

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
mw. drs. E.I. Schippers, minister
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

datum 12 september 2017
uw kenmerk
ons kenmerk UIT/me/201701951
betreft beschikbaarheidsgelden; reactie op uw brief d.d. 4 september 2017
contact 072 548 23 01; rvbsecretariaat@nwz.nl

Geachte mevrouw Schippers,

De brief zoals wij u die stuurden op 25 augustus 2017 was een cri de coeur. De Noordwest Ziekenhuisgroep stelt de patiënt centraal. Die verantwoordelijkheid maakt dat wij – net zoals de Wkkgz ons dat verplicht – goede zorg leveren aan alle inwoners van ons verzorgingsgebied. Zij hebben daar recht op. De Noordwest Ziekenhuisgroep heeft zich tot het uiterste ingespannen de handvatten te krijgen om die goede zorg te kunnen leveren. Zo is tijdens overleggen met de NZa, uw ministerie en met alle stakeholders ook uitgelegd, ondersteund door de nodige rapporten en berekeningen.

Uw brief van 4 september jl. plaatst onze cri de coeur in een ander perspectief. Wij brengen nogmaals onder uw aandacht welk perspectief wij zien.

Reeds sinds de introductie van artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) in 2012, heeft de Noordwest Ziekenhuisgroep, althans haar voorgangster, aan uw ministerie en de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) kenbaar gemaakt dat de locatie Den Helder bijzonder en afwijkend is ten opzichte van de rest van Nederland. In uw brief trekt u niet alleen de door externen uitgevoerde probleemanalyse in twijfel, maar ook de door de Noordwest Ziekenhuisgroep geuite noodkreet.

Onze noodkreet is niet nieuw. In 2014 en daarvoor stelden wij u nadrukkelijk op de hoogte van een financieel onverantwoorde bedrijfsvoering zonder afdoende beschikbaarheidsbijdrage. U antwoordde in datzelfde jaar op Kamervragen dat de locatie Den Helder een belangrijke functie heeft voor de acute zorg in de kop van Noord-Holland.

Beschikbaarheidsbijdrage

De beschikbaarheidsbijdrage is bedoeld voor vormen van zorg die de overheid beschikbaar wil hebben en waarvan kosten voor de afzonderlijke prestaties niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar en in rekening te brengen zijn aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden. Het kan ook gaan om vormen van zorg die bij een dergelijke toerekening of een dergelijke tarifiering marktversturend zouden werken. Zo kunnen via een beschikbaarheidsbijdrage alsnog kosten worden vergoed die de zorgaanbieder noodzakelijkerwijs moet maken om kwalitatief goede en verantwoorde zorg te kunnen leveren en die niet in de tarieven voor de geleverde zorgprestaties zijn verwerkt. Een en ander heeft u benadrukt in de toelichting op het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WVG (Stb. 2012, 396 p. 8 e.v.).

Destijds werd al onderkend dat een zorgaanbieder voor de door hem geleverde dienstverlening zodanige inkomsten kan en mag verwerven dat er in redelijkheid een normale exploitatie mogelijk is zodat de gewenste kwaliteit van de beoogde zorg niet in gevaar is. Dat is door het College van Beroep

voor het bedrijfsleven bevestigd (zie CBb 30 december 2009, AWB 08/96). Daarnaast is onderkend dat marktverstoring bij zorgverzekeraars en het samenspel zorgverzekeraar-ziekenhuis dienen te worden voorkomen. Kosten mogen niet onevenredig neerslaan.

Bij algemene maatregel van bestuur (amvb) wordt bepaald voor welke vormen van zorg en in welke gevallen een beschikbaarheidsbijdrage kan worden toegekend. Ook wordt bij amvb bepaald in welke vorm de bijdrage wordt toegekend en welke voorwaarden, voorschriften of beperkingen worden gesteld aan het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage. Het gaat niet alleen om de beschikbaarheid op korte termijn maar ook op langere termijn. In de toelichting bij het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG valt te lezen dat uw ministerie destijds eveneens heeft onderkend dat het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage geen statische situatie is. Het besluit onderkent bovendien dat van tijd tot tijd de noodzaak van beschikbaarheid opnieuw wordt bezien, net als de onderliggende kostenberekening van een beschikbaarheidsbijdrage.

