat ik de locaties van de huisartsenposten centraal wil sturen zie ik een belangrijke besparingsmogelijkheid in het delen van de infrastructurele kosten met de ziekenhuizen door een combinatie van huisartsenposten met de SEH's. Het lijkt mij goed om deze keuze vooralsnog over te laten aan de onderhandelingen tussen huisartsen, zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Zoals in de inleiding staat zal ik de Kamer uitgebreider informeren over mijn beleidslijn in dezen.

Het ontbreken van een coördinatiestructuur voor de patiëntenlogistiek belemmert een soepele overgang van de acute huisartsenzorg naar de spoedeisende ziekenhuiszorg. Dit kan belangrijk worden verbeterd via de meldkamer van de RAV (zie hieronder bij de ambulancezorg).

### *Ambulances*

Door het uitbreiden en verplaatsen van standplaatsen op basis van een landelijke spreidingsplan kan de bereikbaarheid van de ambulancezorg nog verder worden verbeterd. Dit vindt plaats op basis van een nieuw te ontwerpen wet en een vergunningssysteem. In die wet zal ook de informatieverstrekking worden vastgelegd die nodig is voor benchmarking. Het vergunningengebied zal een veiligheidsregio (RAV-regio) omvatten. Per veiligheidsregio ontstaat één aanspreekbare organisatie met meldkamer voor de ambulancezorg. Hierdoor neemt de doelmatigheid en de kwaliteit van ambulancezorg fors toe. Het Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu (RIVM) heeft een landelijk referentiekader opgesteld voor doelmatige spreiding van ambulances. Regio- en provinciegrenzen zijn hierdoor geen barrière meer voor snellere aanrijtijden. Voor de langere termijn acht ik het denkbaar dat de vergunningverlening wordt omgezet in aanbesteding, zodat er meer concurrentie kan ontstaan. In een aparte brief informeer ik de Kamer uitgebreider over deze voornemens.

### *Ziekenhuizen*

Voor het transparant maken van prestaties van ziekenhuizen wordt begin volgend jaar gestart met een pilot benchmark. Op basis van de uitkomsten zal ik nader beleid formuleren om te komen tot een landelijke benchmark. Om ook de prestaties van de spoedeisende hulp zichtbaar te maken zal ook de DBC-systematiek daarop worden toegepast.

Over de kwetsbaarheid van de acute ziekenhuiszorg in een aantal, met name dunbevolkte, regio's en het opvangen daarvan heb ik de Kamer recent een brief gestuurd (zie voetnoot 1). In die brief geef ik aan hoe ik met additionele middelen de beschikbaarheid van spoedeisende zorg op deze locaties wil veiligstellen.

Voor de langere termijn is de aard van de overheidssturing van de beschikbaarheid van SEH nog niet scherp aan te geven. Wel ligt het voor de hand dat de samenhang tussen electieve zorg en spoedeisende zorg door de zorgverzekeraars kan worden benut als tegenwicht tegen teveel regionale marktmacht van SEH's. Alhoewel de kosten voor SEH's per regio kunnen verschillen kan de kostenstructuur van SEH's in dichtbevolkte gebieden (waar de marktmacht gering of zelfs afwezig is) worden gebruikt als maatstaf voor een efficiënte prijsstelling in de dunbevolkte gebieden. Voor de toepassing van deze vorm van benchmark- of maatstafconcurrentie is een goed toegeruste zorgautoriteit onmisbaar. Ook is de toepassing afhankelijk van de dynamiek die ontstaat uit de marktwerking in het electieve deel van ziekenhuiszorg.

Aan het oplossen van het groeiende probleem van de zelfverwijzers kan het eerder genoemde samengaan van huisartsenposten en SEH afdelingen van ziekenhuizen een belangrijke bijdrage leveren. Naast het voor-

deel van de kostendeling voor de huisartsenposten, zorgt de eerste opvang van de huisartsen ervoor dat het ziekenhuis zich alleen over de gevallen hoeft te bekommeren die daadwerkelijk spoedeisend zijn.

De systematiek van de 10 traumacentra die zijn aangewezen op grond van de WBMV wil ik handhaven. Wel is het van belang dat de traumacentra de aan hen toebedachte rol waarmaken (coördineren van afspraken over de triage van spoedeisende patiënten: voor welk type behandeling naar welk ziekenhuis?). Zoals gezegd kijkt het CVZ hier momenteel naar. Zo nodig zullen de formele bevoegdheden en coördinatiemogelijkheden van de traumacentra worden aangescherpt.

#### *Verloskunde*

Voor deze acute zorg is vooral van belang dat er sluitende regionale afspraken kunnen worden gemaakt binnen de beroepsgroep. Daarvoor is een voldoende beschikbaarheid van verloskundige maatschappen in ziekenhuizen van groot belang. In mijn brief over bereikbare ziekenhuiszorg heb ik aangegeven hoe ik hieraan ondersteuning geef.

