

Vergaderjaar 2011–2012

**32 620**

## **Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**29 247**

## **Acute zorg**

**Nr. 48**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 februari 2012

Op 27 oktober 2011 heeft de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) het advies «Medisch-specialistische zorg in 20/20»<sup>1</sup> aan mij aangeboden. Het is een brede analyse van de veranderingen die op dit moment in de gezondheidszorg plaatsvinden. De urgentie van deze veranderingen wordt goed beschreven. Het gaat niet alleen over de medisch specialistische zorg, maar benadrukt ook de relatie met de generalistische zorg en in het bijzonder de keten van spoedzorg. Graag stuur ik u hierbij mijn reactie op het advies.

De Nederlandse samenleving verandert ingrijpend door demografische, sociaaleconomische en technologische ontwikkelingen. Dit zorgt ervoor dat de zorgvraag steeds verder toeneemt, de kosten zullen stijgen en de arbeid schaars wordt. Deze ontwikkelingen maken veranderingen in de inrichting van de zorg noodzakelijk. In het RVZ advies komt naar voren dat een grotere inzet en versnelling van alle partijen noodzakelijk is. De beleidsdoelstellingen die ik begin 2011 aan uw Kamer heb gestuurd (Kamerstuk 32 620 nr.1) geven invulling aan die agenda. Het motto van mijn beleidsdoelstellingen is «zorg die werkt». Elke Nederlander moet kunnen rekenen op zorg van hoge kwaliteit: snel, goed, veilig en respectvol. Om de zorg in de toekomst beschikbaar en betaalbaar te houden moeten alle partijen hun eigen verantwoordelijkheden nemen en oppakken. Om te zorgen dat de zorg écht werkt wil ik inzetten op drie gebieden: Zorg dichtbij in de buurt, meer en betere zorg voor je geld en ruimte voor burger en zorgaanbieders. De overheid is niet primair aan zet en is ook niet bij machte dat te realiseren, zij kan er wel aan bijdragen, maar in het veld moet het gebeuren.

Wat ik belangrijk vind is dat de zorgbehoefte van de patiënt centraal komt te staan. Ik zie de gezondheidszorg georganiseerd als een piramide waarbij het uitgangspunt is «zelf en onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk, zoveel mogelijk dichtbij, specialisatie waar dat moet, concentratie waar het echt niet anders kan». Dit heb ik uitgebreid

<sup>1</sup> Het RVZ-advies is ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

beschreven in de brief «Zorg en ondersteuning in de buurt» (Kamerstuk 32 620 nr. 27).

De eerste contouren zijn al zichtbaar, maar zullen verder ontwikkeld moeten worden. Natuurlijk kan de overheid dit niet alleen voor elkaar krijgen, hiervoor is draagvlak en inzet nodig van de patiënten, de zorgverleners, de zorgaanbieders en de verzekeraars. De zorgverzekeraars moeten de handschoen oppakken wat betreft de selectieve inkoop en daarbij sturen op een doelmatige inrichting van de zorg waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid uitgangspunten zijn. Van de zorgverleners en zorgaanbieders verwacht ik dat ze doelmatige, gepaste en kwalitatief goede zorg zullen leveren en hierover transparant zijn richting patiënten, zorgverzekeraars en overheid. De overheid is op systeemniveau verantwoordelijk voor betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit en scheidt de juiste randvoorwaarden zodat zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars hun rol in het zorgstelsel kunnen spelen. Zoals in de brief cruciale zorg neergelegd heeft de overheid een bijzondere rol ten aanzien van het garanderen van de continuïteit van zorg van cruciale zorgfuncties.

In het vervolg van deze brief ga ik in op de conclusies van de RVZ en de aanbevelingen. Ik hoop dat op basis hiervan de discussie over de toekomst van het zorgaanbod verder wordt gevoerd en dat dit de realisatie van het toekomstperspectief zal versnellen.

*1 De RVZ stelt dat het ziekenhuis straks een risicovolle onderneming is, waardoor ziekenhuizen minder ondernemend en innovatief zijn dan zou moeten. Volgens de RVZ is de oplossing hiervoor een gezamenlijk einddoel en een voorspelbare context.*

Ik ben het met de RVZ eens dat een voorspelbare context van belang is voor de investeringsbereidheid en innovatievermogen van ziekenhuizen. Daarom heb ik met het veld afspraken gemaakt om gedurende de transitieperiode rust te creëren. Hierbij zijn bewust vrijheidsgraden ingebouwd. Vrijheidsgraden voor verzekeraars om bij de ene of de andere zorgaanbieder in te kopen. Vrijheid voor een ziekenhuis om een zorgproduct met een vrije prijs kostendekkend te kunnen aanbieden. Juist de mogelijkheid voor een ziekenhuis om zich van een ander te onderscheiden in maatwerk, kwaliteit en dienstverlening en te worden beloond voor het risico van een investering zal een impuls geven aan creativiteit, innovatie en verbetering van kwaliteit.