De onderliggende kostenberekening voor spoedeisende hulp en acute verloskunde is onlangs in 2016 onder protest van de Noordwest Ziekenhuisgroep door de NZa opnieuw vastgesteld in de Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag (Beleidsregel BR/REG-17180a). Het kostenonderzoek gaat immers uit van gemiddelden in Nederland en houdt geen rekening met de (wisselende en in het geval van de locatie Den Helder bijzondere) omstandigheden waarin zorgaanbieders zich bevinden. De beleidsregel zelf geeft evenmin de mogelijkheid gebruik te maken van een hardheidsclausule. Een en ander staat haaks op doel en strekking van artikel 56a WMG.

U geeft aan dat ofwel de zorgverzekeraar op grond van diens zorgplicht, ofwel externe investeerders/financiers de onrendabele bedrijfsvoering van locatie Den Helder op zouden moeten kunnen vangen. Eerlijk gezegd begrijpen wij die redenering niet. De financiële problematiek is u reeds enkele jaren bekend. Reeds enkele jaren wordt met alle betrokken gremia gesproken om tot een oplossing te komen voor die problematiek. De kosten van de zorg voor verzekerden zal ertoe leiden dat de inkoop wordt verstoord, wat evident meer risico voor de beschikbaarheid van vormen van zorg in het gebied van de locatie Den Helder met zich meebrengt. Doel en strekking van artikel 56a WMG is dat er in redelijkheid een normale exploitatie mogelijk is zodat de gewenste kwaliteit van de beoogde zorg niet in gevaar is. Op grond van aan u beschikbaar gestelde rapporten, heeft de Noordwest Ziekenhuisgroep u aangetoond dat een normale exploitatie niet mogelijk is met de door de NZa in het vooruitzicht gestelde beschikbaarheidsbijdrage. Niet alleen hebben wij onderbouwd en gemotiveerd om welke reden uw huidige beschikbaarheidsbijdrage niet volstaat, maar ook dat de locatie Den Helder van alle door het RIVM bestempelde gevoelige ziekenhuizen zich in een ten opzichte van die ziekenhuizen bijzondere positie bevindt. Zowel de uitkomsten van de rapportage Beschikbaarheid gewaardeerd van KPMG Plexus, als de uitkomsten van het rapport van de externe commissie 'Toekomstbestendig profiel locatie Den Helder' zijn u uitvoerig toegelicht.

Tot op heden verwijzen u en de NZa ons van het kastje naar de muur. Vaststaat dat er in redelijkheid geen normale exploitatie mogelijk is. Van een organisatie als de onze kan en mag niet worden verlangd dat de zorg op beide locaties in gevaar komt en dat er bedrijfseconomisch risico's worden genomen als gevolg waarvan de continuïteit van de gehele organisatie gevaar loopt.

Rollen van VWS en NZa

De Grondwet verplicht de Staat om maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid (artikel 22 Grondwet). Daaronder valt ook de bescherming ervan (MvA, Kamerstukken II 1976/77, 13873, nr. 7, p. 23 e.v.). U geeft aan dat u van de Noordwest Ziekenhuisgroep veldnormen acute zorg verwacht op grond waarvan de NZa een hogere beschikbaarheidsbijdrage kan vaststellen in zijn algemeenheid. Anders dan u aangeeft is spoedzorg op dit moment onderwerp van een brede maatschappelijke discussie. De NZa kondigde aan op 1 juli jl. de Marktscan acute zorg bekend te maken. De resultaten zijn nog altijd niet bekend. Zorginstituut Nederland heeft begin dit jaar aangekondigd nog in 2017 het kwaliteitskader spoedzorg op te zullen stellen. De betrokken (20) partijen hebben aangekondigd meer tijd nodig te hebben om gezamenlijke normen voor de kwaliteit van spoedzorg af te spreken. Ook ten aanzien van dat kader is de vraag of en wanneer dat wordt

vastgesteld door het Zorginstituut. Anders dan u aangeeft dat u een aanbod hebt gedaan om naar veldnormen te willen kijken in het geval dat de Noordwest Ziekenhuisgroep deze opstelt, is het vragen van die veldnormen met inachtneming van het huidige krachtenspel zoals hiervoor geschetst, niets zeggend. Daarbij komt dat u op grond van doel en strekking van de WMG en de ruimte die uw aanwijzingsbevoegdheid omvat wel degelijk een aanwijzing kunt geven waarin u de NZa kunt opdragen de beschikbaarheidsbijdrage zo in te kleden dat er in redelijkheid van een normale exploitatie sprake moet kunnen zijn voor alle gevoelige ziekenhuizen. Los daarvan – of in zijn algemeenheid de beschikbaarheidsbijdrage kan worden ‘opgehoogd’ – gelden in onze situatie omstandigheden die voor de rest van Nederland niet gelden.

