

Vergaderjaar 2001–2002

27 295

Positionering algemene ziekenhuizen

Nr. 24

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 10 april 2002

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 14 maart 2002 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de **Positionering van algemene ziekenhuizen**.

Hierbij zijn de volgende brieven van de minister van VWS aan de orde:

- d.d. 1 februari 2002 inzake de **vervolg-uitvoeringstoets «Spreiding ziekenhuiszorg, eerste tranche» van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) (VWS-02-16)**;
- d.d. 19 december 2001 houdende afschrift brief aan de raden van bestuur van de algemene academische ziekenhuizen over een pas op de plaats m.b.t. fusie- en concentratievoornemens (VWS-01-1784);
- d.d. 15 februari 2002 inzake het **Atrium, locatie Kerkrade (VWS-02-176)**;
- d.d. 20 februari 2002 inzake het **voorgenomen fusiebesluit Medisch Centrum Molendael/ziekenhuis Eemland (VWS-02-195)**;
- d.d. 25 februari 2002 inzake **intentieverklaring Slotervaart-ziekenhuis en ZAO Zorgverzekeringen over de sanering en doorstart van het Slotervaartziekenhuis (VWS-02-2002)**;
- d.d. 4 maart 2002 inzake de **schaalgroottetoeslag in de budgetsystematiek van de algemene ziekenhuizen en beantwoording openstaande vragen AO van 13 december jl. (VWS-02-238)**;
- d.d. 8 maart 2002 over de **verantwoordelijkheidsvraag, alsmede over het instrumentarium dat bij de invulling daarvan zal worden gehanteerd (27 295, nr. 12)**.

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) merkt op dat de vraag wie de lakens uitdeelt in de ziekenhuiszorg, complex is en velen in ons land bezighoudt. Ook de minister gaat hier in haar brieven van 1 februari en 8 maart uitvoerig op in. De minister heeft vorig jaar de beleidsregels op grond van artikel 3 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) uitgebreid. Er moet

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Middel (PvdA), Van Lente (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Rijpstra (VVD), Bakker (D66), Rouvoet (ChristenUnie), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Gortzak (PvdA), Hermann (GroenLinks), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD), Mosterd (CDA), Çörüz (CDA) en Pitstra (GroenLinks).
Plv. leden: Lambrechts (D66), Rehwinkel (PvdA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Verburg (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Weekers (VVD), Ravestein (D66), Slob (ChristenUnie), Van 't Riet (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), 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), Rietkerk (CDA), Visser-van Doorn (CDA) en Van Gent (GroenLinks).

overleg met stakeholders gehouden worden en het beslissingsproces in geval van concentratie van ziekenhuisfuncties moet transparant zijn. Daarnaast dient concentratie van ziekenhuizen in de regionale context bekeken te worden, dienen de effecten ervan op andere ziekenhuizen in ogenschouw te worden genomen en dient de vraag naar het waarom van de concentratie beantwoord te worden. Ondanks deze uitbreiding is in de afgelopen maanden gebleken dat de stakeholders de uitleg van de directie en de inspraak als niet voldoende beschouwen.

Zij acht het van groot belang dat over de maatschappelijk-politieke definiëring van de bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg nu op korte termijn duidelijkheid ontstaat. Voor haar staat vast dat het tijdsverloop tussen het moment dat er in een huiselijke situatie spoedeisende medische hulp nodig is en het moment van aankomst in een basisziekenhuis niet meer dan 30 minuten mag zijn. De Kamer heeft de door haar ingediende motie van deze strekking breed gesteund. De minister heeft echter laten weten dat zij vooreerst vasthoudt aan het criterium van 45 minuten. Uit de uitvoeringstoets van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen, het CBZ, blijkt dat 17–18% van de bevolking in de huidige situatie niet binnen 30 minuten in een basisziekenhuis kan zijn. Mevrouw Hermann vindt dat hieraan dringend iets gedaan dient te worden.

Een ander punt betreft het verloop van het proces van overleg met de stakeholders. De minister geeft aan dat de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars dat samen moeten uitwerken, waarbij ook de provincie een rol zou kunnen spelen. Mevrouw Hermann is van mening dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun eigen verantwoordelijkheden hebben, maar dat de provinciale overheid daarbij de rol van scheidsrechter zou kunnen spelen. De provinciale overheid heeft een goed overzicht van de belangen van de inwoners, is een democratisch gekozen lichaam en heeft geen materiële belangen. Weliswaar heeft de provincie de procedurele rol dat zij een regiovisie dient vast te stellen, maar deze heeft geen juridische status.

Het CBZ heeft aangekondigd dat de tweede tranche van de uitvoeringstoets over de spreiding van ziekenhuiszorg in het voorjaar van 2002 klaar zal zijn, terwijl de minister spreekt over «voor de zomer». In verband met de onlangs gemaakte afspraak om de Wet exploitatie zorgvoorzieningen (WEZ) plenair in behandeling te nemen, verzoekt zij de minister er bij het CBZ op aan te dringen dat de tweede tranche van de uitvoeringstoets er snel komt.

De heer **Buijs** (CDA) vindt dat uit het vandaag namens 15 ziekenhuizen en 26 belangengroepen aangeboden en door de PCOB ondersteunde manifest duidelijk blijkt dat honderdduizenden mensen bang zijn dat de bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg in hun regio langzaam uit hun vingers begint te glijpen. Hij roept de minister op vandaag goed te luisteren naar de stem van de bevolking. De bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg is een uiterst belangrijke zaak.