*2 De RVZ constateert dat er twee ontwikkelingen gaande zijn: Deconcentratie, taakdifferentiatie, schaalverkleining aan de ene kant en concentratie, standaardisatie en schaalvergroting aan de andere kant. Beiden moeten elkaar in evenwicht houden.*

Daaraan wil ik toevoegen dat het doel van beide ontwikkelingen is de rol van de patiënt te versterken. Zoals de RVZ in zijn advies aangeeft zal de vraagzijde van de zorg de komende jaren veranderen. Er is sprake van een toenemend aantal chronisch zieken en multimorbiditeit en een toenemende vraag naar diversiteit. Tegelijkertijd worden patiënten mondiger en beter geïnformeerd. Als zij getroffen worden door een aandoening of beperking zijn zij zelf aan zet om samen met hun directe omgeving hun eigen leven zo goed mogelijk in te richten. Als een beroep op formele zorg toch noodzakelijk is, omschrijft de RVZ de rol van de zorgprofessional als coach die de patiënt begeleidt bij het in eigen beheer nemen en in de eigen omgeving uitvoeren van de behandeling. Daar sluit ik me graag bij aan. Door de patiënt en zijn eigen verantwoordelijkheid en regie meer centraal te stellen zullen ook andere partijen zich meer gaan richten op de

(individuele) wensen en behoeften van patiënten. Hierdoor kunnen niet alleen zorgkosten worden verminderd, maar ook de kwaliteit van zorg en de maatschappelijke participatie van chronische patiënten worden verbeterd. De ontwikkelingen in de zorg voor diabetespatiënten is een mooi voorbeeld hoe in een paar decennia de behandelrol van de internist is teruggedrongen ten gunste van zelfmanagement door de patiënt, geadviseerd door een diabetes verpleegkundige, met significant betere bloedwaarden en minder complicaties als gevolg. Daarnaast is het voor zorgprofessionals een uitdaging om goede samenwerkingsverbanden met mantelzorgers aan te gaan. Zij staan dicht bij de patiënt en kunnen veel betekenen in de zorg en ondersteuning. Mantelzorgers verdienen een eigen gerespecteerde plek.

Om ervoor te zorgen dat de patiënt centraal komt te staan in het zorgproces neem ik een aantal maatregelen. De rechtspositie van de patiënt wordt versterkt door de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) en de Beginselenwet AWBZ-zorg. Daardoor kunnen patiënten in eerste instantie binnen de individuele behandelrelatie, maar ook op instellingsniveau (cliëntenraden) een meer gelijkwaardige positie innemen ten opzichte van de zorgaanbieder. Daarnaast worden zorgverzekeraars met het huidige beleid gestimuleerd om selectievere zorg in te kopen en daarbij de preferenties van hun verzekerden mee te nemen. Actieve betrokkenheid van patiëntenorganisaties bij zorginkoop versterkt hun positie en vergroot de acceptatie van de zorginkoop. Door de oprichting van het Kwaliteitsinstituut als sectie bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) worden professionele standaarden zoals zorgstandaarden meer afgestemd op de behoeften van de patiënt. Patiëntenorganisaties hebben een stem in de meerjarenagenda en hun inbreng bij de ontwikkeling van professionele standaarden is niet meer vrijblijvend. Inzicht in kwaliteit is cruciaal om te kunnen vergelijken en kiezen.

*3 De RVZ ziet «zorg nabij» als dominante koers voor de medisch-specialistische zorg en daarnaast «concentratie waar nodig» in verband met kwaliteit en doelmatigheid.*

Ik ben het met de RVZ eens op dit punt. Mijn uitgangspunt is dat mensen de zorg en ondersteuning ontvangen die ze nodig hebben en zo min mogelijk hinder ondervinden van de schotten die nu nog tussen de onderdelen binnen het stelsel aanwezig zijn. De ordening tussen de eerste lijn en de tweede lijn zoals daar nu nog sprake van is, past niet bij de zorgvraag van de toekomst. We moeten grenzen afbreken en verkokering tegengaan. Dit begint bij het opzetten van een goede informatiestructuur. Het stimuleren van zelfmanagement versterkt door e-health is daarnaast belangrijk. Dit kan gerealiseerd worden door de inzet van een steeds groter wordend arsenaal aan technische hulpmiddelen zoals diagnostica, sensoren, dispensers, infuuspompen, domotica en communicatiemogelijkheden.

