

Vergaderjaar 2000–2001

27 295

Positionering algemene ziekenhuizen

Nr. 3

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 15 januari 2001

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 7 december 2000 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de nota Positionering van algemene ziekenhuizen (27 295, nr. 1);**
- **de brief van de minister van VWS van 21 juni 2000 over de positie van de ziekenhuizen Oldenzaal/Enschede en Venlo/Venray (VWS-00-1030);**
- **de brief van de minister van VWS van 17 augustus 2000 ter beantwoording van commissievragen over de positie van de ziekenhuizen Oldenzaal/Enschede en Venlo/Venray (VWS-00-1225);**
- **de brief van de minister van VWS van 8 november 2000 over het nemen van onomkeerbare beslissingen in het kader van de nota Positionering algemene ziekenhuizen (VWS-00-1623);**
- **de brief van de minister van VWS van 23 november 2000 over uitstel voorstel invulling EHBO-functie regio Noord-Limburg.**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Buijs** (CDA) spreekt zijn ongerustheid uit over de sluipende ontmanteling van kleinere ziekenhuizen, zoals die in Oldenzaal en Venray. Achterliggende oorzaken zijn de fusies uit het verleden die vooral tot stand kwamen op grond van financieel-economische overwegingen. Doel was het creëren van een breder financieel draagvlak en zo het voortbestaan van volledig functionerende, kleinere ziekenhuizen te garanderen. Echter, door de druk op de arbeidsmarkt, de schaarste aan specialisten, de steeds grotere maatschappen, maar ook de voortschrijdende technologische ontwikkelingen, dreigen basisfuncties thans bij kleinere ziekenhuizen te verdwijnen. De Kamer heeft zijn zorg hierover uitgesproken in een kamerbreed aanvaarde motie, naar aanleiding waarvan het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) de gewenste ziekenhuisspreiding over het land in een uitvoeringstoets heeft neergelegd.

Waardering heeft de heer Buijs voor de in de aan de orde zijnde nota en de begeleidende brief van 18 september jl. verwoorde beleidslijn. Helaas

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Bijleveld-Schouten (CDA), Middel (PvdA), Essers (VVD), voorzitter, Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Rijpstra (VVD), Bakker (D66), Rouvoet (RPF/GPV), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Gortzak (PvdA), Hermann (GroenLinks), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD).

Plv. leden: Lambrechts (D66), Rehwinkel (PvdA), Eurlings (CDA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Van Gent (GroenLinks), Van de Camp (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Weekers (VVD), Ravestein (D66), Schutte (RPF/GPV), Schimmel (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Visser-van Doorn (CDA), Belinfante (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Ross-van Dorp (CDA), Th. A. M. Meijer (CDA), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP), O. P. G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD).

is echter niet duidelijk aangegeven welke beleidspunten daadwerkelijk op korte termijn moeten worden geëffectueerd. Ook zijn patiëntenorganisaties niet betrokken bij het tot stand komen van de nota. Het is goed te constateren dat de minister met de Kamer van mening is dat niet langer moet worden uitgegaan van aanbodbeheersend denken, maar van bereikbaarheid en aansluiting van het ziekenhuis bij andere zorgaanbieders en dat bij dit alles de hulpvrager, de patiënt centraal staat. Terecht schrijft de minister daarom in haar brief van 18 september dat nieuwe ziekenhuisconcepten steeds zorgvuldig moeten worden voorbereid en begeleid om te waarborgen dat degenen die er gebruik van maken of ermee samenwerken, zich daarin kunnen vinden. Ook is een goede spreiding van het ziekenhuisaanbod minstens zo belangrijk als de concentratie van gespecialiseerde zorg. Hij onderschrijft de nadruk die in de nota wordt gelegd op de versterking van de positie van de patiënt, de aandacht voor de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen als «maatschappelijke ondernemingen». Dit vereist een andere houding van zorgaanbieders. Meer dan voorheen zullen ziekenhuisdirecties hun bedrijfsvoering en planning vorm moeten geven in samenwerking en afstemming met andere aanbieders van zorg en met patiëntenorganisaties. Specialistenmaatschappen kunnen planning en spreiding niet uitsluitend meer vanuit hun eigen belang dicteren. Daarom is het verheugend dat ook de Orde van medisch specialisten (de orde) kan instemmen met de inhoud van de nota. Verder is het goed dat de minister heeft besloten de «fusiebonus» af te schaffen en een nieuwe bekostigingsstructuur voor kleinere ziekenhuizen te ontwikkelen, inclusief een tegemoetkoming voor inconvenienten als gevolg van noodzakelijk verkeer tussen gefuseerde ziekenhuizen.

Teneinde in dit overleg meer duidelijkheid te verkrijgen over een goede spreiding van ziekenhuizen over het land stelt de heer Buijs een viertal acties voor.

1. Het CBZ wordt verzocht op zeer korte termijn een nieuw instrumentarium, nieuwe criteria voor een gewenste spreiding van ziekenhuizen over het land te formuleren en daarbij aan te geven hoe gewenste maatschappelijke doelen kunnen worden bereikt, alsmede waar de verantwoordelijkheid van de overheid ophoudt en die van het ziekenhuis begint. Ook moet toetsing niet langer achteraf plaatsvinden, maar vooraf.
2. Het eindrapport van de stuurgroep Modernisering verloskunde wordt door het CBZ betrokken bij het opstellen van het nieuwe instrumentarium.
3. Per 1 januari 2001 wordt het budget van de kleine algemene ziekenhuizen (verenigd in de SAZ) aangepast en wordt een nieuwe bekostigingsstructuur, inclusief een inconveniententoeslag ingevoerd.
4. Vooruitlopend op het nieuwe instrumentarium draagt de minister de ziekenhuissector op uitgangspunten te respecteren die de bereikbaarheid en het zorgcontinuüm betreffen. Te denken valt aan een goede aansluiting van de verloskundige zorg op de basale ziekenhuiszorg en een goede aansluiting van ziekenhuishulp op huisartsenhulp en ambulancezorg.

Hoe ziet de minister dit en is zij bereid op deze punten haar verantwoordelijkheid te nemen, teneinde de in veel regio's ontstane onrust weg te nemen? Om te garanderen dat ziekenhuizen hun bedrijfsvoering afstemmen op degenen die er gebruik van maken of ermee samenwerken, zou de minister een instemmingsvereiste kunnen formuleren. Ook kan aansluiting worden gezocht bij de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) die de minister opdraagt te voorzien in de behoefte aan ziekenhuisvoorzieningen en haar tegen die achtergrond in artikel 18a. de mogelijkheid biedt om bij vergunningverlening voor te schrijven dat met het oog op de verdeling over de ziekenhuislocaties toestemming moet worden gegeven voor functieconcentratie. Ten aanzien van het ziekenhuis te Velp

maakt de minister hiervan thans reeds gebruik. Wil zij dit ook elders doen? Wanneer verschijnt de wet exploitatie ziekenhuisvoorzieningen (WEZ)?

De heer **Oudkerk** (PvdA) vraagt een bevestiging van berichten als zouden Zorgverzekeraars Nederland (ZVN) de Vereniging van Nederlandse ziekenhuizen (VNZ) en de orde een convenant hebben gesloten over de aanpak van wachttijden en -lijsten. Is het juist dat in dit convenant het kader van 300 mln. is overschreden? Hij spreekt zich uit voor ontwikkelingen als het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf, de diagnose-behandeling-combinaties (DBC) en de overgang van aanbod- naar vraagsturing, die alle gericht zijn op betere en beter bereikbare ziekenhuiszorg. Op zich is het goed als ziekenhuizen meer vrijheid krijgen bij de bouw van voorzieningen en het maken van afspraken met verzekeraars en andere zorgaanbieders in hun regio, maar dan moet wel vooraf duidelijk worden vastgelegd waar de verantwoordelijkheid van de minister ophoudt en die van het veld begint. Grote zorgen maakt hij zich over de beschikbaarheid van basisziekenhuiszorg. Terecht constateert het CBZ dat de bestaande spreiding van voorzieningen onder druk dreigt te komen te staan en dat nieuwe ontwikkelingen niet altijd in het belang van de patiënt zijn. Daarom mag de minister de verantwoordelijkheid voor samenwerking, fusie en spreiding van voorzieningen niet zonder meer overlaten aan ziekenhuisbesturen en aanbieders in het veld. Dat is bedreigend voor een evenwichtige regionale spreiding en voor een goede toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorg. Ook frustrleert het de keuzevrijheid van de patiënt, de klantvriendelijkheid en het beleid gericht op vraagsturing. Keuzevrijheid wordt ook gefrustreerd door monopolies van ziekenhuizen. Zo zou het academisch ziekenhuis Groningen zijn monopoliepositie op het gebied van longtransplantaties in dezen onjuist hebben gebruikt. Niet ieder ziekenhuis behoeft alles te kunnen doen, maar wel moet basiszorg overal beschikbaar blijven. De minister zegt dit ook te willen, maar maakt niet voldoende duidelijk hoe zij dit wil afdwingen. In dit kader pleit hij voor een beter gebruik van het bestaande instrumentarium of zo nodig het ontwikkelen van een nieuw instrumentarium, met duidelijk geformuleerde criteria, waaraan vooraf kan worden getoetst. Om voor alle partijen duidelijk te maken dat de overheid in dezen een taak heeft, moet een spreidingsbeleid worden vastgelegd in duidelijke richtlijnen, die onomwonden duidelijk maken wat basiszorg inhoudt en dat die soort zorg ook daadwerkelijk overal beschikbaar en bereikbaar moet zijn. Dit wordt onvoldoende gegarandeerd door alleen maar te stellen dat ziekenhuizen en verzekeraars zich moeten opstellen als maatschappelijke ondernemers, zeker niet daar de aangekondigde criteria voor het voortbestaan van basiszorg niet als zodanig in de nota zijn omschreven. Ook is het niet voldoende om het CBZ te verzoeken op basis van een aantal aannames spreidingsmodellen uit te werken. Aan delegatie van verantwoordelijkheden aan het veld verbindt de heer Oudkerk een aantal voorwaarden. Zo zou idealiter in beginsel overal in den lande binnen een kwartier toegang moeten kunnen worden verkregen tot een voorziening (een ziekenhuis of een andere kleinschalige voorziening) waar basiszorg aanwezig is. De ideale situatie moet uitgangspunt van beleid zijn, maar kostenoverwegingen en geografische omstandigheden kunnen er eventueel toe leiden dat niet overal in het land bereikbaarheid binnen een kwartier kan worden gegarandeerd. Daarnaast dient duidelijk te worden vastgelegd wat basiszorg inhoudt. Hijzelf verstaat daaronder minimaal een combinatie van kindergeneeskunde, verloskunde en 24-uurs acute opvang. Opname van andere specialismen is bespreekbaar. Goed bereikbare basiszorg is onmisbaar om het unieke Nederlandse systeem van thuis bevallen te behouden. Om dit alles te kunnen verwezenlijken moet worden toegewerkt naar gezondheidscentra waar zowel eerstelijnsgezondheidszorg wordt verleend als tweedelijns medisch

specialisten kunnen worden geconsulteerd. Uiteraard zullen dergelijke centra adequaat moeten worden gefinancierd.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) geeft in een korte historische schets weer hoe aanvankelijk de vooruitgang van de medische technologie leidde tot een forse uitbreiding van het aantal ziekenhuisvoorzieningen en hoe daarna is getracht de daaruit voortvloeiende hoge kosten te beheersen door middel van beddenreductie, centralisatie van het prijsbeleid en budgettering. In de loop der jaren werd de ligduur met een kwart teruggebracht en werd de behandeling belangrijker dan de zorg. Artsen werden steeds knapper en patiënten steeds mondiger. Steeds bleef gezondheidszorg echter een zaak van mensen; ziekenhuizen zijn er voor de patiënten en niet andersom.

Tegen deze achtergrond constateert mevrouw Van Blerck met instemming dat vele organisaties hebben meegewerkt aan de totstandkoming van de thans aan de orde zijnde nota. Welke rol speelde het ministerie in dit geheel? Hoewel de nota veel goeds bevat, laat hij toch nog enkele vragen onbeantwoord. Zo is niet duidelijk wie nu en in de toekomst precies waarvoor verantwoordelijk is en wie precies sturende macht heeft. Welke bevoegdheden hebben de minister en de Kamer?

Naast andere belangrijke thema's in de nota, ligt in dit overleg de nadruk op de toegankelijkheid van zorg en de spreiding van ziekenhuisvoorzieningen. Het CBZ heeft geconstateerd dat de nota geen handvat biedt om dreigende opheffing van kleine regionale ziekenhuizen af te wenden. Toch zijn maatregelen gewenst om de toegankelijkheid van zorg te garanderen. Zo zou bij fusie van ziekenhuizen het open houden van buitenlocaties financieel kunnen worden gestimuleerd. Hoewel de verantwoordelijkheid primair behoort te berusten bij partijen in het veld, is duidelijk dat de minister tot taak heeft om overal in het land voldoende zorg te garanderen. Met het oog daarop moet de minister in de toekomst bevoegd zijn om in de laatste fase van fusie- of samenwerkingsprocessen op hoofdlijnen te toetsen, uitgaande van een evenwichtige spreiding van voorzieningen over het land. Toetsing door de provincie kan dan komen te vervallen. Gezien de vele regels die er al zijn op dit gebied, zijn nieuwe alleen gewenst als tegelijkertijd oude worden geschrapt. Aan de hand van het bestaande wettelijke kader kan de minister beoordelen of het voorzieningenniveau ergens voldoende is. Dit kan ertoe leiden dat problemen per regio verschillend worden opgelost. Voor de toekomst is het bespreekbaar om een aantal basisvoorzieningen te benoemen. Met het oog op de gewenste flexibiliteit en om recht te kunnen doen aan de zeer diverse omstandigheden in het land en de wensen van inwoners van regio's, moeten ook die echter niet in regelgeving worden verankerd. In de toekomst worden verzekeraars medeverantwoordelijk voor de ziekenhuiszorg en daarmee ook voor de bereikbaarheid en spreiding ervan. Worden zij hierop voldoende voorbereid en krijgen zij de daarvoor benodigde instrumenten aangereikt?

Mevrouw Van Blerck constateert dat overschakeling naar vraagsturing ertoe kan leiden dat het aanbod een andere vorm krijgt dan in de nu aan de orde zijnde nota is beschreven. In dit verband is het opvallend dat de nota weinig aandacht besteedt aan de Mededingingwet. Als die in 2003 ook op ziekenhuizen van toepassing is, dient de prijsvorming in de vrije markt in concurrentie tot stand te komen. Hoe ziet de minister dit, zeker ook omdat DBC's onontbeerlijk zijn voor de eenheid van producten en dienstverlening aan de aanbodzijde? Is het beleid om medisch specialisten via lokale initiatieven met behulp van lumpsumfinanciering te incorporeren in het ziekenhuis te handhaven onder de Mededingingswet of moeten hun tarieven dan via vrije prijsvorming tot stand moeten komen? Is vastlegging van een uniform uurloon voor specialisten dan nog wel mogelijk? Vreemd is het verder dat de nota niet rept over privé-klinieken. Zeker in een Europa met open grenzen zullen die niet tegen te houden

zijn. Ziekenhuizen moeten in de nieuwe situatie meer bewegingsvrijheid krijgen om hun verantwoordelijkheid waar te kunnen maken, maar daar is onlosmakelijk aan verbonden dat zij zo transparant zijn dat verantwoording kan worden afgelegd voor het gebruik van beschikbaar gestelde collectieve middelen. Inzichtelijkheid, o.a. in wachtlijsten, is ook vereist voor een goede relatie met verzekeraars. Daartoe moet het informatie-monopolie van de ziekenhuizen worden opgeheven. Zijn koepelorganisaties hierop aan te spreken of de ziekenhuizen zelf? Inzichtelijkheid van wachtlijsten zou kunnen worden bevorderd door de financiering van de verkleining ervan te koppelen aan het verstrekken van informatie erover. Bijzondere aandacht vraagt mevrouw Van Blerck voor EHBO-afdelingen die 's avonds en in weekenden reguliere huisartsenhulp verlenen. Op zich is dergelijke flexibiliteit toe te juichen, maar benadrukt dit niet de noodzaak van enige sturing en een andere financieringsmethodiek? Een en-ensituatie, waarin huisartsen eigen EHBO-posten opzetten naast EHBO-posten die huisartsenhulp verlenen, moet worden voorkomen.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): neemt met instemming kennis van de in de nota verwoorde eerste aanzetten tot het terugdringen van regulering. Met name is het goed dat bij vervangingsbouw wordt uitgegaan van toetsing achteraf. Met het oog op de toekomst vraagt zij bijzondere aandacht voor de rol van ziekenhuizen bij preventie en gezondheidsbevordering. Wil de minister hierop ingaan in de desbetreffende notitie die bij de begrotingsbehandeling is toegezegd? De rol van de consument/patiënt ten opzichte van het ziekenhuis moet nader worden vastgelegd, bijvoorbeeld aan de hand van de voorstellen van de commissie-Meurs. Hoe ziet de minister dit? Ook moet er een koppeling komen met het actieplan inzake de inhoud van het beroep verpleegkundige.

Uitgaande van de zorgketenbenadering stemt mevrouw Van Vliet in met in de nota beschreven uitgangspunten inzake goede bereikbaarheid en samenwerking tussen ziekenhuisvoorzieningen en overige intra- en extramurale voorzieningen. Oog moet er daarbij wel zijn voor de keuzevrijheid van de patiënt en dus voor differentiatie in grootte van ziekenhuizen of ziekenhuislocaties. Weliswaar constateert het CBZ in de spreidingstoets dat er vooralsnog geen sprake is van een duidelijke afname van het aantal locaties, maar daarmee is niet gegarandeerd dat dit ook in de toekomst zo blijft. Om te voorkomen dat door onvoorziene omstandigheden het aantal locaties in de toekomst toch daalt, dient de minister de wettelijke bevoegdheid te krijgen om zich uit te spreken over voorgenomen sluiting van locaties. Zonder zich vast te leggen op een bepaalde duur, bepleit zij in dit verband om zo nodig in de WZV een aanrijtijd vast te leggen vanaf de grens van een gemeente naar een ziekenhuislocatie waar minimaal basiszorg wordt verleend, bestaande uit minimaal 7 maal 24-uurs traumahulp/EHBO, verloskunde en kindergeneeskunde. Een en ander is mede nodig om het Nederlandse systeem van thuisbevalling overeind te houden, maar dit laat onverlet dat het in bepaalde landelijke gebieden desondanks nodig zal blijken te zijn om kraamklinieken op te richten. In het licht van het voorgaande bepleit zij verder om de huidige fusiebonus om te zetten in een kleinschaligheidstoeslag. Niet alleen leidt dit tot een betere verdeling van kosten, maar ook maakt het duidelijk dat de landelijke overheid een beleid gericht op differentiatie wenst te voeren. Hoe denkt de minister een echt vraaggericht beleid van de grond te krijgen en hoe wil zij bevorderen dat in alle regio's goede ketenzorg wordt verleend? Immers, het CBZ constateert dat tot nu toe medisch-inhoudelijke en financieel-economische krachten meer tenderen naar schaalvergroting. Wie is verantwoordelijk voor de aansturing van een en ander? Ten slotte benadrukt zij het belang van een goede balans tussen kleinere ziekenhuizen in de regio en een aantal landelijke grotere ziekenhuizen waar topklinische zorg is geconcentreerd en waar opleidingen worden verzorgd.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) constateert tot haar spijt dat de nota, die de nadruk legt op de omschakeling van aanbod- naar vraagsturing, wel is besproken met aanbieders in het veld, maar niet met vertegenwoordigers van de vraagzijde als IPO, VNG, Nederlandse patiënten/consumenten federatie (NPCF), Consumentenbond en Gehandicaptenraad. Volgens de notitie is de overheid hoedster van het algemeen belang. Daarvan uitgaande stelt zij kaders en randvoorwaarden en stuurt zij op hoofdlijnen. Op zich is dit een goed uitgangspunt, maar gezien de hoge kosten die zijn gemoeid met ziekenhuiszorg, kan niet worden ingestemd met het achteraf toetsen van het lange termijn huisvestingsplan (LTHP). Dit plan moet meer zijn dan alleen een algemeen overzicht. Het moet een duidelijke status krijgen en de overheid moet vooraf toetsen. Desgevraagd verduidelijkt zij dat alleen voor aanpassingen van zeer ondergeschikt belang kan worden volstaan met een meldingsregeling.

Onduidelijk vindt mevrouw Hermann de manier waarop de nota de aansluiting tussen eerste-, tweede- en derdelijnszorg beschrijft. De nota beschrijft het ziekenhuis als een medisch-specialistisch bedrijf waarbij bedrijfsvoering prominent voorop staat. Dat kan voor verzekeraars belangrijk zijn, maar het belang van de volksgezondheid vereist eerder een goede aansluiting op en samenwerking met hogere en lagere zorg-niveaus. Dit laatste moet veel duidelijker worden uitgewerkt en mag niet zonder meer worden overgelaten aan verzekeraars. Daarnaast besteedt de nota geen aandacht aan de beschikbaarheids- en onderzoeksfunctie van het ziekenhuis. Welk gewicht hebben deze functies binnen de DBC's? De voorgenomen uitbreiding van het aantal artsen en verpleegkundigen vergt dat alle ziekenhuizen voldoende opleidings- en onderzoekscapaciteit hebben. Hoe wordt dit in de DBC's verwerkt? Is de beschrijving van geneesmiddelenkosten in DBC's niet strijdig met het streven van het Functioneel transmuraal therapeutisch overleg om onderscheid te maken naar ziekenhuizen? Het is toch niet de bedoeling om in ieder ziekenhuis aparte DBC's inclusief daarbij behorende geneesmiddelen te laten functioneren? Met vreugde neemt mevrouw Hermann kennis van het akkoord tussen de NVZ en de orde over het in dienstverband aanstellen van specialisten. Ook verheugt het haar dat volgens de nota in overleg wordt gestreefd naar een aantrekkelijker en doelmatiger beroepsuitoefening voor verpleegkundigen en verzorgenden. Wil de minister in overleg met het Landelijk centrum verpleging en verzorging (LCVV) en de Algemene vergadering van verplegenden en verzorgenden (AVVV) acties vormen?

Mevrouw **Kant** (SP) onderstreept dat de minister voldoende sturingsmogelijkheden moet krijgen om waar te kunnen maken dat overheid verantwoordelijk is voor toegankelijke, bereikbare en kwalitatief goede zorg. Daarvan uitgaande, heeft de Kamer in de motie-Buijs uitgesproken dat het beleid zich moet richten op goede bereikbaarheid van ziekenhuisvoorzieningen en op een goede samenwerking en samenhang tussen deze voorzieningen en andere zorgaanbieders. Dit verhoudt zich slecht met het uit de nota sprekende beeld van een zich terugtrekkende overheid en het geven van steeds meer vrijheid aan ziekenhuizen. Om beleid te maken, moet de minister ook daadwerkelijk kunnen sturen. Even belangrijk als concentratie van een aantal gespecialiseerde functies is het open houden van goed gespreide en bereikbare kleinschalige basisvoorzieningen. Het CBZ waarschuwt dat een aantal recente initiatieven tot sluiting en concentratie van afdelingen en functies in Oldenzaal, Velp en Venray en tot concentratie van twee op zich goede ziekenhuizen in Oss en Veghel op één nieuwe locatie, de bestaande spreiding op termijn in gevaar kunnen brengen. Gebrek aan geld en aan personeel blijkt in alle gevallen de achterliggende oorzaak te zijn. Dit soort negatieve ontwikkelingen moet worden tegengegaan. De overheid moet formuleren welke basisfuncties op alle locaties, ook na fusie, geboden moeten worden. Vindt ook de minister dat het overeind houden van een verantwoorde

eerstelijns verloskundige zorg vereist dat verloskunde en kindergeneeskunde tot die basisfuncties behoren? Vindt zij ook dat 24-uurs eerste hulp, met mogelijkheden tot operatie, tot de basisfuncties behoort? Zo ja, hoe kan de aanwezigheid van die functies worden gegarandeerd? Is de minister bereid om op grond van de WZV te bepalen dat de verdeling van functies over bij een fusie betrokken ziekenhuizen haar toestemming behoeft? Hoe kan verdere ontmanteling van het ziekenhuis Velp worden voorkomen? Hoe belangrijk regionale ziekenhuisvoorzieningen voor de bevolking zijn, blijkt wel uit de onrust die ontstaat als sluiting ervan dreigt. Echter, alleen de raden van bestuur van de betrokken ziekenhuizen bepalen wat er uiteindelijk gebeurt. Hoe wil de minister een democratischer gang van zaken bevorderen? Hoe wil zij met het oog op de verdere vergrijzing bevorderen dat overal zorg op menselijke maat beschikbaar blijft?

Discussies over het voortbestaan van ziekenhuizen beginnen altijd met de signalering van knelpunten. Beter dan het ziekenhuis te sluiten, is het om die punten aan te pakken. In dit verband steunt mevrouw Kant afschaffing van de fusiebonus en pleit zij voor adequate financiële steun aan kleine regionale ziekenhuizen. Dit kan ook betekenen dat een bonus wordt gegeven voor het openhouden van dislocaties na een fusie. Ook gesignaleerde arbeidsmarktproblemen moeten worden aangepakt. Voor de opleiding van specialisten is nu geld geormerkt. Waarom gebeurt dat niet voor de opleiding van gespecialiseerd personeel en van verpleegkundigen, alsmede voor nascholing en stages? Ieder ziekenhuis zou hiervoor een budget beschikbaar moeten krijgen. Uit de nota blijkt dat ziekenhuizen aanvullende zorg in het derde compartiment mogen leveren. Hoe kan in het licht van de huidige krappe arbeidsmarkt worden voorkomen dat dit ten koste gaat van de verlening van andere zorg?

Het antwoord van de minister

De **minister** verduidelijkt dat de aan de orde zijnde nota door haar ministerie op verzoek van de algemene ziekenhuizen is geschreven om tegevoel moet te komen aan de geconstateerde leemte op dit gebied. Hoewel regelmatig met de NPCF is overlegd over het belang van goed bereikbare specialistische zorg, is de nota helaas niet formeel aan deze organisatie voorgelegd. Voortaan zal dit wel systematisch gebeuren. Formele consultatie van IPO en VNG is niet gewenst om de scheiding van verantwoordelijkheden in dezen duidelijk te houden. Desgevraagd kon het LCVV zich vinden met hetgeen in de nota staat geschreven over opleiding en bekostiging van verpleegkundigen. Voor het actieplan komt vooralsnog 10 mln. beschikbaar, maar zo nodig is meer geld voorhanden. Ook is een bedrag geormerkt waarvoor ziekenhuizen 300 gespecialiseerde verpleegkundigen kunnen opleiden.

De minister zet uiteen dat ingevolge de thans vigerende WZV alleen voor de oprichting van een nieuw ziekenhuis of voor de uitbreiding van de capaciteit van een bestaand ziekenhuis een vergunning en derhalve ministeriële toestemming vereist is. Voor sluiting van een ziekenhuis of herallocatie van functies of afdelingen is die toestemming formeel niet vereist. Naar verwachting zal de WEZ in april 2001 aan de Kamer worden voorgelegd, nadat de oorspronkelijke tekst van het voorstel is aangepast aan het desbetreffende, nogal kritische advies van de Raad van Staten. Doelstelling blijft terugdringing van de hoeveelheid regels. In dat kader zal de WEZ meer sturen op exploitatie dan op bouw van voorzieningen. Daarbij zal het LTHP een solide status worden gegeven.

Verwijzend naar het voorgaande verduidelijkt de minister dat zij formeel niet veel kan doen aan sluiting van ziekenhuizen of herallocatie van delen ervan, maar benadrukt zij dat langs andere weg wel degelijk het nodige mogelijk is. Zo kunnen bouwplannen worden tegengehouden indien als gevolg daarvan bloeiende locaties elders worden gesloten. Daarnaast kan

het nodige informeel worden gedaan door «management by speech» en in onderhandelingen over financiën. Een voorbeeld hiervan is de gang van zaken rond de polikliniek in Kampen. Omdat de visie van regionaal betrokkenen van belang is bij spreiding van ziekenhuisvoorzieningen, kunnen ook provinciale bestuurders worden ingeschakeld om problemen aan te pakken.

De minister benadrukt in haar beleid spreiding minstens zo belangrijk te vinden als concentratie van voorzieningen. Waar mogelijk, moet worden getracht kleinschalige ziekenhuisvoorzieningen open te houden. Hoofdcriterium daarbij is handhaving van kwalitatief goede zorg, zo goed mogelijk bereikbaar voor de hele bevolking. Als in een kleinschalig ziekenhuis de zorgkwaliteit in het gedrang dreigt te komen, kan dit ertoe leiden dat enige concessie moet worden gedaan op het punt van bereikbaarheid, maar tot volledige sluiting ervan mag dit niet leiden. Veelal zal daartoe ook niet gemakkelijk worden besloten, omdat de betreffende gebouwen nog niet zijn afgeschreven. In lijn met het rijksbeleid terzake wordt in de praktijk dan ook veelal gekozen voor integratie van medische staven in een groter ziekenhuis dat 24-uurs klinische en poliklinische zorg verleent en tevens overdag op de kleinere locatie zorgdraagt voor poliklinische zorg, dagbehandeling en eventueel ook kortverblijfzorg. Varianten hierop zijn uiteraard mogelijk. Uitgangspunt is steeds dat ernaar moet worden gestreefd zoveel mogelijk basisfuncties zo goed mogelijk bereikbaar te houden voor iedereen.

Doordat in de verloskunde de hulpvraag zich per definitie gedurende 24 uur kan aandienen, ligt concentratie ervan voor de hand. Hierdoor kan echter het systeem van thuis bevallen in gevaar komen. Om hier meer zicht op te krijgen, wordt het CBZ een uitvoeringstoets gevraagd van de maximum rijtijd naar een tweedelijns verloskundige voorziening. Waar mogelijk, moet thuisbevalling worden gehandhaafd, maar op plaatsen waar de gebruikelijke maximum rijtijd van een halfuur niet haalbaar blijkt, zal waarschijnlijk moeten worden gekozen voor het opzetten van een in of tegen een ziekenhuis aangelegen eerstelijnskraamcentrum waar verloskundigen of huisartsen bevallingen verzorgen. Bij problemen is tweedelijnszorg dan direct voorhanden.

Naar aanleiding van de in de CBZ-rapportage gesignaleerde risico's voor de toekomstige spreiding en bereikbaarheid van ziekenhuisvoorzieningen, wenst de minister bereikbaarheidscriteria te formuleren en daarover een uitvoeringstoets aan het CBZ te vragen. Uit een oogpunt van goed bereikbare zorg voor iedereen, moeten deze criteria landelijk vrij strikt worden geformuleerd. Wel is meer variatie mogelijk als het gaat om de verdeling van functies over diverse ziekenhuislocaties. Aan de hand van een kaartje met de huidige spreiding van ziekenhuislocaties over Nederland, verduidelijkt zij dat het niet haalbaar is om als criterium te formuleren dat overal in het land binnen een kwartier een ziekenhuislocatie bereikbaar moet zijn. Thans varieert voor ambulances de aanrijtijd gemiddeld tussen één en drie kwartier. In bepaalde gebieden is die tijd zelfs nog langer. Wel zou kunnen worden overwogen om als criterium te hanteren dat EHBO en daarmee gelijk te stellen zorg altijd binnen een kwartier tot hooguit een halfuur bereikbaar moet zijn. In dat verband geeft zij aan het niet juist te vinden dat huisartsen eigen EHBO-posten inrichten in de onmiddellijke nabijheid van een ziekenhuis EHBO-post. Dan kunnen huisartsen, eventueel samen met assistent-specialisten, beter buiten praktijktijden vanuit de ziekenhuis EHBO-post hun diensten verlenen. Op kleine locaties die formeel alleen overdag voor poliklinische zorg en dagbehandeling geopend zijn, zou daartoe dan 's nachts de EHBO-post geopend kunnen zijn. Voor dit soort dienstverlening behoeft dan ook niet in alle gevallen het dure ziekenhuistarief te worden berekend.

Hoewel het op zich mogelijk zou zijn om in de richtlijnen ex artikel 3 van de WZV criteria inzake spreiding en bereikbaarheid van ziekenhuisvoorzieningen op te nemen, acht de minister het minder wenselijk deze

weg te bewandelen, gezien de voorziene invoering van een nieuw, sterk deregulerend, wettelijk kader. Wel neemt zij zich voor de ruimte te gebruiken die de WZV biedt om dergelijke criteria te hanteren. In de in januari 2001 aan de Kamer te presenteren nota over de modernisering van de curatieve zorg zal nader worden aangegeven hoe deze criteria kunnen worden verwerkt in de beoogde sturing van het tweede compartiment. Ook de rol van de raden van bestuur wordt in dit kader gezien. In bedoelde nota zal daarnaast aandacht worden besteed aan de verdeling van verantwoordelijkheden in de sector. Ook zal worden ingegaan op het verwezenlijken van ketenzorg, in welk kader nader kan worden gesproken over het idee om gezondheidscentra te vormen, waar naast de gebruikelijke eerstelijnszorg ook specialisten formeel kunnen worden geconsulteerd. Verder zal de nota ingaan op de werking van de DBC's, welke naar alle verwachting een eind zullen maken aan het systeem van lumpsumfinanciering. Dit noodzaakt om in de ziekenhuisbekostiging onderscheid te maken tussen vaste, semi-vaste en variabele kosten. Variabele productieafspraken en semi-vaste aantallen bedden en specialisten kunnen dan in de DBC's worden verwerkt. De vaste kosten, betreffende de gebouwde infrastructuur, ICT-infrastructuur en opleidingen, staan dan apart. Verder wordt met de NMA thans gesproken over de mogelijkheden om uniforme uurlonen voor specialisten te hanteren.

Na aanvankelijke aarzeling zegt de minister desgevraagd toe om, vooruitlopend op de nota over modernisering van de curatieve zorg, nog binnen een week in een aparte brief aan de ziekenhuizen haar beleid, gericht op het open houden van kleine ziekenhuizen en het bereikbaar houden van basiszorg, expliciet uiteen te zetten en erop te wijzen dat van de haar ter beschikking staande bevoegdheden gebruik zal worden gemaakt om dit beleid te realiseren. Wel tekent zij hierbij aan dat onder «basiszorg» in de praktijk vooral 24-uurs EHBO zal worden verstaan. Immers, het is in de praktijk niet haalbaar overal tweedelijns verloskundige zorg voldoende bereikbaar voorhanden te hebben en ook zal het om redenen van zorgkwaliteit niet mogelijk zijn overal 7 keer 24 uur klinische kindergeneeskundige zorg te handhaven. Wel kunnen kinderartsen op kleine locaties poliklinische spreekuren en dagbehandelingen doen.

Een definitief voorstel ligt er nog niet, maar al wel is met het CTG afgesproken dat per 1 januari 2001 de automatische fusiebonus vervalt. Deze bonus ontstond doordat het budget na fusie als gevolg van schaafeffecten hoger uitviel dan de som van de budgetten van de fusiepartners.

Budgetten van gefuseerde en zelfstandige ziekenhuizen kunnen in het vervolg alleen nog worden aangepast als reëel kan worden aangetoond dat hogere kosten worden gemaakt. Aantoonbare extra kosten als gevolg van het open houden van bilocaties kunnen het CTG dus aanleiding geven tot verhoging van het budget.

De minister zegt toe de tekst van het recent gesloten convenant tussen NVZ, ZVN en de orde aan de Kamer te sturen. Aan het convenant leveren zorgverzekeraars een eigen bijdrage uit hun (per 1 januari 2001 gemaximeerde) eigen reserves. In het kader van het actieplan Zorg verzekerd zullen decentrale productieafspraken worden gemaakt. In het voor- en najaar beziet het kabinet op basis hiervan of extra financiële middelen nodig zijn. Het convenant richt zich nadrukkelijk ook op transparantie. Extra financiële middelen komen alleen beschikbaar als aantoonbaar productie is gemaakt en op voorwaarde dat volledig inzicht wordt gegeven in de wachtlijsten.

Berichten als zou het academische ziekenhuis Groningen de totstandkoming van aanvullende longcentra hebben willen frustreren, bleken bij directe navraag niet gegrond. Binnenkort zullen naast het centrum in het academisch ziekenhuis Groningen nog twee andere centra voor longtransplantaties worden geopend.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Buijs** (CDA) neemt er geen genoegen mee dat specialisten of andere werkenden in de zorgsector min of meer de spreiding van zorgfuncties over het land bepalen door hun weigering om op bepaalde plekken te werken of diensten waar te nemen. Zo zouden kinderartsen niet bereid zijn om vanuit de centrale locatie Enschede de functie neonatologische zorg te Oldenzaal zo te bedienen dat deze gehandhaafd kan blijven. Uitgangspunt is en moet blijven dat vanuit de centrale positie van de patiënt/consument een optimale bereikbaarheid en zorgcontinuüm worden gegarandeerd. Vooruitlopend op de WEZ biedt de WZV de minister voldoende instrumenten om dit te realiseren. Tenzij de minister zich alsnog onomwonden bereid verklaart haar beleid in dezen in een brief aan de ziekenhuizen duidelijk te maken, overweegt hij de Kamer een desbetreffende uitspraak te vragen.

De heer **Oudkerk** (PvdA) neemt er met instemming kennis van dat de minister vindt dat, waar mogelijk, ziekenhuizen open moeten blijven en medisch-specialistische functies behouden moeten worden. Hij betreurt het echter dat de minister tot nu toe niet echt bereid lijkt te zijn om haar beleid klip en klaar in een brief aan de ziekenhuizen duidelijk te maken. Ook hij overweegt hierover een uitspraak van de Kamer te vragen. In dat verband benadrukt hij dat de bestaande WZV de minister voldoende instrumenten biedt om haar beleid te realiseren. Ervan uitgaande dat de overheid ingevolge de WZV verantwoordelijk is voor een toereikend zorgaanbod en het feit dat zij aan verleende WZV-vergunningen het voorschrift kan verbinden dat fusering of functieconcentratie met het oog op functieverdeling over ziekenhuislocaties toestemming behoeft, zou zij specialisten zelfs kunnen dwingen om vanuit de hoofdlocatie dienst te verrichten op de bilocatie. Daarnaast blijft hij van mening dat kindergeneeskunde moet worden gerekend onder de basiszorg.

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD) acht het niet gewenst om in dit overleg gedetailleerde uitspraken te doen over criteria voor rijtijden of spreiding van functies, maar vindt wel dat de minister haar verantwoordelijkheid ingevolge de vigerende wetgeving moet nemen. In dat kader zou het goed zijn als zij nog eens persoonlijk contact opnam met ziekenhuizen ten aanzien waarvan thans grote onrust is ontstaan. Langs die weg moet het toch mogelijk zijn om, net als in voorgaande gevallen, goede oplossingen te bereiken. Daarbij tekent zij wel aan dat het niet wenselijk is om mensen te dwingen ergens te gaan werken als zij dat niet willen.

Mevrouw **Van Vliet** (D66) begrijpt niet welke nadere toezeggingen de commissie nog van de minister kan verlangen. Immers, zij heeft er reeds blijk van gegeven, het met de Kamer eens te zijn over het formuleren van formele criteria betreffende bereikbaarheid en rijtijden. Ook heeft zij aangegeven dat op alle locaties die aan deze criteria voldoen, sprake moet zijn van minimaal basiszorg. Dit alles wordt nader uitgewerkt in de in januari verschijnende nota over de modernisering van de curatieve zorg. Nog belangrijker is echter dat de minister heeft toegezegd in de tussenliggende periode en tot aan het van kracht worden van de nieuwe WEZ, haar beleid te zullen baseren op de WZV en daarover de sector schriftelijk te zullen informeren. Resteert eigenlijk alleen nog een meningsverschil over de vraag of de minister mensen op grond van de WZV kan dwingen om op een bepaalde plek diensten waar te nemen. Met de WZV in de hand kan daartoe op mensen een zekere druk worden uitgeoefend, maar als blijkt dat men echt niet wil, moet niet koste wat kost worden doorgedrukt. Ook dan komt de kwaliteit van zorgverlening in gevaar.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) vindt dat wel degelijk vergaande dwang mag worden uitgeoefend om specialisten zover te krijgen. Zij hebben immers een eed afgelegd. Op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen kan de minister besturen van instellingen en raden van toezicht erop aanspreken zorg te bieden op alle locaties. Daarnaast kan dwang worden uitgeoefend als artsen in dienstverband werkzaam zijn. Het mag niet zover komen dat mensen om niet-patiëntgebonden redenen hun beroepsverantwoordelijkheden ontlopen. Aandacht vraagt zij nog voor de definiëring van het begrip «gepaste zorg». In de nota wordt in dit verband herhaaldelijk geschreven dat zorgkantoren hun verantwoordelijkheden waar moeten maken, maar daarbij wordt onvoldoende ingegaan op de differentiatie in het zorgaanbod en de differentiatie in taakopvatting van verzekeraars.

Mevrouw **Kant** (SP) vindt ook dat specialisten desnoods gedwongen moeten worden ergens tegen hun zin te werken als dat noodzakelijk is om een voorziening open te houden die van groot belang is in een regio. Zij dienen hun maatschappelijke verantwoordelijkheid op zich te nemen, mede omdat diezelfde maatschappij substantieel heeft bijgedragen aan hun opleiding. Ook zij wenst van de minister keiharde garanties dat zij er alles aan zal doen om ziekenhuizen open te houden. Zal zij bijvoorbeeld ten aanzien van het ziekenhuis in Velp de WZV zodanig toepassen dat verdergaande ontmanteling wordt gestopt?

De **minister** benadrukt dat artsen die bij een centrale ziekenhuislocatie werkzaam zijn, niet kunnen weigeren hun diensten te verlenen op bilocaties. Zij dienen maximale betrokkenheid te tonen om hun vak op verantwoorde wijze uit te oefenen en moeten zich tot het uiterste inspannen om functies ook buiten de centrale locatie overeind te houden. Desgevraagd toont zij zich bereid dit nader te bespreken met de raad van bestuur van het Medisch spectrum Twente. Echter, in een situatie waarin er sprake is van schaarste aan medisch specialisten, kunnen zij niet worden gedwongen om in zo'n gecentraliseerd ziekenhuis met bilocaties werkzaam te blijven, dan wel daar te solliciteren naar een functie. Daarnaast zegt zij nader toe in de in artikel 3 van de WZV bedoelde richtlijnen criteria voor de bereikbaarheid en spreiding van ziekenhuizen vast te leggen. Op de inhoud van deze criteria zal nader worden ingegaan in de nota modernisering curatieve zorg. Tevens zal in een brief aan de Kamer, met afschrift aan de ziekenhuizen, duidelijk de beleidsrichting worden aangeven. In het kort komt die erop neer dat overal waar dit ook maar enigszins verantwoord kan, medisch-specialistische (basis)functies beschikbaar moeten blijven. Afhankelijk van de lokale omstandigheden moet worden gezien welke functies kunnen worden gehandhaafd. Desgevraagd verduidelijkt de minister onder basiszorg te verstaan: EHBO, tweedelijnsverloskunde en kindergeneeskunde. Het streven moet erop gericht zijn, deze functies zo bereikbaar mogelijk te laten zijn, maar daarbij tekent zij wel direct aan dat het op dit moment niet overal in Nederland mogelijk is om die zorg op korte afstand van mensen te leveren. Problemen zijn er vooral op het gebied van tweedelijnsverloskunde en -kindergeneeskunde.

De voorzitter van de commissie,
Essers

De griffier van de commissie,
Teunissen