Locatieprofiel

Volgens de berekeningen van het RIVM is de locatie Den Helder een gevoelige ziekenhuislocatie waarvan circa 50.000 inwoners voor de 24/7 bereikbaarheid van acute ziekenhuiszorg/Spoed Eisende Hulp (SEH) en verloskunde binnen 45 minuten afhankelijk zijn.

De externe commissie onder leiding van Ir. H. Abeln heeft onderzoek gedaan naar een toekomstbestendig profiel voor de locatie Den Helder. U adviseert ons nogmaals naar het locatieprofiel te kijken en te beoordelen of de beschikbare financiering en het locatieprofiel in balans kunnen worden gebracht. Er is gewikt en gewogen.

Het locatieprofiel zoals dat is samengesteld door de commissie Abeln is juist gebaseerd op het uitgangspunt dat *“de aanbieder van medisch specialistische zorg klinische zorg moet aanbieden door minimaal 8 poortspecialismen in huis te hebben. Deze specialismen fungeren als achterwacht”*. Dat uitgangspunt wordt ook door de NZa en de WMG genomen bij de bepaling van de beschikbaarheidsbijdrage: *“Een basis SEH levert acute zorg en beschikt gedurende de openingstijden over voldoende deskundig personeel en materieel voor herkenning, stabilisatie en resuscitatie van alle acute medische calamiteiten. Op een SEH is men in staat een breed scala aan acute ziekten en letsels in alle leeftijdscategorieën te herkennen en te behandelen of door te verwijzen. Voor gevoelige ziekenhuizen geldt verder dat de SEH voorzien moet zijn van een gekwalificeerde bezetting in de ANW-uren en de SEH klinische zorg moet aanbieden door minimaal acht poortspecialismen. Deze specialismen fungeren als achterwacht. Deze zijn: interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie/obstetrie, kindergeneeskunde, neurologie, KNO-heelkunde, oogheelkunde en cardiologie”*.

Ook de Gezondheidsraad adviseert dat een SEH een achtervang van poortspecialismen vereist. Achtervang van de volgende poortspecialismen die volgens de Gezondheidsraad essentieel zijn voor kwalitatief goede zorg op een SEH: Interne geneeskunde, Chirurgie, Gynaecologie/obstetrie, Kindergeneeskunde, Neurologie, KNO-heelkunde, Cardiologie, Anesthesiologie, Radiologie.

De commissie Abeln sluit zich aan bij voornoemde criteria en het advies van de Gezondheidsraad. . Deze door u en de NZa voor de toewijzing van een beschikbaarheidsbijdrage bepaalde criteria gelden immers als de vigerende veldnormen. Door de commissie beargumenteerde uitzondering hierop (onder deze normen) is onder andere KNO-heelkunde. De commissie Abeln adviseert om geen achtervang KNO op locatie Den Helder te realiseren en hiermee de huidige werkwijze in stand te houden waarbij patiënten met acute KNO-klachten in de avond, nacht en weekend (ANW) uren worden verwezen naar locatie Alkmaar. Deze huidige werkwijze bestaat al meerdere jaren en is goed bekend bij de huisartsen in de regio. Voor goede spoedzorg geldt dit bovendien voor de specialismen longgeneeskunde, MDL en urologie. Deze profielkeuzen leiden juist tot verlaging van de kosten van de beschikbaarheidsfunctie.

Het advies van de commissie Abeln spreekt van: een goed geëquipeerde 24/7 spoedzorg en verloskunde, met achtervang van interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie/ obstetrie, kindergeneeskunde, neurologie en cardiologie. De commissie heeft daarbij aangevuld: ‘een IC/medium care afdeling, incl. CCU, en een adequate poliklinische en klinische capaciteit van ongeveer de huidige bezetting’. Dit profiel vereist overigens ook de ANW-aanwezigheid van OK-team, anesthesie, laboratorium, apotheek en radiologie. Een gevoelige locatie voor acute verloskundige zorg, zoals locatie Den Helder, vereist 24/7 aanwezigheid van verloskundig personeel, achterwacht van verschillende

specialismes én aanwezigheid van een IC. Aanwezigheid van IC vereist 24/7 aanwezigheid van IC-artsen en IC-verpleegkundigen en 24/7 aanwezigheid/achterwacht van intensivisten. Afspraken met regionale ambulance voorzieningen (RAV) en huisartsen omtrent acute verloskundige zorg moeten aanwezig zijn.

De commissie Abeln benadrukt bovendien dat dit soms ook onderling samenhangende beschikbaarheid over meer specialismen en andere professionals betreft, zoals bij de verloskunde (aanwezig, dan wel binnen aangegeven termijn op locatie): O&G verpleegkundige, Klinisch verloskundige, Gynaecoloog (<15 min), Kinderarts (<15 min), Kinderverpleegkundige, Anesthesist (<15 min), Anesthesiemedewerker (<15 min), Instrumenterende OK-assistent (<15 min), Omloop OK-assistent (<15 min), Intensivist, IC verpleegkundige, Neonatologie verpleegkundige. In het KPMG rapport staan de bestaande veldnormen uitgewerkt, de kwaliteitsstandaard IC, de praktijknorm Klinische verloskunde uit 2009 en de Richtlijn Workforce SEH uit 2015.

Daarbij komen de kosten van interklinisch vervoer. De verplaatsing van zorg uit Den Helder naar Alkmaar leidt tot extra ritten waardoor de ambulance-capaciteit in Den Helder snel tekort kan schieten (de afstand is ook hier een groot probleem: één rit heen en weer kost al gauw 2 uur). Dit leidt tot een incentive om zoveel mogelijk ritten naar Den Helder te sturen óf juist niet om extra ambulancecapaciteit te kunnen claimen. Ook deze extra kosten moeten meegewogen worden bij de afwegingen over profielkeuzen.

De locatie Den Helder blijft, gelet op de huidige lange reisafstanden (50 km over een tweebaansweg) en slechte verbindingen, en de omvang en gezondheidstoestand van de aangewezen bevolking, een belangrijke en gevoelige ziekenhuislocatie die ook voor het behoud van adherentie voor de Noordwest Ziekenhuisgroep belangrijk is. De Noordwest Ziekenhuisgroep is van mening dat niet alleen spoedeisende hulp en acute verloskunde, maar ook andere basale ziekenhuiszorg van cruciaal belang is voor de bevolking in de Kop van Noord-Holland, op Texel, de toeristen en de medewerkers van de Marine en off-shore bedrijven.

Tot slot

De vraag is niet of de belastingbetaler moet betalen voor een locatieprofiel waar de zorgverzekeraar mee akkoord is: de vraag is om welke reden de overheid zich de zorg op de locatie Den Helder niet aantrekt en wel in die mate dat de Noordwest Ziekenhuisgroep in staat wordt gesteld om op een 'level playing field' te worden gebracht met de ziekenhuizen in Nederland. Haar situatie is dermate uitzonderlijk dat het niet verantwoord is dat zij de kosten die volgen uit de beschikbaarheid van SEH en acute verloskunde zelf dient te dragen. Van de Noordwest Ziekenhuisgroep kan niet worden gevraagd een algemeen kader te ontwerpen terwijl datzelfde kader door de NZa en het Zorginstituut nog altijd niet tot stand kan worden gebracht.

Het is onze gezamenlijke verantwoordelijkheid de inwoners uit de regio gerust te stellen. De Noordwest Ziekenhuisgroep heeft er de afgelopen vijf jaren alles aan gedaan om de SEH en de acute verloskunde beschikbaar te houden op de locatie Den Helder. Het financieel kader waarbinnen van ons wordt gevraagd dat te blijven doen zonder dekking is bedrijfseconomisch onverantwoord.

De oplossingsgerichtheid zoals wij die reeds jaren hebben getoond, blijft onverminderd. Dat laat de grens onverlet. Onze patiënten hebben recht op goede zorg, daar staan wij voor. Net als u zoeken wij naar de handvatten om dat te kunnen waarmaken.

pag. 5, brief UIT/me/201701951 van 12 september 2017

Wij zonden een afschrift van deze brief aan de Tweede Kamer, zorgverzekeraar VGZ, Zorgverzekeraars Nederland, Burgemeester en Wethouders van Den Helder, Hollands Kroon, Schagen en Texel, en de NZa.

Wij zouden een gezamenlijk overleg op prijs stellen.

Hoogachtend,

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke, positioned above the printed name.

drs. J.G.M. Hendriks
voorzitter raad van bestuur