#### *Geestelijke gezondheidszorg*

Voor verbetering van de toegang tot acute zorg wordt het aantal crisisbedden de komende periode uitgebreid. Met het beschikbaar komen van extra AWBZ gelden, kunnen aanbieders en zorgkantoren adequate afspraken maken over het aantal bedden, wat ook de doorstroming naar reguliere bedden ten goede komt. Ook zal verbetering voortkomen uit het ingezette beleid om een gecombineerd zorgaanbod te ontwikkelen voor patiënten met psychiatrische en verslavingsproblemen. De doorlooptijd van de keten (psychiater, burgemeester, rechter) bij gedwongen opname ligt wettelijk vast. Het eventueel versnellen hiervan zal een onderwerp zijn bij de tweede evaluatie van de WBopz.

### **5. Rol van de zorgverzekeraars**

In deze brief heb ik betoogd dat gereguleerde concurrentie het uitgangspunt is voor de sturing van de gezondheidszorg. De zorgverzekeraars hebben daarin een centrale rol. Ik heb uiteengezet dat gegeven de specifieke kenmerken in de acute zorg deze rol beperkter is dan bij veel andere deelmarkten. Dit laat onverlet dat verzekeraars op het terrein van de acute zorg nog belangrijke verantwoordelijkheden en instrumenten hebben. Verzekeraars hebben, gestimuleerd door hun zorgplicht en risicodragendheid, een taak om met de kennis van de lokale en regionale situatie, doelmatige zorg te bevorderen. Ik zie hun rol, zonder uitputtend te willen zijn, voor deze kabinetsperiode op de onderscheiden terreinen als volgt:

#### *a. Algemeen*

- meespreken en afspraken maken over de vormgeving van de zorg en triagesystemen;
- invulling van substitutie tussen schakels (afwegen of een SEH efficiënter is dan een ambulancepost) en aansluiting tussen de verschillende schakels.

#### *b. Huisartsenposten*

- afspraken maken over locaties en afstemming met SEH;
- afspraken over inhuizing bij ziekenhuis;
- afspraken over de bekostiging van de infrastructuur;
- invulling van zorg/zorgproducten en de bekostiging daarvan;
- inzet van callcentra.

- c. *Ambulancezorg*
- beoordelen van regionale ambulanceplan(nen); daarover onderhandelen met de RAV;
  - op basis van het voorgaande uiteindelijk zwaarwegend advies geven over het verlenen van een vergunning en de voorwaarden die aan de verlening gesteld moeten worden;
  - maken van bekostigingsafspraken (op grond van nieuw te ontwikkelen CTG-systeem);
  - afspraken maken over besteld ambulancevervoer (doelmatige inzet van ambulances voor spoedeisend én besteld vervoer);
  - afspraken maken over de inzet van de extra middelen voor de verbetering van de beschikbaarheid in bepaalde regio's.
- d. *Spoedeisende hulp ziekenhuizen*
- maken van afspraken over de bereikbaarheid en de bekostiging daarvan;
  - daarbij het benutten van synergie in de zorginkoop van spoedeisende en electieve zorg (in de toekomst ondersteund door DBC's voor beide soorten zorg);
  - beoordeling van het door de traumacentra gehanteerde triagesysteem.

In deze bijlage staan de conclusies van de verschillende onderzoeken kort beschreven.

### **Concurrentie acute zorg mogelijk via electieve zorg (OCFEB/iBMG)**

In het rapport «Gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg» (OCFEB/iBMG, juni 2003) beschrijft het OCFEB/iBMG het onderzoek naar de mogelijkheden voor marktwerking op de deelmarkt voor spoedeisende ziekenhuiszorg. De onderzoekers concluderen dat drie scenario's onderscheiden moeten worden ten aanzien van de meest geëigende concurrentievorm en de daarvoor benodigde regulering:

1. Op de relevante markt voor spoedeisende zorg en op de markt voor electieve zorg zijn voldoende aanbieders voor effectieve concurrentie.
2. Op de relevante markt voor spoedeisende zorg zijn onvoldoende aanbieders voor effectieve concurrentie, terwijl op de relevante markt voor electieve zorg voldoende aanbieders voor effectieve concurrentie zijn.
3. Op de relevante markt voor spoedeisende zorg en op de relevante markt voor electieve zorg zijn onvoldoende aanbieders voor effectieve concurrentie.

Voor de regio's waar het scenario één of twee relevant zijn, kan gekozen worden voor concurrentie op de markt. Zorgverzekeraars bezitten dan namelijk een voldoende sterke onderhandelingspositie om misbruik van marktmacht door SEH's tegen te gaan. Dit is met name een gevolg van het feit dat zij bij hun onderhandelingen met ziekenhuizen over spoedeisende zorg ook hun vraag naar electieve zorg kunnen betrekken. Voorwaarde is wel dat (1) specifieke spoedeisende diagnose behandeling combinaties (DBC's) bestaan en (2) de inkoopmarkt voor spoedeisende zorg met betrekking tot bijvoorbeeld kwaliteit voldoende transparant is.