Als we deze beweging willen realiseren is het van belang dat zoveel mogelijk laagcomplexe tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg of naar een nieuwe ontstane tussenvorm (anderhalvelijnszorg) verschoven wordt (substitutie) en dat de eerstelijnszorg zodanig verbeterd wordt dat doorverwijzing naar de tweede lijn steeds minder nodig is. Met name de chronische zorg voor diverse aandoeningen zou hierdoor veel dichterbij de patiënt beschikbaar komen. Substitutie van de tweede naar de eerste lijn is geen statisch maar een doorlopend proces. De financiering van de zorg en de inkoop zijn hierin cruciaal. Het wegnemen van belemmeringen in de bekostiging zie ik als één van de belangrijkste instrumenten om deze ontwikkeling te ondersteunen. Hier kom ik later op terug. In mijn ogen moeten vooral zorgverzekeraars en zorgaanbieders er voor zorgen dat de

gewenste verschuiving van zorg richting de eerste- of anderhalvelijn gaat plaatsvinden.

Door de toenemende druk op kwaliteit en transparantie zullen de ziekenhuizen steeds duidelijker keuzes moeten maken in waar ze goed in zijn, mede onder invloed van de kwaliteitsnormen die door de wetenschappelijke verenigingen zijn of worden ontwikkeld en de selectieve inkoop van zorgverzekeraars in reactie daarop. In een aantal gevallen zal concentratie noodzakelijk zijn in andere gevallen zal het accent meer op specialisatie liggen.

Nu bieden alle ziekenhuizen bijna alles aan. Dat zal veranderen, waarbij er zeker een aantal ziekenhuizen zullen blijven die breed en algemeen zijn. Veel andere ziekenhuizen zullen keuzes moeten gaan maken in wat ze wel en niet gaan aanbieden en hun onderscheidend vermogen moeten versterken. Veel kleine regionale ziekenhuizen vrezen deze ontwikkeling, maar ik zie de toekomst van deze ziekenhuizen helemaal niet somber in. De vraag naar zorg stijgt, veel zorg is laagcomplex en betreft veel patiënten. Een goed streekziekenhuis die basis medisch specialistische zorg biedt en intensief samenwerkt met de eerste en de anderhalve lijn is zeker toekomstbestendig. Als je doet waar je goed in bent en je laat dit zien dan komt de patiënt vanzelf binnen.

Overigens ben ik van mening dat ook voor de hoogcomplexen zorg de patiënt zoveel mogelijk moet kunnen kiezen uit meerdere zorgaanbieders. Dit is zowel vanuit het perspectief van de keuzemogelijkheden voor de patiënt wenselijk als vanuit de gedachte dat bij meer dan één aanbieder ook een sterker mechanisme aanwezig is om de beste prijs/kwaliteitverhouding te blijven leveren. Daarnaast is het belangrijk dat de zorginfrastructuur in Nederland robuust is en er geen problemen ontstaan mocht onverhoopt een ziekenhuis (bepaalde) zorg niet meer leveren. Het kan echter wel zo zijn dat op basis van de opgestelde kwaliteitsnormen hoogcomplexen laagvolume zorg op minder plaatsen verleend wordt dan in het verleden het geval was, en de patiënt hier iets verder voor moet reizen. Uit verschillende onderzoeken blijkt echter dat patiënten geen bezwaar hebben tegen een verdere reisafstand voor de juiste ziekenhuiszorg met de beste kwaliteit.

Een andere manier om zorg op de juiste plek te ondersteunen is het faciliteren van taakherschikking en functiedifferentiatie. Door de juiste zorgverlener op de juiste plek wordt de zorg efficiënter en effectiever en blijft het mogelijk ook in de toekomst, als de vraag sterk toeneemt, de kwaliteit van zorg te waarborgen of zelfs te verbeteren. De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg is recent gewijzigd. Hierdoor hebben de verpleegkundig specialist en de physician assistant per 1 januari 2012 de wettelijke bevoegdheden gekregen voor het indiceren van voorbehouden handelingen. Ook verken ik in samenwerking met de NZa op dit moment de mogelijkheden om de bekostigingsarrangementen te laten aansluiten bij de ontwikkelingen rondom de nieuwe beroepsgroepen en de hierbij behorende nieuwe bevoegdheden.