Zijn fractie heeft zich achter de motie over een bereikbaarheidscriterium van 30 minuten geschaard. Het blijkt dat 17,5% van de bevolking in ons land niet binnen 30 minuten in een ziekenhuis kan zijn. Het betreft dan de Wadden en grote delen van Zeeland, terwijl op Schouwen-Duiveland zelfs het criterium van 45 minuten niet gehaald kan worden. Hij wil niet wachten op de uitkomst van het onderzoek van de stuurgroep modernisering verloskunde of het bereikbaarheidscriterium 30 of 45 minuten moet zijn. Hij vindt een aan- en afrijdtijd van beide maximaal 15 minuten een must gezien de bewezen grotere overlevingskansen voor patiënten die acute zorg nodig hebben. De kostenoverwegingen dienen hier ondergeschikt te zijn aan de gezondheidsbelangen. Hij wil de stuurgroep wijzen op een artikel in de British medical journal van 19 juli 2001. Daarin staat dat wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat het terugbrengen van

de aanrijdtijd van 14 naar 8 minuten bij acute patiënten met pijn op de borst 8% meer overlevingskans geeft.

Hij is van mening dat de bijlage bij de brief van de minister van 1 februari, waarin de ziekenhuizen worden ingedeeld, op het criterium van 30 minuten dient te worden aangepast. Dit zou ertoe leiden dat de locaties Zierikzee en Oldenzaal de status van basisziekenhuis moeten krijgen respectievelijk behouden. De minister heeft op 19 april 2001 beloofd dat in Zierikzee spoedeisende hulp 7 x 24 uur en een short stay-afdeling zouden blijven, maar heeft zich daar tot nu toe niet aan gehouden. Hij wil in Zierikzee in ieder geval een profielziekenhuis hebben, terwijl toegewerkt moet worden naar herstel van een basisziekenhuis. Wat de andere ziekenhuizen betreft dient Oldenzaal een basisziekenhuis te zijn, terwijl hij de locaties Schiedam en Vlaardingen beide in stand wil houden. Hetzelfde geldt voor Vlissingen en Goes. Hij wil de minister de gelegenheid geven om het onderzoek naar het Slotervaartziekenhuis af te ronden. Hij wacht de berichten van de minister voor 1 januari 2003 af en zal dan zijn positie bepalen.

Hij is in het algemeen van mening dat de stand still op de afbraak van kleine ziekenhuizen gehandhaafd moet blijven, terwijl daar waar ontmanteling van de kleine ziekenhuizen nu al buiten de criteria valt, herstel van functies dient plaats te vinden.

Hij merkt tot slot op dat de huidige WZV voldoende handvatten biedt aan de minister om waar nodig in te grijpen. Zij heeft daarnaast de mogelijkheid om met ZN invloed uit te oefenen op de budgetten van de ziekenhuizen. Zij kan ook besluiten om de gedragscode van de NVZ een juridische status te geven. Ook uit het feit dat de NVZ onmiddellijk gehoor gegeven heeft aan haar oproep tot een stand still, blijkt dat men haar gezag wel degelijk erkent.

Mevrouw **Van Vliet** (D66) vindt dat de stand still gehandhaafd moet worden totdat er duidelijkheid bestaat over de vraag of er een meldpunt moet komen en totdat de tweede tranche van de uitvoeringstoets van het CBZ er is. Wanneer kan de Kamer dit rapport verwachten?

De minister schrijft in de brief van 8 maart over de criteria en de verantwoordelijkheidsverdeling. Mevrouw Van Vliet is blij dat er nu een gedragscode is, waarmee er een verantwoordelijkheid is gelegd bij de ziekenhuissector. Ook de provincie heeft een verantwoordelijkheid, namelijk het opstellen van een regiovisie, terwijl de minister haar verantwoordelijkheid heeft via de beleidsregel ex artikel 3 van de WZV en door het stellen van normen. Door het verbeteren van het begrippenkader is helderheid ontstaan over het begrip «basisziekenhuis», terwijl ook het bereikbaarheids criterium duidelijker wordt omschreven. Zij wil niettemin een aantal kanttekeningen plaatsen bij het bereikbaarheids criterium van 45 minuten. De minister zal ongetwijfeld ingaan op de wens die de Kamer in meerderheid heeft geuit om te komen tot een bereikbaarheidsgrens van 30 minuten. Zij wil los hiervan aandacht vragen voor het feit dat momenteel zelfs het criterium van 45 minuten lang niet overal gehaald wordt. Kan de minister garanderen dat dit criterium overal gehaald zal worden?

De minister constateert verder dat er «witte vlekken» zijn, maar geeft geen oplossingsrichting aan. Kan zij hier meer helderheid over verschaffen?

Er worden in de brief criteria gesteld voor een basisziekenhuis, maar er staat ook dat er redenen kunnen zijn om van deze criteria af te wijken. Welke redenen zijn dat? Wie gaat dat beoordelen? Waar ligt de verantwoordelijkheid? De minister zegt dat lokale partijen dit moeten doen. Wie zijn lokale partijen?

Zij wil graag weten of de kleinschaligheidstoeslag een structurele locatie-toeslag wordt.

Zij sluit zich aan bij de opvatting over het Zweedse Rode Kruis Ziekenhuis in Zierikzee.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) wijst erop dat de kleine ziekenhuizen door de bereikbaarheid, de persoonlijke sfeer en de goede communicatie vaak een goede pers hebben bij de patiënten. Specialisten en management kijken hier vaak heel anders tegenaan. De minister dient de raden van toezicht van de ziekenhuizen op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid aan te spreken. Zij hebben een belangrijke rol in het geheel, die zij helaas lang niet altijd waarmaken. Haar fractie is altijd van mening geweest dat er geen kleine ziekenhuizen gesloten moeten worden en dat dit ook in de toekomst niet moet gebeuren. Zij kan uit de brieven van de minister niet opmaken welke kant het uitgaat met de ziekenhuizen en waarvoor de minister zich wil gaan inzetten. Het CBZ heeft een uitstekend rapport afgeleverd. Zij gaat ervan uit dat de bijgesloten lijst een indicatieve lijst is. Haar opvatting over het aantal lokaties en de invulling van taken zoals die zijn vermeld is: «minder mag niet, meer wel». Dit laatste betekent dat waar nodig functies en lokaties die verloren zijn gegaan, hersteld moeten worden, uitgaande van het 45-minutencriterium. Het CBZ constateert verder dat er een aantal witte vlekken zijn. Zij is van mening dat deze ingevuld dienen te worden.

Zij acht voor het voortbestaan van kleine ziekenhuizen samenwerking tussen deze ziekenhuizen en STZ-ziekenhuizen of grote ziekenhuizen en STZ-ziekenhuizen en academische ziekenhuizen zeer gewenst.

Het is zaak dat er in de dunbevolkte gebieden waar op dit moment de grens van 45 minuten niet gehaald wordt, zoals in Zeeland en de Flevo-polder, een actief beleid gevoerd wordt. Zeeland heeft aan de hand van een aantal uitgangspunten een goed plan opgesteld. Het is de taak van de minister om als hoeder van de bereikbaarheid van de zorg te zorgen dat de juiste oplossingen gevonden worden.

Het ziekenhuis in Emmeloord kan blijven voortbestaan als de verzekeraars de laatste toezeggingen doen. De minister moet zich actief mengen in dit proces en laten weten dat zij het voortbestaan van het ziekenhuis van groot belang acht.

Zij wil het overleg over het Slotervaartziekenhuis afwachten. Overigens lijkt het haar een goed idee om een aantal bedden over te plaatsen naar Almere, waar de bevolking steeds groter zal worden.

Wanneer is de tweede tranche van de uitvoeringstoets van het CBZ te verwachten? Kan de minister de Kamer op korte termijn een experimenteel artikel voorleggen in de WZV om gewenste ontwikkelingen te bevorderen en ongewenste ontwikkelingen tegen te houden? Daarmee kan het probleem dat een aantal verantwoordelijkheden nu niet helder benoemd is, worden opgelost.

Er moet naar worden gestreefd om met de spreiding die er nu is, het bereikbaarheidscriterium van 45 minuten te halen. Zij is het met de minister eens dat met een betere ambulancevoorziening in een aantal provincies ook nog tijdwinst is te behalen. Zij wil de tweede tranche van de toets van het College bouw afwachten. Zij is graag bereid op grond van de uitkomsten daarvan eventueel haar mening over het bereikbaarheidscriterium te herzien.

Mevrouw **Arib** (PvdA) wijst er nog eens op dat 80 tot 90% van de basiszorg door de kleine ziekenhuizen wordt geleverd. Hoewel de minister stelt dat deze basiszorg niet in gevaar mag komen door fusies en concentraties van ziekenhuizen, blijkt deze zorg ondertussen wel degelijk in gevaar te verkeren. De ziekenhuisdirecteuren, de raden van toezicht en de verzekeraars bepalen in feite wat er moet gebeuren. Door alle fusies en concentraties komt de bereikbaarheid van de zorg ernstig in het gedrang. Dit heeft directe gevolgen voor de mensen in het verzorgingsgebied van de betrokken ziekenhuizen. Dit blijkt uit de brieven van de gemeenten Alphen aan de Rijn, Baarn, Kerkrade, Leidschendam, Voorburg, Oldenzaal, Schouwen-Duiveland, Veere, Velzen en Vlissingen. Dit geldt niet alleen voor plattelandsgebieden maar ook voor stedelijke gebieden waar de

reistijden het maximumcriterium van 45 minuten vaak overschrijden. Bij spoedeisende hulp en verloskunde is dit rampzalig. Het is zaak dat de minister vandaag de onrust wegneemt en helderheid geeft over haar plannen.

Volgens de minister zijn er verschillende invalshoeken van waaruit de verantwoordelijkheidsvraag beantwoord kan worden. Mevrouw Arib is van mening dat de minister verantwoordelijk is voor een goede, toegankelijke zorg en daarmee voor voldoende spreiding van deze zorg. Zij kan zich vinden in het standpunt dat de huidige formele situatie het uitgangspunt moet zijn. Daaruit dient dan echter wel te worden afgelezen welk instrumentarium nodig is om in de praktijk een toegankelijke zorg te kunnen waarborgen.

De minister stelt dat bouwinvesteringen via de melding lopen, terwijl de betrokkenheid van de stakeholders wordt gegarandeerd via een uitbreiding van de meldingsregeling. De minister verwijst echter voor fusie, herschikking of concentratie zonder bouw naar de gedragscode van de NVZ (Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen). Is zij ervan overtuigd dat deze gedragscode voldoende waarborgen biedt voor maatschappelijk verantwoord gedrag? Gaat zij ervan uit dat de stakeholders altijd betrokken worden bij fusie, concentratie of herschikking? Er zijn een aantal voorbeelden te noemen van lokaties waar gefuseerd werd, terwijl niet werd voldaan aan de voorwaarde dat de stakeholders betrokken moeten worden. Waarom zorgt de minister er niet voor dat de uitgangspunten van haar beleid daadwerkelijk in praktijk worden gebracht? Het blijft onduidelijk wie verantwoordelijk is voor het realiseren van een goede spreiding en bereikbaarheid. Volgens de minister moeten partijen dit regelen. Maar de ziekenhuizen krijgen alleen prikkels tot concentratie van zorg, de verzekeraars vervullen over het algemeen niet de rol van belangenbehartiger van de patiënten, de gemeente heeft geen bevoegdheden en de patiëntenorganisaties zijn te weinig krachtig. De minister zal daarom het algemeen belang moeten waarborgen. Welke instrumenten heeft de minister om de bereikbaarheid voldoende te waarborgen? Moeten de burgers naar de stakeholders worden verwezen? Durft de minister met de hand op het hart te verklaren dat haar beleidslijn absoluut niet kan worden doorkruist en dat het tegen haar wens theoretisch onmogelijk is dat fusies en sluitingen doorgaan op grond van de huidige formele regels? Mevrouw Arib is bang dat de spreiding en de bereikbaarheid wel degelijk in gevaar zijn.

Zij vindt dat het Slotervaartziekenhuis voorziet in een belangrijke functie en dat onverkort moet worden vastgehouden aan de eerder door de Kamer ingenomen opstelling. De uitkomst van het onderzoek dient zo snel mogelijk aan de Kamer ter hand te worden gesteld, terwijl besluitvorming niet mag plaatsvinden voordat hierover in de Kamer is gesproken.

Bij het bepalen van het gewenste minutencriterium dient het uitgangspunt te zijn dat de acute zorg zo snel mogelijk voorhanden is. Een kwartier zou natuurlijk een ideale situatie zijn. Zij vindt het onverantwoord dat in bepaalde gevallen de termijn van 45 minuten wordt overschreden. Acute zorg, of dit tweedelijnsverloskunde, kindergeneeskunde, interne geneeskunde of eerste hulp betreft, moet zo snel mogelijk geboden kunnen worden.

Zij wil van de minister de absolute garantie hebben dat de uitgangspunten van haar beleid praktisch handhaafbaar zijn. Welke waarde kan de Kamer toekennen aan de beleidsvisie van de minister?

Zij is het er volledig mee eens dat de stop op de afbraak van kleine ziekenhuizen gehandhaafd blijft. De kritische grens is al bereikt. Er zijn maatregelen nodig om de praktijk van fusies en concentraties te stoppen. Er zal nog geruime tijd overheen gaan voor de Wet exploitatie zorginstellingen in de Kamer behandeld is. Is de minister bereid om tot de inwerkingtreding van de WEZ een noodmaatregel af te kondigen? Dit kan door de beleidsregel ex artikel 3 WZV zo te wijzigen dat in artikel 4.2. na de

woorden «indien een ziekenhuisorganisatie gevestigd is op meer dan een lokatie en over wil gaan tot concentratie van zorg» wordt ingevoegd «of wanneer een ziekenhuis wil sluiten». Er dreigt anders een onacceptabele terugloop van de bereikbaarheid en spreiding van voorzieningen.

Mevrouw **Kant** (SP) was blij met de oproep die de minister in december heeft gedaan om te stoppen met de processen van afbraak van kleinere ziekenhuizen. In antwoord op Kamervragen bleek echter dat de minister niet de garantie kon geven dat er na haar oproep geen functieveranderingen hebben plaatsgevonden. Berichten uit de praktijk geven aan dat bij de directies van ziekenhuizen niet de intentie blijkt te bestaan om te stoppen met die processen. De minister van VWS deelt blijkbaar niet de lakens uit.

Het antwoord van de minister dat zij geen aanleiding ziet om situaties terug te draaien, is nogal voorbarig. Er ligt nu een toets van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen over de spreiding en de bereikbaarheid van de zorg, maar de discussie over de vraag wat maatschappelijk en vanuit zorgoogpunt gewenst is, is onvoldoende gevoerd. In die discussie moet de vraag beantwoord worden of bepaalde situaties teruggedraaid moeten worden.

Zij onderschrijft de uitgangspunten van het manifest, dat door vele actiegroepen en gemeenten is ondertekend: zoveel mogelijk kleinere ziekenhuizen als basisziekenhuizen behouden. de bereikbaarheid van het basisziekenhuis is essentieel. Zij is van mening dat een criterium van 30 minuten nog te ruim is en dat het criterium eerder 15 minuten zou moeten zijn. Kleinschaligheid is vanuit maatschappelijk en sociaal oogpunt en vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg onmisbaar. De Kamer moet er veel meer oog voor hebben dat de kleine basisziekenhuizen vanwege de menselijke maat zeer gewaardeerd worden. Zij is het eens met de volgende actiepunten: handhaving van de stop van alle huidige plannen van directies en bestuur om ziekenhuizen op te heffen of functies te concentreren. Dit dient te worden gecontroleerd en gehandhaafd en er dient niet alleen een oproep gedaan te worden. er dient terwijl de stop er is een onderzoek gedaan te worden naar de maatschappelijke behoefte aan ziekenhuiszorg, daar waar plannen of processen van ontmanteling van kleinere ziekenhuizen plaatsvinden, zodat daarna geconcludeerd zou kunnen worden dat bepaalde functies moeten terugkeren. Het beddenaantal over het hele land gezien dient gezien de vergrijzing niet te worden vermindert. Kleinere ziekenhuizen dienen financieel te worden gestimuleerd. Ziekenhuisbesturen moeten meer gedemocratiseerd worden om maatschappelijk ongewenste ontwikkelingen tegen te gaan. Het is ongewenst dat de directies van grote ziekenhuizen de lakens uitdelen. De regionale maatschappelijke geledingen dienen in het bestuur te zijn vertegenwoordigd. Overleg met stakeholders is mooi, maar werkt niet als niemand vervolgens verplicht is om ernaar te luisteren.

Zij wijst tot slot op de brief van het Comité verantwoorde basiszorg, een groep artsen die zelf een aantal ideeën op papier heeft gezet. Kan de minister hierop reageren?

Het antwoord van de minister

De **minister** merkt op dat iedereen graag een goed ziekenhuis dicht in de buurt wil hebben en houden. Gezondheidszorg heeft in belangrijke mate te maken met emoties. Iedereen wil, als het nodig is, graag snel vakkundige hulp hebben.

Er doen zich inderdaad in toenemende mate problemen voor op dit gebied. Er hebben in de laatste tijd een aantal ontwikkelingen plaatsgevonden die hier debet aan zijn. Het personeelstekort in het algemeen maakt dat het moeilijk is om in alle ziekenhuizen voldoende mensen te laten werken. Daarnaast spelen de veranderende opvattingen over werk-

tijden bij specialisten een rol. Ook specialisten willen steeds meer toe naar normale werktijden. Verder komen er steeds meer vrouwelijke artsen in de gezondheidszorg werken, die als zij een gezin hebben, vaak parttime willen werken. De eerste personeelstekorten ontstaan meestal bij de kindergeneeskunde. Vanwege het feit dat steeds minder kinderen in een ziekenhuis opgenomen hoeven te worden, heeft een klein ziekenhuis meestal slechts werk voor twee kinderartsen. Doordat deze artsen veel diensten moeten draaien, kunnen zij zich niet sub-specialiseren. Verder stelt de Vereniging voor kindergeneeskunde dat een maatschap minimaal drie maar liefst vijf kinderartsen dient te omvatten, willen de artsen blijven op hun terrein en goede kwaliteit kunnen leveren.

Ook de ontwikkeling van de medische technologie noopt hier en daar tot schaalvergroting, hoewel deze het tegelijkertijd ook mogelijk maakt om hoogwaardige zorg dicht bij huis te leveren. Denk aan de geneeskunde op afstand, waarbij een specialist in een groter ziekenhuis via de video meekijkt met de operatie door een collega in een kleiner ziekenhuis.

Ook fusies hebben er vaak toe geleid dat de ene lokatie een aantal functies verliest die vervolgens in de andere lokatie geconcentreerd worden. Er is in het voortdurende gesprek tussen Kamer en kabinet, waarin de Kamer een zeer belangrijke rol heeft gespeeld, op dit moment een nieuw fixatiepunt bereikt. Kamer en kabinet zijn het erover eens dat de situatie zoals deze nu is, niet verder mag verslechteren. Volgens het rapport van het CBZ is de situatie over het hele land bekeken aanvaardbaar, maar zal deze de gevarenszone naderen wanneer op deze manier wordt doorgegaan. Uit de cijfers blijkt dat er nog op zeer veel plekken ziekenhuislocaties zijn, al is het aantal organisaties door de fusies teruggelopen.

De vraag dient te worden gesteld wat nu precies de definitie moet zijn van een ziekenhuis. Men is geneigd daaronder een basisziekenhuis te verstaan waar alle verrichtingen mogelijk zijn. Daarboven zijn er een aantal topziekenhuizen en academische ziekenhuizen waar ingewikkelde zorg wordt verleend. Veel mensen voelen het als een verlies, wanneer op bepaalde plaatsen in plaats van een basisziekenhuis een dagziekenhuis overblijft waar alleen maar overdag alle nodige medisch-specialistische zorg is te krijgen. Toch zijn er op de poli en in de dagkliniek steeds meer medisch-specialistische verrichtingen mogelijk. Een goed voorbeeld is Kampen, waar de dagkliniek na aanvankelijke protesten nu goed loopt. De minister heeft uit de grote opkomst vandaag begrepen dat de bevolking de ontmanteling van de kleine ziekenhuizen niet aanvaardbaar acht. Er zijn allerlei groepen die zich in hun belang geschaad voelen door het teruggaan in functies van bepaalde ziekenhuizen. De Nederlandse patiënten/consumentenfederatie, de NPCF, vertegenwoordigt daarbij een belangrijke groep. Daarnaast speelt de inspectie van de gezondheidszorg een grote rol bij de beoordeling van de kwaliteit. Zij moet bekijken hoe zoveel mogelijk functies in ziekenhuizen behouden kunnen blijven met behoud van een verantwoorde kwaliteit. Bereikbaarheid is dus een zeer belangrijke zaak, maar ook kwaliteit is van groot belang. Het is niet eenvoudig om op zoveel mogelijk plekken in Nederland de basisziekenhuizen overeind te houden met behoud van kwaliteit.

Het is bij een schaarste aan specialisten moeilijk om de kleine ziekenhuizen te blijven bemensen, omdat de specialisten liever in grotere ziekenhuizen gaan werken waar zij een gevarieerdere praktijkervaring kunnen opdoen. Er worden momenteel specialisten uit verre landen aangetrokken om in Nederland te komen werken. De suggestie is gedaan om specialisten die in de grotere ziekenhuizen werken te verplichten een aantal dagen in de kleinere ziekenhuizen te gaan werken. Het probleem hierbij is dat zij geen wettelijke basis heeft om de specialisten hiertoe te verplichten. Overigens is de Vereniging voor kindergeneeskunde bezig om een oplossing te vinden voor het probleem. Zo wil een grote kinderartsenmaatschap die in Rotterdam zijn hoofdvestiging heeft, zich garant stellen voor een goede kindergeneeskunde in de kleinere ziekenhuizen in de

regio. Dit zou voor de verloskunde en de gynaecologie een voorbeeld kunnen zijn. Zij probeert waar mogelijk actief het probleem aan de orde te stellen en mensen tot creatieve oplossingen te brengen.

Er is vooruitgang geboekt door de opwaardering van het huisvestingsplan lange termijn en het vergroten van de meldingsregeling. Verder is gekeken welke beleidsvisies in de toekomst ontwikkeld kunnen worden, die dan via de WEZ een wettelijke basis kunnen krijgen. De minister is daarom blij dat de Kamer binnenkort de WEZ wil behandelen, omdat dit wetsvoorstel een aantal mogelijkheden biedt voor oplossing van deze problematiek.

Er zijn ook vragen gesteld over de verantwoordelijkheidsverdeling. De ziekenhuizen zelf zijn samen met de zorgverzekeraars in hoge mate verantwoordelijk voor wat er in de individuele ziekenhuizen gebeurt. Zij zijn verantwoordelijk voor hun budget en de functies. Zij heeft een oproep gedaan aan de NVZ om te komen tot een stand still. De NVZ heeft hier onmiddellijk gehoor aan gegeven en er bij haar leden op aangedrongen om haar verzoek te respecteren tot het spreidingsvraagstuk nader is gekwantificeerd. De NVZ voegt hier echter aan toe dat zij op grond van het rapport van het CBZ geen reden ziet voor een stand still.

Inmiddels hebben de NVZ, het IPO, de NPCF en de Zorgverzekeraars Nederland elkaar gevonden. Zij hebben in concept een plan van aanpak klaar voor het opstellen van een landelijk referentiekader waarmee zij de spreiding en de bereikbaarheid van de medisch-specialistische zorg willen waarborgen. Partijen nemen hier dus duidelijk hun verantwoordelijkheid. Onder waarborgen moet dan ten minste worden verstaan dat de situatie zoals deze nu is en zoals deze in de indicatieve lijst door het CBZ is opgesteld, gehandhaafd blijft. Ook de witte vlekken in Nederland die op het landkaartje te zien zijn, moeten worden ingevuld. Zij zal partijen hierover een brief sturen. Dit betekent echter niet dat op die plekken waar de situatie nu anders is geregeld – Dordrecht, Den Bosch, Kampen, Zwolle – de zaken teruggedraaid moeten worden. Zij is ervoor dat op plekken waar mensen elkaar gevonden hebben op een nieuwe schikking van functies, de situatie gehandhaafd wordt.

De minister is van mening dat lokale partijen het met elkaar erover eens moeten worden wat men wil uitruilen of verschuiven. Daarbij geldt volgens de nieuwe beleidsregel van de WZV dat het ziekenhuis geprobeerd moet hebben om met alle partijen, de stakeholders tot overeenstemming te komen. Het IPO vindt dat het provinciebestuur erop moet toezien of dat proces op een goede wijze plaatsvindt. Stel dat een ziekenhuis zonder dat de stakeholders het ermee eens zijn, een bepaalde handelwijze wil doorzetten, dan moeten er instrumenten voorhanden zijn om dit tegen te kunnen gaan.

De minister beschouwt de lijst met de categorale indeling van de ziekenhuizen als een minimumlijst. Dat betekent dat de witte vlekken ingevuld moeten worden. Verder kunnen er ziekenhuizen op de lijst staan als profielziekenhuis, terwijl de stakeholders het daarmee niet eens zijn en er mogelijkheden bestaan om hier iets aan te doen. De mogelijkheid bestaat dus in principe om opnieuw van profiel- naar basisziekenhuis te promoveren. Dit speelt bijvoorbeeld bij Goes en Vlissingen.

De minister zal met het IPO afspreken dat de provincie melding maakt van zaken waarbij er iets mis dreigt te gaan, omdat de stakeholders wel geraadpleegd zijn maar hun raad in de wind wordt geslagen. Vanzelfsprekend kunnen behalve de stakeholders ook anderen zoals patiënten en huisartsen melding maken van zaken die mis dreigen te gaan. Er dient echter in de bestuurlijke sfeer een instantie te zijn die daarop kan worden aangesproken. Dat is in dit geval het provinciebestuur. Een zwak punt in het geheel is echter dat zij op dit moment geen mogelijkheid heeft tot het opleggen van sancties, behalve wanneer er nieuwbouw aan de orde is. Zij kan in dat geval de trekkingsrechten schorsen totdat er overeenstemming is bereikt. Zij dringt niet voor niets op aan op een snelle behandeling van

de WEZ, omdat daarmee de sanctiemogelijkheid wordt gegeven om de exploitatietoestemming op te schorten. Daarnaast kan de WEZ het referentiekader van de provincie wettelijk bindend verklaren. Ook worden met de WEZ experimenten mogelijk. Zij is graag bereid om te kijken hoeveel tijd het zal kosten om een experimenteerartikel op te nemen in de WZV. De WZV blijft echter een bouwwet, terwijl het probleem waar het hier om gaat in feite de exploitatie, de functies betreft.

Zij is vanzelfsprekend van plan om alle instrumenten, waaronder ook haar gezag, in te zetten om in processen opnieuw tot een stand still te komen als partijen het niet eens zijn. Zij voelt er echter in het algemeen niet voor om via een bouwwet oneigenlijke constructies te creëren.

De tweede tranche van de uitvoeringstoets van het CBZ is toegezegd voor 8 juli, dus niet voor de behandeling van de WEZ. Zij zal er echter bij het college op aandringen om dit rapport eerder te laten verschijnen.

Zij gaat vervolgens in op de vraag of het bereikbaarheids criterium 45 of 30 minuten dient te zijn. Zij wijst er om te beginnen op dat er in de Nederlandse ambulances uitstekende zorg verleend wordt. Volgens de kaartjes zou het hanteren van een 30-minutengrens leiden tot de noodzaak om op circa 20 plaatsen in Nederland nieuwe ziekenhuizen te bouwen. Daarmee is een bedrag van ten minste 1 mld euro gemoeid. Zij heeft hier niets op tegen, al vraagt zij zich wel af hoe het probleem van het personeelstekort in dat geval moet worden opgelost.

Het is een goede suggestie om eerst te trachten om overal te voldoen aan het bereikbaarheids criterium van 45 minuten. Daarbij blijven de Waddeneilanden een moeilijk punt. Wanneer het criterium van 45 minuten gehaald is, is het vervolgens zaak te gaan nadenken over de volgende stap. Daarbij is de vraag aan de orde of de oplossing altijd de bouw van een nieuw ziekenhuis zal zijn of het opnieuw inrichten van een bestaand ziekenhuisgebouw als basisziekenhuis. De functieverhuizingen hebben natuurlijk niet voor niets plaatsgevonden. Er moet voldoende werk zijn voor de specialisten. Zij wil nu eerst alle partijen die bezig zijn een plan van aanpak voor een landelijk referentiekader op te stellen de ruimte geven. Zij wil daarbij als eerste eis stellen het voldoen aan het 45-minutencriterium. Zij juicht ook hier creatieve oplossingen toe. Zo kan een extra ambulancestandplaats in probleemgebieden zoals Schouwen-Duiveland en Zeeuws-Vlaanderen soms helpen om een snellere bereikbaarheid van een ziekenhuis te realiseren. Wanneer men vervolgens tot de conclusie komt dat het om redenen van kwaliteit wenselijk is dat de grens naar 30 minuten verschuift, dan zullen er op verschillende plaatsen in het land nieuwe ziekenhuizen moeten komen. Daarvoor zijn goede plannen en veel geld nodig. Het kabinet heeft daar op dit moment geen miljard euro voor op de plank liggen.

Haar eerste indruk van het rapport De Greve en Partners is positief. Om hierover een goed oordeel te geven, zal zij het echter eerst uitgebreid moeten lezen. Misschien zal men inderdaad moeten erkennen dat een ziekenhuis bijna nooit meer selfsupporting kan zijn voor alle functies en dat er altijd sprake moet zijn van samenwerking. Zij ziet echter niet veel in de gewijzigde verantwoordelijkheidsverdeling in het land die volgens het rapport nodig zou zijn. Zij zou nu eerst eens met het net gewijzigde systeem aan het werk willen gaan. Samenwerking is daarbij natuurlijk prima.

De minister stelt tot slot uitdrukkelijk dat zij vertrouwen heeft in partijen. Er moet echter een stok achter de deur zijn, mocht dit vertrouwen onverhoopt beschaamd worden. De nieuwe regeling maakt dat zij onmiddellijk op de hoogte wordt gesteld als er iets mis gaat, zodat zij kan ingrijpen. Zij stelt daarom voor om de algemene stand still van ziekenhuizen op te heffen. Bepaalde ziekenhuizen waar processen gaande zijn, komen wat betreft hun budget in de problemen, als zij deze processen te lang moeten stilleggen. Zij noemt in dit verband het ziekenhuis in Kerkrade.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) begrijpt dat de minister eerst overal het 45-minutencriterium wil realiseren. Moet zij daaruit opmaken dat de minister zich nu nog niet achter het 30-minutencriterium schaaft?

De heer **Buijs** (CDA) zou graag van de minister de principe-uitspraak hebben dat zij kiest voor het 30-minutencriterium. De minister kan daar waar het 30-minutencriterium gehaald kan worden door bestaande lokaties de status terug te geven die zij hadden, deze bereikbaarheid op korte termijn realiseren.

Hij wil de algemene stand still alleen opheffen in geval het betekent dat er functies worden toegevoegd.

Kan de minister binnen twee weken komen met een actieplan ten aanzien van alle lokaties op de indicatielijst, waaruit haar inzet voor de komende tijd blijkt?

Mevrouw **Van Vliet** (D66) is blij dat de minister het 45-minutencriterium gaat verwerklijken en de witte vlekken invullen. Is het de bedoeling van de minister om vervolgens naar een 30-minutencriterium toe te werken? Zij wil de tweede tranche van de uitvoeringstoets van het College bouw afwachten alvorens de stand still op te heffen.

Maken de gemeenten onderdeel uit van de stakeholders?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) heeft begrepen dat de minister haar stelling «minder mag niet, maar meer wel» onderschrijft. Zij is ervoor om de stand still te verlengen tot de tweede tranche van het CBZ er is. Zij ziet in een samenwerking die uit de beroepsgroep zelf ontstaat, zoals bij de kinderartsen, een voorbeeldfunctie. Zij blijft voorstander van het opnemen van een experimenteerartikel in de WZV.

Mevrouw **Arib** (PvdA) is het ermee eens dat bij conflicten bemiddeling in de regio moet plaatsvinden door een democratisch gekozen gremium. Daarbij horen echter helder omschreven bevoegdheden en verantwoordelijkheden van partijen. Zij vindt een gedragscode te vrijblijvend.

Kan de minister toezeggen dat er ook bij fusie en sluiting een meldingsplicht komt?

Kan de minister garanderen dat zij daadwerkelijk zal ingrijpen, wanneer er signalen komen dat processen niet goed verlopen?

Zij acht het van groot belang dat er binnen twee weken een plan van aanpak ligt.

Mevrouw **Kant** (SP) wil graag meer duidelijkheid over de precieze betekenis van de stand still. Hoe valt te controleren of iedereen zich hieraan houdt? Is de minister bereid handelend op te treden wanneer er iets gebeurt dat in strijd is met de stand still?

De tweede tranche van het rapport van het CBZ gaat over de investerings- en exploitatiekosten. Daarmee wordt de vraag wat vanuit maatschappelijk en zorgoogpunt gewenst is, niet beantwoord. Kan de minister alle lokaties op de indicatielijst vanuit deze invalshoek nalopen? Kan zij in het plan van aanpak aangeven wat op die lokaties gewenst is, rekening houdende met de wensen van bevolking en huisartsen?

De **minister** wil er eerst voor zorgen dat in heel Nederland aan het bereikbaarheidscriterium van 45 minuten wordt voldaan. Zij zal zich vervolgens oriënteren op de noodzaak om te komen tot een bereikbaarheidscriterium van 30 minuten. Een vergelijking met het buitenland is niet representatief, omdat men daar niet beschikt over ambulances die zo goed geoutilleerd zijn als in Nederland.

Zij wijst opnieuw op het feit dat het bij de problematiek van de ziekenhuizen niet in de eerste plaats om gebouwen maar om functies gaat. Het heeft geen zin om een gebouw te heropenen als er niet voldoende artsen aangetrokken kunnen worden.

Partijen, de NVZ, het IPO, de NPCF en de ZN, gaan aan de hand van de indicatielijst een referentiekader en een plan van aanpak maken. Zij is niet van plan om dit initiatief te gaan doorkruisen met een eigen actieplan. Zij wil partijen echter graag verzoeken om zo snel mogelijk, liefst binnen drie weken, met dit plan te komen. Zij zal de Kamer na overleg met partijen berichten of deze termijn haalbaar is. De lokaties waar problemen zijn en nog geen overeenstemming is bereikt, kunnen vervolgens aan dit kader getoetst worden. Daarmee wordt de verantwoordelijkheid gelegd waar deze in eerste instantie thuishoort. Zij is er niet voor de stand still te handhaven voor alle ziekenhuizen. Bij die ziekenhuizen waar een gezamenlijk draagvlak is ontstaan voor de plannen die ontwikkeld worden, moet men hiermee door kunnen gaan. In alle andere gevallen kiest zij voor een stand still-principe tot het referentiekader er is. Dit kader lijkt haar relevanter dan het afwachten van de tweede tranche van het rapport van het College bouw over investerings- en exploitatieaspecten. Als het referentiekader er is, kan iedere nieuwe activiteit op het gebied van fusie, concentratie en functieverschuiving daaraan worden getoetst.

Er is ook in geval van fusie een meldingsplicht. Zij heeft echter als enig denkbaar sanctie-instrument de mogelijkheid tot het bevroeren van de trekkingsrechten in geval van bouw. Zij heeft geen exploitatie-instrument zolang de WEZ niet is vastgesteld. Zij acht een wijziging van de WZV zoals voorgesteld een oneigenlijke oplossing. Overigens heeft de VNG zich op het standpunt gesteld dat, sinds de beleidsregel in de WZV gewijzigd is, de gemeente als een van de betrokken partijen in de gezondheidszorg belanghebbende is. Er moet dus ook met het gemeentebestuur overeenstemming bereikt worden. De VNG kan dus ook meedoen bij het overleg over het opstellen van het referentiekader. De overheid heeft trouwens achter de schermen met vele lokaties bemoeienis gehad, wat bijvoorbeeld in Dirksland tot het bijsturen van de plannen heeft geleid. Meestal blijft het ingrijpen van de overheid echter beperkt tot sturend regeren.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Van Lente

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen