

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

NZa  
Postbus 3017  
3502 GA UTRECHT

**Curatieve Zorg**

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.minvws.nl

**Inlichtingen bij**

Mw. N. Schell  
n.schell@minvws.nl  
T 070 340 5420

Datum

Betreft Vervolgverzoek uitvoeringstoets Rapport 'Met Spoed'

**Ons kenmerk**  
CZ/EKZ/2898024

**Bijlagen**

Geachte voorzitter,

**Uw brief**

Rapport 'Met Spoed'

**Inleiding**

Met de stelselwijziging wordt partijen in het veld meer de ruimte geboden de zorg zodanig te organiseren dat deze op doelmatige en kwalitatief goede wijze kan worden vormgegeven. Uitgangspunt daarbij is dat de patiënt de juiste zorg krijgt op de juiste plek. Voor de keten van acute zorg heeft deze benadering consequenties, aangezien de organisatie van de keten zich beter rondom de zorgvraag zal gaan organiseren. Zorgverzekeraars stimuleren zorgaanbieders, in welke vorm dan ook, via het inkoopproces om kwalitatief goede zorg te leveren. Daarbij moet het mogelijk zijn te innoveren. Innovaties in de zorg geven een impuls aan de kwaliteit van de zorg, brengen dynamiek en kunnen de productiviteit bevorderen. De huidige bekostigingswijze in de keten acute zorg faciliteert deze ontwikkeling nog maar in mindere mate. In het ontwikkeltraject richting een samenhangende keten acute zorg is het ook van belang te weten welke publieke taak de overheid precies heeft in de keten acute zorg. In deze brief geef ik mijn reactie op de adviezen die u heeft gedaan in het rapport 'Met Spoed' van in februari 2008 over de verbetering van de regulering van acute zorg. Tevens vraag ik u op sommige onderdelen van uw adviezen nadere uitwerking te geven. Ik verwacht dat deze uitwerking op 1 april 2009 gereed is.

*Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.*

**De keten acute zorg**

Indien een Nederlander geconfronteerd wordt met een acuut gezondheidsprobleem, kan deze (of diens omgeving) kiezen uit drie mogelijkheden: bellen met de huisarts of de huisartsenpost (HAP), naar de afdeling spoedeisende hulp (SEH) van het ziekenhuis gaan of het nummer '112' bellen waarna eventueel een ambulance wordt ingeschakeld. De keten van acute zorg wordt op deze manier in gang gezet. Een belangrijke taak hierbij is weggelegd voor de meldkamer ambulancezorg (MKA). De ambulancediensten en de meldkamer('s) werken samen binnen de organisatie regionale ambulancevoorziening (RAV). Naast de drie genoemde (grootste) aanbieders van acute zorg komen ook acute verloskundige hulpverlening, acute geestelijke gezondheidszorg en acute thuiszorg voor. De patiënt kan bij alle zorgaanbieders de keten binnenstappen, maar het grootste deel van de zorgvragen komt terecht bij HAP, SEH en ambulancezorg. Een aantal ziekenhuizen (en daarmee SEH's) in Nederland heeft naast een reguliere functie ook de functie van traumacentrum. Het traumacentrum heeft een aantal specifieke taken waaronder de opvang van multi-traumapatiënten, de traumaregistratie en de inzet van mobiele medische

teams (MMT). Daarnaast neemt het traumacentrum in de WTZi het initiatief voor het regionale overleg acute zorgketen. In Nederland zijn elf traumacentra aangewezen en doorgaans is per regio één ziekenhuis (met soms een ander ziekenhuis in de omgeving) aangewezen dat de coördinerende functie op zich neemt.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2898024

### **Ontwikkelingen**

In uw advies 'Met Spoed' schrijft u dat in de afgelopen jaren al veel stappen zijn gezet om de keten van acute zorg doelmatiger te laten functioneren. Zoals u ook schetst werken ambulancediensten in voorbereiding op in werking treding van de wet op de Wet van de ambulancezorg (Waz) en de Wet op de veiligheidsregio's aan de vorming van Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's), zijn de Huisartsenposten (HAP's) opgericht om de generieke acute zorg doelmatiger te organiseren en ontstaan in toenemende mate samenwerkingsverbanden tussen HAPs en SEHs om de acute zorgvraag doelmatiger te verdelen.

In uw advies schetst u ook de knelpunten die er zijn in het bestaande reguleringskader voor een verdere doelmatiger inrichting van de zorgketen en een doelmatige organisatie van zorgaanbieders. In deze brief geef ik een reactie op uw adviezen en vraag u daarbij om sommige onderdelen een nadere uitwerking te geven. Daarbij ga ik nader in op het publieke belang van toegankelijkheid van de acute zorg en op welke wijze ik daar tegen aan kijk.

In mijn reactie houd ik de volgende volgorde in onderwerpen aan:

1. Publieke borging acute zorg.
2. Acute zorg functioneel omschreven
3. Wet ambulancezorg (Waz)
4. Risicodragendheid zorgverzekeraars
5. Verplicht eigen risico
6. Dienst algemeen economisch belang (DEAB)

### **1. Publieke borging acute zorg**

#### *Acute zorg*

Acute zorg is een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling. Deze zorg wordt geleverd na een eerste (telefonische) opvang en beoordeling van alle vragen die door een patiënt of diens omgeving als spoedeisend worden ervaren (triage). In mijn brief 'kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit' in juni dit jaar heb ik ten aanzien van de bereikbaarheid van acute zorg mijn visie nader uiteengezet. Hierin heb ik reeds aangegeven dat ik voor de definitie van acute zorgvraag meer wil aansluiten bij de beleving van de zorgvrager en de zorgvraag. Een groot deel van deze zorgvragen zullen zonder acuut ingrijpen niet tot irreversibele gezondheidsschade of tot de dood leiden, maar zijn voor de patiënt wel acuut in de zin van hevige pijn, ernstig ongemak of ongerustheid. Acute zorg kan worden geleverd door bijvoorbeeld ambulances, ziekenhuizen, traumahelicopters, huisartsen, verloskundigen en andere eerstelijnszorgverleners. Plexus heeft in haar rapport 'acute zorg' uit 2003 de acute zorg onderverdeeld naar functies. Deze functies zijn bijvoorbeeld stabilisatie en vervoer, basisbehandeling of multitrauma. Verreweg de meeste acute zorgvragen – ook die bij de spoedeisende hulpafdeling (SEH) – kunnen medisch gezien in de eerste lijn worden afgehandeld. Daarom is er een

onderscheid te maken in typen acute zorgvragen. In 2006 hebben de huisartsenposten in Nederland meer dan 3,5 miljoen binnenkomende telefoontjes ontvangen van burgers met een in hun beleving acute zorgvraag. De huisarts, maar ook bijvoorbeeld de verloskundige heeft een belangrijke rol in de acute zorg. Het gaat hierbij voornamelijk om het afhandelen van acute basiszorgvragen.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2898024

U adviseert mij om onduidelijkheid in het normenkader dat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de acute zorg borgt zoveel mogelijk weg te nemen door de invulling en de status van deze normen wettelijk te regelen. Een transparant wettelijk kader heeft volgens u namelijk twee voordelen. De grotere reguleringszekerheid die hiervan het gevolg is geeft aanbieders en verzekeraars een prikkel om eerder te investeren in het aanbieden van acute zorg. Voorts kan de overheid haar toezichthoudende taak beter uitvoeren. Op voorhand kan dan meer duidelijkheid worden gegeven over overheidsoptreden bij overtreding van normen. Ik wil hier graag als volgt op reageren.

#### *Publieke borging of niet?*

De overheid is verantwoordelijk voor het borgen van de publieke belangen in de zorg. Dit betekent vanzelfsprekend niet dat de overheid zelf tot in detail verantwoordelijk is, maar wel dat zij heldere kaders stelt waarbinnen andere actoren het speelveld kunnen invullen. Bij acute zorg is publieke borging van belang, aangezien acute zorg te allen tijde aanwezig en beschikbaar moet zijn. Ik ben van mening dat het veld in principe verantwoordelijk is voor de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen en normen ten aanzien van een groot gedeelte van de acute zorgvragen. Alleen de norm voor zeer levensbedreigende spoedeisende zorgvragen is wettelijk vastgelegd in de Wet Toelating van Zorginstellingen (WTZi). Dit betekent dat een ambulance een patiënt met een U1 (=hoogste urgentieklasse) binnen 45 minuten op de SEH moet brengen. De overheid heeft daarin dan ook een belangrijk publiek belang te waarborgen. Daarmee wordt geborgd dat mensen ook in dunbevolkte gebieden binnen een bepaalde tijd geholpen kunnen worden.

In het licht van de eigen verantwoordelijkheid van veldpartijen heb ik in mijn brief 'Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg' (MC-U-2860925) in juni dit jaar bijvoorbeeld partijen gevraagd om binnen een jaar eenduidige normen te ontwikkelen ten aanzien van de fysieke bereikbaarheid van acute huisartsenzorg en tevens de telefonische bereikbaarheid van huisartsenzorg. Dit betekent dat in 2010 de zorg op basis van deze normen is georganiseerd. Zolang de definitieve normen van het veld er nog niet zijn hanteert de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) zelf geformuleerde normen. De sector zal deze door de IGZ geformuleerde normen moeten overnemen of een 'betere' norm moeten formuleren en implementeren. Mocht het veld haar verantwoordelijkheid ten aanzien van de ontwikkeling van de normen niet goed oppakken, dan zal ik de normen en richtlijnen vanuit de Kwaliteitswet een dwingende status geven. Deze opvatting geldt in principe voor de ontwikkeling van alle normen die noodzakelijk zijn voor een goede kwaliteit van de zorg.

U haalt in uw rapport een aantal voorbeelden aan, waarbij de overheid haar verantwoordelijkheid volgens u beter kan nemen. Gezien het uitgangspunt van 'in beginsel de eigen verantwoordelijkheid van veldpartijen' kan ik u melden dat in

het kader van de normontwikkeling op verschillende deelterreinen door het veld een en ander wordt opgepakt. Ik ga hierbij concreet in op de door u genoemde voorbeelden.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2898024

#### *Spoedeisende hulpen*

U stelt dat de eisen die aan de SEH worden gesteld op dit moment niet eenduidig vastgelegd in regulering. Voor wat betreft de afdelingen spoedeisende hulpen van ziekenhuizen is inmiddels een landelijke set objectieve criteria ontwikkeld. De criteria hebben betrekking op de minimale kwaliteit waaraan een basis en een top SEH van een ziekenhuis moeten voldoen. De komende maanden gaan er landelijke pilots starten op dit gebied. In het voorjaar 2009 wordt de Tweede Kamer hierover geïnformeerd.

#### *15-minuten norm*

In uw rapport geeft u aan dat de ambulancediensten nu voor de aanrijdtijden een norm kennen van 15 minuten, maar dat deze norm een zelf opgelegde norm is die niet in regulering is vastgelegd. Deze norm is inderdaad niet expliciet, maar impliciet in de WTZi vastgelegd. Impliciet geldt namelijk een aanrijdtijd van 15 minuten naar de patiënt, 5 minuten stabiliseren en 25 voor de rit naar de Spoedeisende hulp van een ziekenhuis. Ik overweeg sterk deze norm wel een plek te geven in de prestatie-eisen die gelden bij de vergunningverlening ambulancezorg.

#### *Telefonische toegang*

U stelt dat voor de telefonische toegang waarbij de nadruk op de regie tot de keten ligt (meldkamer 112) het risico bestaat op coördinatieproblemen tussen verschillende aanbieders in de keten. U geeft aan dat het belangrijk is dat de overheid de afstemming tussen de verschillende partijen wettelijk borgt. Een landelijk uniform beleid voor de toegang en regie van zorgvragen en de afhandeling daarvan is hiervoor een oplossing. De zero base analyse zou aangeven dat ter voorkoming van coördinatieproblemen zowel de telefonische toegang & regie tot de acute zorgketen (meldkamer 112) als de ambulancediensten het best belegd kunnen worden bij één aanbieder per (veiligheids)regio. Mijn reactie is als volgt.

Met betrekking tot het wettelijk borgen van de afstemming tussen de verschillende partijen is reeds aan tegemoet gekomen in de Waz. Op grond van de Waz moet een programma van eisen worden opgesteld. Deze eisen hebben ook betrekking op de samenwerking van de zorginstellingen in de regio. Ook het advies dat u stelt inzake één aanbieder per (veiligheids)regio wordt met betrekking tot de ambulancediensten reeds aan tegemoet gekomen in de Waz, die in december 2008 is aangenomen in de Eerste Kamer.

#### *Triage*

Met betrekking tot de triage-processen beschrijft u dat op dit moment aanbieders en verzekeraars zelf verantwoordelijk zijn voor een doelmatige organisatie van de zorg en onderling afspraken dienen te maken over de standaardisatie van de triage en de overdracht van patiënteninformatie. Gegeven het publieke belang dat aan de afstemming verbonden is adviseert u mij om de standaardisatie van de

triage en overdracht van patiënteninformatie in het wettelijk kader vast te leggen. U geeft daarbij aan dat ook meer aandacht geschonken moet worden aan een centralere opleiding en de juiste toepassing van de triagesystemen. Een verbeterde zorginhoudelijke beoordeling in de triage heeft een positief effect op de doelmatigheid bij de afhandeling van zorgvragen in de acute zorgketen. De overheid kan de doorverwijsrelatie ook borgen door aan de doorverwijzing minimum kwaliteitseisen te stellen. Een verdere wettelijke borging van de toegang, bijvoorbeeld door het beperken van het aantal toegelaten aanbieders, is volgens u niet nodig. Ik wil hier als volgt op in gaan.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2898024

In april 2005 zijn diverse partijen uit het veld – met financiële ondersteuning van VWS- een project gestart om een systeem voor eenduidige triage en kwaliteitsborging te ontwikkelen. Het Nederlands Triage Systeem (NTS) beschrijft een eenduidig triagesysteem op basis van de medische zorgbehoefte en de context van de cliënt. Invoering van het NTS betekent een belangrijke winst voor de cliënt. Ongeacht het loket waar de cliënt zich meldt, ontvangt hij de juiste zorg van de juiste hulpverlener. Voor de huisartsenzorg betekent de structurele invoering van deze methodiek dat de veiligheid van vooral de hoogste urgentiecategorieën toeneemt. Bovendien faciliteert het NTS samenwerkingsafspraken met de Meldkamer Ambulancezorg en ondersteunt bij de totstandkoming van een gemeenschappelijk triageloket met de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) en ziekenhuizen. Over de resultaten van de pilot die wordt gehouden ten aanzien van het NTS wordt de Kamer in de loop van 2009 geïnformeerd. Het NTS wordt momenteel toegepast in proefregio's, waarna landelijke implementatie wordt beoogd. De Vereniging Huisartsenposten Nederland heeft eind 2004 een gecertificeerde opleiding tot triage-assistent ontwikkeld. Inmiddels is de eerste kennistoets afgenomen bij 550 triagisten en in juni namen nog eens 800 triagisten deel aan deze toets. In de brief 'Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit' is gezegd dat wordt verwacht dat alle triage-assistenten over 2 jaar over een diploma beschikken van de inmiddels landelijk gecertificeerde opleiding tot triage-assistent. Indien blijkt dat partijen de voorwaarde om als triagist te beschikken over een diploma van deze opleiding onvoldoende stimuleren, zullen wettelijke maatregelen genomen worden om de opleiding te verplichten. Ook ga ik met de VHN in gesprek om op een huisartsenpost altijd een tweede veiligheidszeef aan te brengen door de inzet van een getrainde continue beschikbare telefoonarts.

## **2. Acute zorg functioneel omschreven**

In uw rapport beschrijft u de hoofdlijnen voor een nieuw bekostigingssysteem in de acute zorg met als doel meer substitutie tussen de bestaande aanbieders van acute zorg mogelijk te maken. Deze substitutie wordt gestimuleerd door het vergroten van de inkoopmogelijkheid van zorgverzekeraars. De bekostigingswijze die u voorstelt kent een functionele benadering. U maakt u een onderscheid tussen acute basiszorg, acute specialistische zorg en complex specialistische zorg. De acute basiszorg omvat de spoedeisende generalistische zorg die vergelijkbaar is met de acute huisartsenzorg die overdag wordt geleverd. Veel zelfverwijzers krijgen deze zorg ook in ziekenhuizen geleverd door bijvoorbeeld verpleegkundigen. De specialistische acute zorg is de zorg, waarvoor een meer specialistische behandeling nodig is zoals botbreuken of verwondingen die operatieve behandeling vergen. Over het algemeen leveren medisch specialisten

deze zorg, aangezien zij volgens de Wet BIG voorbehouden zijn deze zorg te leveren. De complexe specialistische acute zorg omvat de behandeling van acute en levensbedreigende zorgvragen (U1 en U2), zoals CVA en multitrauma en dergelijke. De bekostiging van de acute specialistische zorg en complex specialistische zorg betrek ik niet in deze brief. De brief gaat alleen over de acute basiszorg.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2898024

Kortweg stelt u het volgende voor:

- a. Invoering landelijk consulttarief generalistische acute basiszorg voor SEH en huisarts (niet huisartsenpost) met onderscheid overdag en ANW
- b. Invoering beschikbaarheidsvergoeding ANW aan huisarts.
- c. Geen wijziging omtrent de acuut en complex specialistische zorg.

Type zorg	Huisartsenzorg overdag	Huisartsenzorg ANW	she
Generalistische acute basiszorg	Consulttarief overdag		Consulttarief acute basiszorg overdag (hoogte tarief moet gelijk zijn aan consulttarief huisartsenzorg overdag)
		Consulttarief acute basiszorg ANW <sup>1</sup>	Consulttarief acute basiszorg ANW <sup>2</sup>
	Inschrijftarief handhaven <sup>3</sup>	Beschikbaarheids vergoeding introduceren	Incidentele beschikbaarheidsvergoeding Handhaven
Acuut specialistische zorg	NVT		NVT
Complex specialistische acute zorg			

Ik wil graag als volgt reageren op uw voorstel.

#### *Functionele benadering van zorg*

U kiest een meer functionele benadering van de bekostiging. Ik beaam dat de schotten in de bekostiging, zowel binnen de zogenoemde eerstelijnszorg, als wel tussen de eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg de substitutie van zorg belemmeren. Daarmee wordt de samenwerking over de muren van de eigen instelling of zorgpraktijk heen bemoeilijkt. Functionele bekostiging gaat uit van de zorgvraag van de patiënt en dus de aandoening van de patiënt. Mijn streven is om het uitgangspunt van functioneel omschrijven, namelijk het verlenen van de juiste zorg op het juiste moment, op de juiste plaats, door een hulpverlener met de vereiste deskundigheid zoveel mogelijk te ondersteunen in het systeem. Dit betekent het doorbreken van het traditionele denken in de gezondheidszorg, waarbij voor zowel de zorginkoop als de bekostiging wordt uitgegaan van het zorgaanbod. In de Zvw zijn de te verzekeren prestaties functioneel omschreven. Dit betekent dat de wet aangeeft 'wat' onder de te verzekeren prestaties valt en

<sup>1</sup> Hoogte bedrag nader te bepalen

<sup>2</sup> Hoogte bedrag nader te bepalen

<sup>3</sup> Overdag is acute zorg niet goed te onderscheiden van electieve zorg. Geen aparte beschikbaarheidsvergoeding.

onder welke voorwaarden deze geleverd worden (bijvoorbeeld een indicatiestelling). 'Wie' de zorg verleent en 'waar' de zorg geleverd wordt, laat de wet over aan de zorgverzekeraar. Ook de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is op basis van functies opgesteld. Echter de budgetsystemen zijn nog ingericht op de typen zorgaanbieders zoals die waren vastgesteld in de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg). Zorgverzekeraars moeten in staat worden gesteld de zorg zodanig in te kopen dat deze op de meest doelmatige en kwalitatief goede wijze kan worden geleverd. De zorg moet daarvoor gemakkelijk gesubstitueerd kunnen worden.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2898024

#### *Invoering consulttarieven acute basiszorg*

Uw voorstel om voor de acute basiszorg (dus ook op de SEH) twee landelijke geldende maximum consulttarieven te introduceren; een consulttarief voor acute behandelingen gedurende de reguliere uren van een huisarts en een consulttarief voor de acute behandelingen in de ANW-uren, ondersteun ik in zijn geheel. Zorg geleverd buiten kantooruren brengt hogere kosten met zich mee; het is vanzelfsprekend dat deze kosten zich vertalen in een hoger tarief. Met de invoering van de twee consulttarieven wordt het bestaande tariefonderscheid tussen huisartsen, huisartsenposten en SEH's beëindigd. Volgens u betekent dat wel dat de hoogte van het tarief acute basiszorg overdag gelijk zal moeten zijn aan die van het consulttarief van de huisartsenzorg overdag. Dit tarief zal volgens u –aan de hand van het kostenonderzoek huisartsen- in de toekomst waarschijnlijk anders worden dan het huidige tarief van €9. Ik deel deze laatste analyse echter niet. Het huidige consulttarief in de huisartsenoverdagzorg mag namelijk niet leidend zijn voor de toekomstige bekostiging van de acute basiszorg. Het hangt samen met andere ontwikkelingen die er zijn ten aanzien van de functionele bekostiging.

#### *Generalistische basiszorg*

Ten eerste hangt de vraagstelling over de consulttarieven nauw samen met de ontwikkeling van de bekostiging van de planbare generalistische basiszorg. Met nadruk spreek ik hier van generalistische basiszorg, omdat ik van mening ben dat in de eerstelijnszorg de functionele gedachtevorming nader moet worden ingebed. Ik heb hierover in december 2008 de brief 'De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging' naar de Tweede Kamer gestuurd. Op de middellange termijn kan ik mij bijvoorbeeld voorstellen dat er een functie generalistische basiszorg zal zijn die zal bestaan uit de zorg die nu betaald wordt middels het huidige inschrijftarief huisartsen en het consulttarief. Deze functie generalistische basiszorg kent dan bijvoorbeeld –net als het huidige inschrijftarief- een bedrag per verzekerde. Het reguliere consulttarief vervalt in zo'n toekomstvisie. Dit betekent dat naast het inschrijftarief, ook wel tarief generalistische basiszorg genoemd, er slechts een beperkt aantal specifieke (keten-)producten over blijven waarvoor een separaat tarief bestaat, waaronder ook de acute basiszorg.

#### *Acute zorg apart bekostigen*

Ten tweede is acute zorg een ander type zorg dan de reguliere generalistische basiszorg, met andere type aanbieders en een ander kostenprofiel. Ik ben van mening dat de spoedzorg in de toekomst niet meer eenvoudigweg via een al bestaand inschrijftarief kan worden bekostigd. Op dit moment wordt van het huidige inschrijftarief- en consulttarief huisartsen die geldt voor de huisartsenzorg wordt zowel planbare als acute zorg betaald. Op deze wijze is de acute zorg niet separaat aan te bieden noch te contracteren.

In dit licht is het naar mijn mening van belang dat er in de zorg overdag een onderscheid zal dienen te worden gemaakt tussen de acute basiszorg en de generalistische basiszorg. U geeft aan dat dit onderscheid in de praktijk moeilijk gemaakt kan worden en daarom kiest u voor een variant waarbij het consulttarief van de huisartsen overdag gelijk wordt gesteld aan het acute basiszorgtarief. Daarmee gebruiken huisartsen het consulttarief overdag voor zowel acute zorgvragen als planbare zorgvragen in combinatie met het inschrijftarief. Echter, ik hecht –zoals ik hierboven reeds aangaf – toch aan een helder onderscheid tussen een tarief acute basiszorg en generalistische (planbare) zorg. Het onderscheid maken hoeft in de praktijk ook niet heel ingewikkeld te zijn: alleen patiënten die binnen enkele uren of sneller gezien dienen te worden (U3, U2 of U1) komen in aanmerking voor een spoedtarief; overige patiënten vallen in de reguliere basiszorg. Via goede triage-protocollen kan dit onderscheid te maken zijn. Vanzelfsprekend zal hier een enigszins grijs gebied bestaan, maar verzekeraars, patiënten en toezichthouders zullen in de toekomst over genoeg monitoringsinstrumenten beschikken om voor deze vorm van ‘upcoding’ te kunnen waken.

#### *Beschikbaarheidsvergoeding?*

U adviseert mij ook om aan de zorgaanbieder, die de verantwoordelijkheid voor de acute zorg in de ANW-uren draagt, een beschikbaarheidsvergoeding toe te kennen. Die verantwoordelijkheid ligt volgens u bij de SEH (voor complexe- en generalistische acute zorg) en bij de huisarts (voor generalistische acute zorg). Aangezien volgens u de SEH al beschikt over een 24-uurs beschikbaarheidsvergoeding en de huisartsen overdag al een inschrijftarief ontvangen (welke op dit moment tevens acute zorgvragen omvat), betekent dit dat er alleen een verandering zal optreden in de bekostiging voor de huisarts in de ANW-uren, namelijk een extra beschikbaarheidsvergoeding voor de acute zorg in de ANW. U adviseert om deze beschikbaarheidsvergoeding -naast het huidige inschrijftarief- uit te keren aan de huisarts. Deze vergoeding staat volgens u direct tegenover de verplichting van de huisarts om 24 uren zorg te leveren. Vanwege de samenhang tussen de electieve zorg en de acute zorg van de huisarts overdag – adviseert u tevens om in de vergoedingssystematiek van beschikbaarheid (inschrijftarief) overdag geen wijzigingen aan te brengen. Ik wil hier graag als volgt op reageren.

#### *Beschikbaarheid voor acute basiszorg niet wettelijk borgen via bekostiging*

Als eerste wil ik opmerken dat op dit moment niet alle ziekenhuizen een beschikbaarheidsvergoeding ontvangen. Deze beschikbaarheidsvergoeding geldt alleen voor de zogenaamde ‘gevoelige ziekenhuizen’. Deze ziekenhuizen hebben door de lage productie niet voldoende inkomsten om de SEH overeind te houden, maar hebben wel een belangrijke functie in het kader van de 45 minuten norm voor acute zorg.

U stelt dat voor prestaties binnen de acute basiszorg geldt dat private verzekeraars in beginsel de zorg individueel kunnen inkopen, mits de overheid de kosten van de beschikbaarheid door aparte financiering borgt. Ik heb twijfels over uw opvatting dat voor het grootste deel van de acute zorg concurrentie tussen verzekeraars onderling bij de inkoop niet wenselijk is. Verzekeraars hebben namelijk een zorgplicht. Zij moeten zich inzetten voor een doelmatige inkoop én organisatie van zorg die inspeelt op de acute zorgvraag. Verzekeraars die polissen



met gecontracteerde zorg aanbieden hebben een resultaatsverplichting. Het gaat daarbij niet alleen om de omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de tijdigheid en de kwaliteit van de zorg. We verwachten van verzekeraars dat zij voldoende zorg contracteren zodat aan verzekerden tijdig zorg kan worden geleverd op redelijke afstand van hun woonplaats. Concreet betekent dit verzekeraars hun inkooprol actief moeten oppakken, en passende oplossingen vinden voor specifieke situaties. Dit geldt dus ook voor de acute zorg. Indien aanbieders in het ROAZ constateren dat er een witte vlek dreigt te ontstaan, wordt van verzekeraars verwacht dat ze actief meedenken over mogelijke oplossingen. Aan de aanbeveling van u om concrete eisen te stellen aan de prestatie van het Regionaal Overleg Acute Zorg heb ik de TK toegezegd dit nader te concretiseren. In voorkomende gevallen zou het zo kunnen zijn dat het invullen van de zorgplicht ook kan betekenen dat verzekeraars besluiten bepaalde aanbieders financieel te ondersteunen of zelf zorg te leveren. Daarbij merk ik op dat ook huisartsen op dit moment verplicht zijn volgens de normen die de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft opgesteld, namelijk 24 uur per dag, 7 dagen per week zorg te leveren. En huisartsen leveren op dit moment die zorg ook via waarneemregelingen of de huisarts kan er dan voor kiezen om deel te nemen in een bestaande HAP of voor een andere organisatievorm als hij dat doelmatiger acht.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2898024

Bovendien betwijfel ik of uw stelling klopt dat vrije prijsvorming in de acute zorg alleen mogelijk is als er sprake is van een afzonderlijke bekostiging van de beschikbaarheid. De filosofie van productfinanciering welke het huidige stelsel kenmerkt gaat er immers van uit dat de integrale kosten van het aanbieden van de zorg via die productfinanciering worden gefinancierd. Separate parallel lopende financieringstromen, zo hebben we geleerd, werkt ondoelmatigheid in de hand. U geeft zelf aan dat voor de ANW uren een hoger tarief gerechtvaardigd is, omdat de kosten in de ANW uren om zorg te leveren hoger zijn. Ik zie niet in wat in algemene zin dan nog de meerwaarde van een beschikbaarheidsvergoeding is, behalve in uitzonderingssituaties (in afgelegen gebieden, bijvoorbeeld). Het werken met integrale tarieven leidt er namelijk toe dat daar waar de vraag klein is, het al snel niet rendabel zal zijn om de zorg aan te bieden. In algemene zin (daar waar binnen reële afstanden alternatieve aanbieders voorhanden zijn) is dit een prikkel die *zowel* vanuit kwaliteitsoogpunt als vanuit doelmatigheidsoverwegingen juist wenselijk is. Lage volumes in de acute zorg gaan immers niet samen met het opbouwen van ervaring en de infrastructuur welke voor hoge kwaliteit zorg noodzakelijk is. Uiteraard zal in gebieden waar alternatieve aanbieders niet voorhanden zijn, de mogelijkheid moeten bestaan de zorg aan te kunnen bieden zonder in de financiële problemen te komen. Die verantwoordelijkheid heb ik samen met de relevante veldpartijen te dragen. Overigens wil ik benadrukken dat in de tweedelijnszorg geen onderscheid is in de hoogte van de DBC-tarieven voor acute zorg in de ANW-uren en overdag. Ik vraag kom hier later in de vervolgvragen aan u op terug.

In maart 2008 heb ik reeds aangegeven mij te zullen beraden op mogelijkheden om de toegezegde beschikbaarheidsvergoeding voor SEHs te differentiëren. Ik wil mij het commentaar uit het veld – dat een ongedifferentieerde regeling gebaseerd op de kosten van een ANW spoedarts en verpleegkundige niet voldoet – aantrekken, en mede in het licht van bovenstaande overwegingen een beschikbaarheidsvergoeding slechts als uitzonderingsmaatregel gaan toepassen. De SEH levert zorg voor zowel basis, specialistische en complexe specialistische

acute zorg. De eventuele beschikbaarheidsvergoeding wordt dan gebaseerd op de inkomsten uit de diverse tarieven die voor de drie te onderscheiden acute zorg mogelijk zijn.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2898024

Het voordeel hiervan is dat uw inzet om een onderscheid tussen overdag- en avond tarief te hanteren, en het alleen werken met een beschikbaarheidstarief als de bereikbaarheid van de zorg daadwerkelijk in het geding is, een gelijke impact heeft op alle basisacute zorg aanbieders: huisartsen, huisartsenposten, SEHs/ziekenhuizen.

Ik wil u in dit licht vragen het principe van functionele bekostiging, zoals u voorstelt in uw rapport, met een aantal aanpassingen nader uit te werken. Hierbij vraag ik u dus ook expliciet om directe afstemming te realiseren met de nog de ontwikkelingen ten aanzien van de functionele bekostiging in de eerstelijnszorg als ook met de uitwerking van de beschikbaarheidsvergoeding voor SEH's.

Ik maak in onderstaande varianten een onderscheid in een bekostigingssysteem met beschikbaarheidsvergoeding voor alleen uitzonderingsgevallen en een systeem met 'standaard' beschikbaarheidsvergoeding. Hierbij vraag ik u het volgende:

**VARIANT 1: Een bekostigingssysteem met alleen een beschikbaarheidsvergoeding waar noodzakelijk**

Ik vraag u het volgende:

1. Een nadere analyse te maken van de markt van acute basiszorg indien de bekostiging wordt vormgegeven in principe zonder beschikbaarheidstarief voor ANW, maar met hogere tarieven voor ANW zorg.<sup>4</sup> Alleen in uitzonderingsgevallen (zeer dun bevolkte gebieden) zou er sprake kunnen zijn van een beschikbaarheidsvergoeding, die dan recht dient te doen aan de minimaal te garanderen kwaliteit van zorg.<sup>5</sup> Dit betekent dat de acute zorg in de ANW zorg moet worden vormgegeven volgens een volledig consulttarief acute basiszorg. Hierbij blijft het onderscheid zoals ook u voorstelt, namelijk een consulttarief voor overdag en een consulttarief voor de ANW. Ik stel mij schematisch dit als volgt voor.

Variant 1

Huisarts	HAP <sup>6</sup>	SEH
Consulttarief acute basiszorg overdag	Consulttarief acute basiszorg overdag	Consulttarief acute basiszorg overdag
Consulttarief acute basiszorg ANW	Consulttarief acute basiszorg ANW	Consulttarief acute basiszorg ANW
Toekomstig tarief generalistische basiszorg	Beschikbaarheidsvergoeding alleen voor uitzonderingsgevallen	Beschikbaarheidsvergoeding alleen voor uitzonderingsgevallen

<sup>4</sup> Het inschrijftarief huisartsen en de huidige beschikbaarheidsvergoeding SEH blijven gewoon gehandhaafd.

<sup>5</sup> Dit sluit aan bij mijn brief 'Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit' van juni 2008.

<sup>6</sup> Functioneel gezien kan de HAP ook acute huisartsenzorg overdag leveren.

--	--	--

Curatieve Zorg

2. Een beschikbaarheidsvergoeding te creëren voor acute basiszorgverlening in gebieden waar zonder een dergelijke vergoeding aantoonbaar de zorginfrastructuur ontoelaatbaar zou eroderen. Hierbij dient in ogenschouw te worden genomen dat er reeds differentiatie in Nederland plaatsvindt in de acute specialistische zorg rondom met name traumazorg en acute cardiovasculaire zorg. Het beschikbaarheidstarief zal voor deze gevallen rechtstreeks gedeclareerd worden via het zorgverzekeringsfonds. Zorgaanbieders declareren hun vergoeding voor de aangeboden zorg dus niet bij verzekeraars, maar bij het zorgverzekeringsfonds. De vergoeding van de zorg loopt dan buiten de budgetten van de verzekeraars om.
3. Een berekening van de hoogte van de beschikbaarheidsvergoeding voor de 'gevoelige SEHs' in relatie met de tarieven die SEHs declareren voor zowel de toekomstige acute basiszorg als de specialistische en complexe acute zorg en een antwoord op de vraag in hoeverre de nieuwe bekostiging voor de acute zorgmarkt én het handhaven van een toeslag voor specialistische en complexe acute zorg het level-playing-field van de ziekenhuiszorg verstoort.
4. Een concrete berekening te maken van de hoogte van de tarieven. Hierbij stel ik mij 2 mogelijkheden voor:
  - a) Een (korte termijn) variant waarbij het huidige inschrijftarief huisartsen en huisartsenconsulttarief overdag in hoogte gelijk blijven. Dit betekent dat het tarief van de acute basiszorg die overdag door de SEH wordt gedeclareerd in hoogte zal kunnen afwijken van het bestaande consulttarief huisartsenzorg, aangezien ik de hoogte van het consulttarief van de overdagzorg niet leidend wil laten zijn en daarmee wellicht belemmerend voor een optimale situatie voor de acute basiszorg. Ik beaam dat dit geen functionele benadering van zorg is en zie dit als tijdelijke variant. Deze optie is noodzakelijk gezien het feit dat voor het huidige inschrijf- en consulttarief huisartsen zowel acute als planbare zorg wordt geleverd.
  - b) Een variant waarbij de hoogte van het consulttarief acute basiszorg overdag gelijk is voor iedere aanbieder die deze zorg overdag wil aanbieden. De consequentie is dat dit gevolgen heeft voor de hoogte van het huidige inschrijftarief huisartsen. Zoals gezegd wordt de acute basiszorg in de toekomst waarschijnlijk niet meer betaald via het bedrag per verzekerde van de functie generalistische zorg, maar daarvan losgekoppeld. Voor de acute basiszorg kan dan een tarief worden gehanteerd dat gelijk is voor iedere aanbieder. Indien de acute basiszorg wordt losgekoppeld en wordt bekostigd middels een consulttarief, zal dat zijn weerslag hebben op het inschrijftarief generalistische basiszorg: in het huidige inschrijftarief- en consulttarief

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2898024

huisartsen zijn namelijk op dit moment ook de kosten voor acute zorg overdag opgenomen.<sup>7</sup>

Curatieve Zorg

- c) Een variant waarbij de hoogte van de tarieven worden berekend indien geen onderscheid wordt gemaakt tussen een tarief acute basiszorg overdag en in de ANW.

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2898024

5. Zoals gezegd komen alleen patiënten die binnen enkele uren of sneller gezien dienen te worden (U3, U2 of U1) in aanmerking voor een spoedtarief overdag; overige patiënten vallen in de reguliere basiszorg. Op de SEH en in de ANW zorg zijn er echter veel zelfverwijzers met een lagere urgentiescore dan U3. Deze patiënten maken feitelijk gebruik van de dure infrastructuur. In het kader van de kostenbeheersing en in het licht van de functie van de basisverzekering verdient het overweging om patiënten die met een urgentiescore van U4 of U5 aanspraak maken op acute basiszorg op de SEH of de huisartsenpost hiervoor een eigen bijdrage te laten betalen of anderszins een rem op dit overgebruik van te dure faciliteiten in te bouwen. Graag ontvang ik hierover uw advies.
6. In sommige gevallen zal in de acute basiszorg aanvullende diagnostiek (laboratorium, radiologie) nodig zijn. Ik wil u vragen de mogelijkheden te onderzoeken om deze diagnostiek in zowel de eerste lijn als het ziekenhuis op dezelfde wijze te financieren. In het ziekenhuis zou deze aanvullende diagnostiek dan bijvoorbeeld als 'eerstelijnsdiagnostiek' (als separate verrichtingen) kunnen worden gedeclareerd. Een en ander betekent dat er ook spelregels dienen te zijn wanneer een DBC mag c.q. dient te worden geopend, en er dus geen sprake meer is van een 'enkelvoudig' consulttarief. Een voor de hand liggend uitgangspunt zou hier kunnen zijn dat een DBC in een spoedtraject pas kan worden geopend indien de complexiteit van het diagnostische en/of therapeutische werk regie vanuit de tweedelijnsaanbieder vereist. Op dat moment is er immers geen sprake meer van zorg welke gesubstitueerd zou kunnen worden. Graag ontvang ik hierover uw advies of dit wenselijk is. Ik zal deze opdracht tevens uitzetten bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

## **VARIANT 2**

Een variant met een berekening van de hoogte van de tarieven, die u mij zou adviseren zonder de door mij gestelde voorwaarden.

### **Scenarioschetsen voor beide varianten**

Voor beide varianten verwacht ik tevens de volgende 3 scenarioschetsen:

- Een scenarioschets van de verschuivingen van inkomen op individueel cq. institutioneel niveau in het uitgangspunt dat de zorg georganiseerd is zoals het nu is en de zorgvraag niet is verschoven.

---

<sup>7</sup> Zie mijn opmerking op pagina 7 onder kopje generalistische basiszorg.

- Een scenarioschets van de verschuivingen inkomen op individueel cq. institutioneelniveau in het uitgangspunt dat het bekostigingssysteem de juiste prikkels heeft voor substitutie van zorg.
- De macrobudgettaire verschuivingen als gevolg van het nieuwe bekostigingssysteem.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2898024

### Huidige problematiek

Dan is er nog de huidige problematiek in het veld. De behoefte in veld voor een andere bekostigingswijze is groot, vanwege het feit dat er momenteel noch voor de ziekenhuizen, nog voor de huisartsenposten een prikkel bestaat om te integreren. Integratie van spoedeisende hulpen van ziekenhuizen met huisartsenposten is wenselijk vanwege het groot aantal zelfverwijzers (60%) dat naar de spoedeisende hulp gaat, waarvan een groot aantal patiënten (80%) huisartsgeneeskundig geholpen had kunnen worden. Op dit moment declareert het ziekenhuis een duurder DBC-tarief. Ik verwacht dat u per 1 maart 2009 een tijdelijke beleidsregel van een jaar opstelt waarin de verzekeraars, bijvoorbeeld via een vrije module, de ruimte krijgen de huisartsenposten te stimuleren om te integreren met spoedeisende hulpen.

### 3. Stabilisatie en vervoer

Zoals u ook aangeeft zijn in de huidige situatie zowel de overheid als de verzekeraar verantwoordelijk voor bepaalde deelaspecten bij de inkoop. De overheid geeft de vergunningen af waarna het aan de verzekeraars is om verdere afspraken te maken over bijvoorbeeld de prijs. Doordat de overheid al bepaalde keuzes heeft gemaakt bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteitseisen waaraan aanbieders zich moeten houden, hebben verzekeraars maar beperkte mogelijkheden en onderhandelingsmacht om goed in te kopen. U stelt in uw rapport dat de keuze voor een model waarbij de overheid allerlei eisen stelt en vervolgens de verzekeraar geen ruimte geeft om nog doelmatig in te kopen vanuit economisch perspectief gezien suboptimaal is. Als de overheid op bepaalde gebieden wil blijven sturen (toelating, kwaliteit) is het logischer dat de overheid gezien het sterke publieke karakter van de ordening van het aanbod ook zelf de verantwoordelijkheid voor de inkoop op zich neemt. U adviseert dan ook om ofwel voor een model te kiezen waarbij de overheid zelf de eisen stelt en zelf de verantwoordelijkheid neemt voor de inkoop of voor een model waarbij de verzekeraar de eisen voor toetreding mag bepalen en de inkoop uitvoert. Ik wil hierbij als volgt reageren.

Voor dit deel van het acute zorgaanbod de marktordening heb ik al essentiële keuzes gemaakt in de Waz. In de Waz wordt geregeld om per veiligheidsregio in Nederland zowel de meldkamer ambulancezorg als het ambulance vervoer onder te brengen bij één Regionale Ambulance Voorziening (RAV). Per regio zal de minister één vergunning voor onbepaalde tijd afgeven. Deze vergunning wordt op basis van een nog nader te bepalen programma van eisen aan een aanbieder toegewezen. De zorgverzekeraars in de regio brengen zowel advies uit over het programma van eisen als de vergunningverlening. In het programma van eisen zullen doelmatigheidsprikkels worden opgenomen, als een benchmark. Het programma van eisen en de vergunning vormen het kader voor de inkoop door de verzekeraar. Deze is daarbij gebonden aan de door de minister geselecteerde aanbieder.

#### 4. Eigen risico

Het huisartsenconsult is van dit eigen risico uitgezonderd om te voorkomen dat verzekerden een bezoek aan de huisarts om financiële redenen uitstellen. Het eigen risico geldt echter wel voor ziekenhuisdeclaraties. Patiënten hebben hierdoor in beginsel een financiële prikkel om naar de huisarts c.q. HAP te gaan. Het level playing field tussen SEH en hap/huisarts wordt volgens u hierdoor onnodig verstoord en u adviseert mij om deze ongelijkheid voor het generalistische acute basiszorgconsult op te heffen en de generalistische acute basiszorgconsulten voor de SEH ook uit te zonderen van het eigen risico. Ik ben van mening dat de functie acute basiszorg niet onder het eigen risico moet vallen. Daarbij verwijs ik tevens naar punt 4 van variant 1 voor mogelijke differentiatie in deze acute basiszorgverlening.

#### 5. Risicodragendheid zorgverzekeraars

U stelt terecht dat de risicodragendheid tussen de eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg gelijk moet worden getrokken. Voor wat betreft de risicodragendheid heb ik in een brief aan uw Kamer van 26 september jl. reeds aangegeven dat de risicodragendheid voor verzekeraars het komende jaar aanzienlijk (met 15 % punt) zal toenemen. Met name voor het "deelbedrag kosten b-dbc's", een belangrijk deel van het B-segment, is de nacalculatie fors verlaagd, van 50 % naar 15 %. In 2010 zal ik dit percentage verder verlagen tot 0 %. Hiermee is een stap gezet in de opheffing van de belemmeringen die voor de gewenste substitutie tussen eerste- en tweedelijnszorg bestonden.

#### 6. Dienst algemeen economisch belang (DEAB)

U stelt dat bij acute zorg de overheid sturing aan de marktordening met het oog op de bescherming van de publieke belangen en dat de borging van de publieke belangen soms de marktwerking bij het aanbieden of het inkopen van acute zorg kan beperken. Zo zal bij het verlenen van concessies voor zorgdiensten, soms de toelating tot de markt worden beperkt (bijvoorbeeld, ambulancediensten). Ook een keuze voor gezamenlijke inkoop van acute zorg door verzekeraars zal in beginsel leiden tot beperking van de concurrentie tussen verzekeraars onderling. Tenslotte kan de betaling van een beschikbaarheidsvergoeding om een voorziening in een bepaalde regio te borgen zorgaanbieders in een ongelijke concurrentiepositie brengen. Volgens u staat het mededingingsrecht (artikel 86 lid 2 EU en [...]) een dergelijk beperking van de mededinging op grond van het publieke belang onder voorwaarden toe. De overheid dient de betreffende zorg dan als dienst van algemeen economisch belang aan te wijzen. Een juiste borging van de sturing door de overheid bij acute zorg beperkt het risico dat de nietigheid van de regulering wordt ingeroepen door marktpartijen die nadeel ondervinden van de beperking van de marktwerking of dat de Europese commissie Nederland aanspreekt op naleving van de Europese regels betreffende het vrij verkeer van diensten, staatsteun of mededinging. Ik zal binnen een jaar nagaan of en welke voorzieningen die acute zorg leveren ter borging van het algemeen belang als dienst van algemeen economisch belang aangemerkt moeten worden.

Ik ga er vanuit dat u in april antwoord geeft op mijn gestelde vragen en dat u mij tevens tijdig aangeeft indien er onverhoopte inhoudelijke als wel procedurele problemen zich opdoen.

de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink

**Curatieve Zorg**

**Ons kenmerk**  
CZ/EKZ/2898024