*4 De RVZ beveelt aan dat voorrang wordt gegeven aan de ontwikkeling van ambitieuze kwaliteitsnormen waarbij het Kwaliteitsinstituut doorzettingsmacht krijgt ten aanzien van normstelling en transparantie.*

Ik ben het eens met de RVZ dat transparantie over het medisch handelen, het zorgproces en de dienstverlening een van de belangrijkste voorwaarden is om verbeteringen te kunnen realiseren. Ik denk dat transparantie over wat we doen en hoe we het doen een van de belangrijkste elementen is om de gewenste ontwikkelingen van de gezond-

heidszorg goed vorm te kunnen geven en om de kwaliteit en doelmatigheid en de zorg te stimuleren. Het openbaar maken van gegevens over de kwaliteit van de zorg is belangrijk opdat de patiënt de juiste keuze kan maken, de verzekeraar selectief in kan kopen en de zorgaanbieder zijn kwaliteit verbetert door zich met elkaar te vergelijken. Tevens is het openbaar maken van kwaliteitsgegevens voor de maatschappij belangrijk om de kwaliteit van de zorg te kunnen volgen en een instrument om te verantwoorden of we waar voor ons premiegeld krijgen. Ook de zorgpartijen die ik spreek zijn het erover eens dat het registreren van zorgprocessen noodzakelijk en gewenst is en zijn al druk bezig met de realisatie daarvan. De Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA), waarin de chirurgische behandeling van darmkanker wordt geregistreerd, is daarvan een mooi voorbeeld. Er is een cultuurverandering bij zorgaanbieders en bestuurders begonnen om de gewenste openheid te realiseren. Het moet geen taboe meer zijn om fouten of minder goede resultaten toe te geven en te delen zodat ervan geleerd kan worden. Iedereen moet uitgedaagd worden om de resultaten van best practices te evenaren.

Ik onderschrijf net als de RVZ het belang van evidence based normen die aangeven wat goede kwaliteit van zorg is. De wetenschappelijke verenigingen zijn primair verantwoordelijk voor het opstellen en implementeren van degelijke kwaliteitsnormen. Vanuit hun inhoudelijke expertise kunnen zij het beste vaststellen hoe verantwoorde zorg geleverd moet worden. Het is van belang dat deze normen ook reëel zijn en niet worden opgeschroefd om zorgaanbieders weg te drukken. Ook zorgaanbieders in de regio, in de kleinere ziekenhuizen, moeten uiteindelijk aan de normen voor bijvoorbeeld gangbare laag tot middelcomplexe zorg, bestemd voor grote tot middelgrote patiënten aantallen kunnen voldoen. Het toezien op de naleving van de kwaliteitsnormen is een rol voor de IGZ vanuit haar functie als toezichthouder. Als instellingen niet aan de kwaliteitsnormen voldoen zal de IGZ ze hierop moeten aanspreken. Dat gebeurt nu ook al, vanaf januari 2012 houdt de IGZ toezicht op de ontwikkelde kwaliteitsnormen voor hoogcomplexe laagvolume ingrepen. Vanaf 2013 zal dit ook zo zijn voor de hoogcomplexe hoogvolume ingrepen. Daar waar kwaliteitsnormen ontbreken en de veldpartijen niet in staat zijn om eigen kwaliteitsnormen te ontwikkelen kan de IGZ zelf specifieke handavingsnormen ontwikkelen. Vanaf 2013 kan deze rol bij het Kwaliteitsinstituut neergelegd worden.

Met de oprichting van het Kwaliteitsinstituut als sectie bij het CVZ zorg ik er voor dat het veld nog meer gestimuleerd wordt om in gezamenlijkheid professionele standaarden te ontwikkelen en dat deze standaarden aan een aantal eisen zullen voldoen. Zo moeten de standaarden onder meer het integrale zorgproces vanuit het perspectief van de cliënt beschrijven (en dient de cliënt dus ook als gelijkwaardige partner aan tafel te zitten), behandel- of zorgdoelen bevatten en aandacht besteden aan doelmatigheid. Door het registreren van de professionele standaarden, en de onderliggende richtlijnen, kwaliteitsnormen en protocollen, als norm voor goede zorg weten patiënten in de toekomst wat ze mogen verwachten van hun behandelaar, weten behandelaars wat de norm voor goede zorg is, kunnen zorgverzekeraars beter op kwaliteit inkopen en kan de inspectie haar toezichthoudende taak goed invullen.