Wanneer zowel op de relevante markt voor spoedeisende zorg als die voor de electieve zorg onvoldoende aanbieders voor effectieve concurrentie zijn (scenario drie), zullen zorgverzekeraars vanwege een gebrek aan onderhandelingsmacht er niet in slagen om de spoedeisende zorg op een doelmatige wijze te organiseren. Concurrentie op de markt is in dergelijke regio's niet geschikt. Volgens OCFEB/iBMG is maatstaf-concurrentie onder dergelijke marktomstandigheden de meest geëigende vorm: doelmatigheid wordt afgedwongen door de toezichthouder (zorgautoriteit) die, mede op basis van vergelijking, efficiënte prijzen vaststelt. De onderzoekers kunnen nog niet aangeven welke scenario's waar van toepassing zijn in Nederland, omdat zij nog niet alle deelmarkten hebben onderzocht. In hun tweede deelmarktonderzoek – betreffende de electieve zorg in dagbehandeling – geven de onderzoekers wel aan dat naar verwachting het aantal aanbieders op de markt voor electieve zorg in dagbehandeling voldoende is voor effectieve concurrentie. Verzekeraars kunnen dus bij hun onderhandelingen met ziekenhuizen over spoedeisende zorg ten minste de vraag naar electieve zorg in dagbehandeling betrekken. Het is echter nog de vraag of dit voldoende gewicht in de schaal legt om misbruik van marktmacht op de markt voor spoedeisende zorg te voorkomen. Ondanks de toegenomen substitutie van klinische opnamen naar dagbehandelingen van de laatste jaren, ligt het zwaartepunt van de ziekenhuisproductie momenteel bij de klinische opnamen. Ten aanzien van de markt voor electieve klinische opnamen is nog geen economische analyse voorhanden, zodat het in dit stadium niet mogelijk is om uitspraken te doen over de mate van concurrentie op deze markt. De

onderzoekers zijn dus van mening dat niet zonder meer geconcludeerd kan worden dat concurrentie op de markt voor spoedeisende zorg onmogelijk is. Cruciaal is de mate waarin verzekeraars hun behoefte aan electieve zorg (electieve zorg in dagbehandeling en klinische electieve zorg) bij de onderhandelingen over spoedeisende zorg kunnen betrekken. Voor de psychiatrie ligt het accent op (langdurige) ambulante behandeling, voorkomen van (lange) klinische opnamen.

### **Concurrentie mogelijk – bij misbruik benchmarken of aanbesteden (CPB)**

Het rapport «Zorg voor concurrentie» (Centraal Plan Bureau, januari 2003) beschrijft de voorwaarden waaronder de voordelen van gereguleerde concurrentie het beste zouden kunnen worden bereikt en nadelen zoveel mogelijk worden tegengegaan. Betreffende de spoedeisende zorg in ziekenhuizen concludeert het Centraal Plan Bureau (CPB) dat ziekenhuizen die spoedzorg leveren mogelijk in staat zijn om effectieve concurrentie in hun regio te voorkomen door toetreding te ontmoedigen. Er is hier sprake van een mogelijk machtspositie. Het is onzeker in hoeverre ziekenhuizen deze machtspositie zullen (kunnen) misbruiken. Veel is afhankelijk van de countervailing power van zorgverzekeraars. Vooraf ingrijpen lijkt het CPB daarom niet noodzakelijk. Wel is het nodig om de ontwikkelingen hier goed te monitoren. Vooral de toetredingsbelemmerende werking van misbruik van marktmacht rondom spoedzorg kan het ontstaan van effectieve concurrentie frustreren. Als dit zich voordoet kan dit opgelost worden door regulering van prijzen van spoed-DBC's door middel van benchmarking. Voor spoedzorg in dunbevolkte regio's kan aanbesteding een goede terugvaloptie zijn.

### **Geen marktwerking omdat de spreiding dan gevaar loopt (RVZ)**

Het onderzoek van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) «Marktwerking in de medisch-specialistische zorg» (RVZ, mei 2003) betreft de mogelijkheden van marktwerking in de medisch-specialistische zorg. De RVZ geeft aan dat bij acute zorg de beschikbaarheid van voorzieningen en diensten voorop staat. Acute zorg moet dus goed gespreid zijn over Nederland, zodat op iedere plek binnen een bepaalde tijd een hulpverlener aanwezig kan zijn en de patiënt binnen een bepaalde tijd door een medisch specialist kan worden geholpen. Die spreiding zal in een stelsel van marktwerking niet automatisch tot stand komen. Marktwerking is daarom voor dit type zorgvraag niet geschikt. Bedrijfsmatige afwegingen worden belangrijker en deze sporen niet altijd met het publieke belang. De RVZ adviseert de WBMV nadrukkelijk te gebruiken voor besluitvorming over de spreiding en bereikbaarheid van acute zorg.