*5 De RVZ beveelt aan dat de belemmeringen in de bekostiging worden weggenomen.*

Als we willen dat de veldpartijen voldoende in beweging komen zodat de beoogde veranderingen in de zorg gerealiseerd kunnen worden dan is het noodzakelijk dat bestaande belemmeringen in de bekostiging van de zorg worden weggenomen.

De RVZ beveelt aan om in de bekostiging van de medisch specialistische zorg meer te sturen op het bereiken van gezondheidsresultaten en niet alleen geleverde prestaties te belonen.

Met de invoering van prestatiebekostiging in de tweede lijn (DOT) en de introductie van integrale bekostiging op basis van zorgstandaarden voor drie chronische aandoeningen worden initiatieven op het gebied van ketenzorg en substitutie gefaciliteerd. Dit zijn eerste stappen in de richting van uitkomstfinanciering. Ik wil deze ontwikkeling verder stimuleren. Met de motie Smilde heeft de Tweede Kamer mij hiertoe ook opgeroepen (TK, 33 000 XVI, nr. 45). Concepten als «performance management» en «pay-for-performance» (P4P) geven het veld nu al ruimte om hier het initiatief te nemen, zoals de RVZ met mij constateert. De evaluatiecommissie integrale bekostiging chronisch zieken zal in haar eindrapport ingaan op de effecten van integrale bekostiging. Ook heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om advies gevraagd over huisartsenzorg en integrale bekostiging. De afbouw van de ex post risicoverevening zal bijdragen aan het creëren van een gelijk speelveld tussen eerste en tweedelij, een veelgehoorde belemmering.

Ten aanzien van de honoraria medisch specialisten bepleit de RVZ dat deze integraal onderdeel uitmaken van de productprijzen. In het convenant dat de Orde van medisch specialisten, NVZ en VWS in het voorjaar van 2011 hebben gesloten is afgesproken dat deze integrale bekostiging per 2015 een feit zal zijn. Tenslotte beveelt de RVZ een korte transitiefase naar prestatiebekostiging aan, en geeft aan dat een snel en geloofwaardig pad naar het eindmodel nodig is. Ik onderschrijf dat en heb er daarom voor gekozen om het transitiemodel bij de invoering van prestatiebekostiging medisch specialistische zorg uitsluitend voor 2012 en 2013 van kracht te laten zijn. Daarnaast zal het hoofdlijnenakkoord ervoor zorgen dat het voor alle betrokken partijen helder is naar welk eindperspectief toegewerkt wordt.

*6 De RVZ beveelt aan dat de praktijk van de mededinging in lijn moet worden gebracht met het beoogde vergezicht.*

De RVZ beveelt aan om een nieuw toezichtkader te ontwikkelen en de praktijk van het mededingingsrecht op korte termijn in lijn te brengen met de nieuwe werkelijkheid van de medisch specialistische zorg. Ook pleiten ze voor de introductie van een samenwerkingseffectrapportage om een einde te maken aan de vraag of en zo ja onder welke omstandigheden zorginstellingen afspraken met elkaar mogen maken. Op deze punten ben ik het niet met de RVZ eens. Het belang van de patiënt moet in de zorg centraal staan. Zijn belang is uitgangspunt. Alles mag als het in het belang is van de patiënt. Prijsafspraken mogen dus niet. Daarmee worden de kosten van de patiënt namelijk niet lager. Toetredingsbelemmeringen mogen ook niet, die beperken de keuze van de patiënt. Om onduidelijkheden rondom mededinging en samenwerking in de zorg weg te nemen, verwijs ik u naar mijn brief over dit onderwerp die in het voorjaar naar uw Kamer gestuurd zal worden.

Ook is er een wetsvoorstel in voorbereiding dat een verbod op integratie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders regelt. De RVZ beveelt aan dat hier uitzonderingsmogelijkheden moeten blijven voor krimpregio's. Ik ben van mening dat zolang de situatie bestaat waarin er geen nieuwe toetreders zijn op de verzekeringsmarkt en er dus een gebrek is aan dynamiek, zorgverzekeraars geen structurele zeggenschap mogen hebben over zorgaanbieders.

Het aanbieden van zorgverzekeringen moet in principe gescheiden blijven van het aanbieden van zorg om de keuzemogelijkheden van patiënten niet (nog meer) te beperken. Daarnaast is het van groot belang dat in de zorg nieuwe toetreders volop kansen krijgen. Wel vind ik dat er tijdelijke uitzonderingen op dit verbod mogelijk moeten zijn in die situaties waarin een zorgverzekeraar niet kan voldoen aan zijn zorgplicht jegens zijn verzekerden of wanneer een zorgverzekeraar het bestaande zorgaanbod wil opschudden om zo innovatie en doelmatigheid van zorg te stimuleren. Deze uitzonderingen dienen in mijn ogen echter van tijdelijke aard te zijn, ik wil geen structurele verwevenheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze tijdelijke ontheffingsgronden uitzonderingen zullen ook in de wet worden verankerd.

*7 De RVZ beveelt aan dat de SEH functie van ziekenhuizen onder de werking van de WBMV wordt gebracht.*

Met de RVZ ben ik van mening dat in de acute zorg verbeteringen nodig zijn op het terrein van patiëntgerichtheid, kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid. Niet alleen vanwege maatschappelijke veranderingen, maar ook als gevolg van de spreiding en specialisatie van de ziekenhuisfuncties. Uitgangspunt is dat acute zorgverlening zoveel mogelijk aansluit bij reguliere zorgverlening en ondersteuning. De uitwerking vind ik echter een verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Vanuit het oogpunt van kwaliteit en toegankelijkheid heb ik voor de acute zorg de norm gesteld dat deze bereikbaar moet zijn binnen 45 minuten en gelden de normen voor verantwoorde zorg. Hiermee zullen zorgverzekeraars op basis van hun zorgplicht bij het selecteren en contracteren van SEH zorg rekening moeten houden. Het wettelijk regelen van de SEH functie van ziekenhuizen onder de WBMV op basis van gebiedsindeling, regiobudget, prestatiecriteria en zorgstandaard past hier niet bij. Ik zie de noodzaak van zo'n drastische breuk in ons zorgsysteem, met alle nadelen van dien (nieuwe schotten en scheidslijnen en perverse prikkels), dan ook niet in. Ik hecht aan een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Op basis daarvan wordt in Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)-verband regionaal het acute zorgaanbod afgestemd op basis van het in kaart brengen van zowel kwaliteit als kwantiteit (behandelcapaciteit) en het signaleren van witte vlekken. Ik zie vervolgens een belangrijke rol weggelegd voor de zorgverzekeraar die op basis van zijn zorgplicht uiteindelijk verantwoordelijk is voor een doelmatige inrichting van de (acute) zorg, waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid uitgangspunt zijn. Binnenkort wordt het Gezondheidsraadadvies over de achtervang functie van een basis SEH en de vraag welke deskundigheid en faciliteiten aanwezige moeten zijn op de basis SEH om de gezondheidstoestand van de patiënt zodanig te stabiliseren dat (eventueel vervoer naar) vervolgbehandeling verantwoord is, overhandigd. Samen met de reactie op dit advies zal ik u informeren over mijn beleidsvoornemens met betrekking tot acute zorg, die momenteel worden ontwikkeld in overleg met veldpartijen.

*Tot slot*

De zorg ziet er in 2020 niet meer hetzelfde uit als nu. De patiënt wordt dichterbij huis behandeld als dat mogelijk is en verder weg als dat moet. Ziekenhuizen zullen maximaal inzetten op kwaliteit, doelmatigheid en dienstverlening, waarbij de focus ligt op het behalen van maximale gezondheidsresultaten en verzekeraars hebben hun rol opgepakt om selectief in te kopen waarmee kwaliteit en doelmatigheid bevorderd wordt. Dit is een ingrijpend proces met veel gevolgen voor alle betrokkenen, maar het is noodzakelijk voor de houdbaarheid van het systeem. Veel bewegingen zijn al gaande, afspraken zijn gemaakt en partijen

pakken hun rol op. Ook veel overheidsbeleid is al in gang gezet zoals ik heb beschreven in deze brief. We zijn er nog niet, veel werk moet nu in een snel tempo verricht en uitgewerkt worden. Het advies van de RVZ levert voldoende stof op voor discussie, denkwerk en studie. Ik dank de Raad daarvoor.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers