

Vergaderjaar 2018–2019

**29 247**

**Acute zorg**

**Nr. 268**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 12 februari 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Medische Zorg over de brief van 28 november 2018 over de concept algemene maatregel van bestuur beschikbaarheid acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 264).

De vragen en opmerkingen zijn op 21 december 2018 aan de Minister voor Medische Zorg voorgelegd. Bij brief van 11 februari 2019 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>blz.</b>
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de Minister	8

## **I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**

### **Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de concept algemene maatregel van bestuur (amvb) inzake de beschikbaarheid van de acute zorg. Zij steunen een betere en toegankelijke acute zorg, 24 uur per dag, zeven dagen in de week in heel Nederland. Daarbij vormt wettelijke verankering van taken en verantwoordelijkheden een belangrijke rol. Zij hebben nog een aantal vragen en opmerkingen.

Met de voorliggende concept amvb wordt de positie van het regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ) in de acute zorgketen versterkt. De elf traumacentra in Nederland krijgen een coördinerende rol en zijn verantwoordelijk voor het bijeen brengen van aanbieders van acute zorg in de regio alsmede de aanbieders van vervolgzorg. De Minister stelt dat zij ook zorgverzekeraars moeten uitnodigen, opdat deze regionale samenwerking en afstemming met betrekking tot acute zorg om te komen tot kwalitatief goede

bijdragen aan het oplossen van mogelijke knelpunten in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in de regio. De leden van de VVD-fractie steunen dit uitgangspunt. Zij vragen de Minister in het verlengde daarvan hoe de precieze rol van de zorgverzekeraar in het ROAZ eruit zal zien. Zorgverzekeraars hebben immers ook een regiefunctie, omdat zij een zorgplicht hebben. Ook vragen genoemde leden hoe deze regiefunctie zich verhoudt tot het ROAZ als geheel, dat de spin in het web is in de acute zorgketen.

In de concept amvb wordt neergelegd dat de aangewezen zorgaanbieders zich moeten inspannen om afspraken te maken. In de toelichting wordt een aantal onderwerpen benoemd waarover afspraken gemaakt moeten worden, waaronder een werkend systeem dat inzicht biedt in de actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg in de regio. De leden van de VVD-fractie vragen de Minister of zij het goed begrijpen dat dit systeem vergelijkbaar is met de reeds bestaande regionale vervolgzorgloketten. Per 1 april jl. is sprake van een landelijke dekking van vervolgzorgloketten. Genoemde leden vragen de Minister hoe deze loketten nu werken. Wat verloopt goed? Zijn er tekortkomingen geconstateerd en zo ja, waardoor zijn die tekortkomingen veroorzaakt? Welke eerste lessen kunnen worden getrokken die tevens kunnen worden meegenomen bij de ontwikkeling van de «acute zorgloketten»? Kan de Minister tevens toelichten hoe in deze loketten rekening wordt gehouden met de grenzen tussen regio's? Is het voor professionals bijvoorbeeld mogelijk om inzicht te krijgen in de beschikbare capaciteit in een buurregio?

Voorts moeten afspraken gemaakt worden over de in de regio aanwezige specifieke competenties, expertises en faciliteiten enerzijds en opleidingsinspanningen van zorgaanbieders anderzijds. De leden van de VVD-fractie constateren dat er sprake is van een toenemende arbeidsmarktkrapte en dat zorgaanbieders in sommige situaties personeel «wegkapen» bij een andere zorgaanbieder in de regio. Zij vragen de Minister daarom in hoeverre binnen het ROAZ ook afspraken zullen worden gemaakt over de optimale inzet van personeel, zoals nu al gebeurt bij ziekenhuis

Bernhoven, Haaglanden Medisch Centrum en het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis.

De in artikel 8A.1 aangewezen categorieën van zorgaanbieders hebben een inspanningsverplichting. De leden van de VVD-fractie vragen de Minister in hoeverre de Inspectie Gezondheidszorg Jeugd (IGJ) toezicht houdt op het functioneren van het ROAZ en de verantwoordelijkheden die de aangewezen categorieën zorgaanbieders al dan niet invullen. Als de IGJ hierop toezicht houdt, over welk instrumentarium beschikt zij dan om handhavend te kunnen ingrijpen wanneer samenwerking onvoldoende van de grond komt? Indien de IGJ geen toezichthoudende taak heeft, wie ziet er dan op toe dat samenwerking in de regio voldoende wordt ingevuld?

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de concept algemene maatregel van bestuur met betrekking tot de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg en de versterking van de positie van het regionaal overleg acute zorg. Deze leden hebben enkele vragen hierbij.

#### *Brief Minister*

De leden van de CDA-fractie lezen in de brief van de Minister dat de zorgaanbieder – bij een voorgenomen (tijdelijke) sluiting van een spoedeisende hulp afdeling, afdeling acute verloskunde of een huisartsenpost – gemeenten en burgers tijdig zullen moeten informeren. Deze leden vragen waarom in zo'n geval de zorgaanbieder de gemeenten naast informeren niet ook moeten consulteren.

De leden van de CDA-fractie vragen daarnaast waarom patiëntenorganisaties en regionale bestuurders niet worden genoemd als partijen die geïnformeerd (en/of geconsulteerd) moeten worden.

Genoemde leden vragen welke partijen de Minister van plan is om op te nemen in de ministeriële regeling die aan het regionaal overleg acute zorg moeten deelnemen.

Op welke termijn verwacht de Minister dat het aangekondigde onderzoek naar de norm voor de bereikbaarheid van een spoedeisende hulp en de afdeling acute verloskunde afgerond zal zijn?

#### *Nota van toelichting*

De leden van de CDA-fractie vragen waarom partijen die reeds deelnamen aan de ROAZ'en behoefte hebben aan een duidelijkere legitimering van de taken. Welke knelpunten ervaren zij nu, onder andere in relatie tot de zorgverzekeraars?

De leden van de CDA-fractie vragen welke oplossingen deze amvb biedt voor de gevolgen voor eerstelijns zorgaanbieders bij sluiting van acuut zorgaanbod waardoor de druk in de eerste lijn toeneemt en het ROAZ in de kern uit sterk georganiseerde partners uit met name de tweede lijn bestaat? Hoe kan deze maatregel er aan bijdragen dat alle betrokken zorgverleners ook op tijd aangehaakt worden in een ROAZ voordat de problematiek al dusdanig gevorderd is dat er eigenlijk amper oplossingen uit te werken zijn voordat de sluiting van een acuut zorgaanbod (bijvoorbeeld ziekenhuis) min of meer al een feit is?

Wanneer zal de bereikbaarheidsnorm voor de beoordeling van patiënten met een acute psychische zorgvraag helder worden? Wanneer moet deze norm uiterlijk vastgesteld zijn om daadwerkelijk per 2020 in kunnen gaan?

De leden van de CDA-fractie vragen of in heel Nederland inmiddels regionale coördinatiepunten zijn ingericht die inzicht moeten bieden in de beschikbare capaciteit van alle vormen van vervolgzorg en daarnaast snel de juiste zorgplek moeten regelen.

Welke stappen kan de IGJ ondernemen als uit de verslagen van de vergaderingen van een ROAZ zou blijken dat een zorgaanbieder zich onvoldoende heeft ingespannen om afspraken te maken? Is nu voldoende duidelijk wanneer er sprake is van een knelpunt dat gemeld moet worden?

In artikel 8A.5 wordt gesteld dat een zorgaanbieder in het ROAZ een crisisplan moet hebben. De leden van de CDA-fractie vragen of hier dezelfde eisen aan gesteld worden voor kleinschalige aanbieders als voor grote ziekenhuizen.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de verplichting van zorgaanbieders om deel te nemen aan de vergadering (artikel 8A.2) moet worden gelezen, in ogenschouw nemend dat het voor kleine zorgaanbieders ondoenlijk is om aan alle vergaderingen deel te nemen wanneer de onderwerpen ter bespreking geen betrekking op hen hebben.

Genoemde leden vragen welke rol de verzekeraar, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en IGJ hebben wanneer knelpunten niet opgelost kunnen worden in het ROAZ en het ROAZ vanuit haar informatieplicht (artikel 8A.3) deze partijen informeert.

### **Vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie**

De leden van de GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van de concept algemene maatregel van bestuur over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg en de versterking van de positie van het regionaal overleg acute zorgketen. Deze leden zijn geïnteresseerd in het vervolgproces en de internetconsultatie, daarnaast willen ze de Minister wel enkele vragen voorleggen.

De leden van de GroenLinks-fractie vinden dat de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg en de voorbereiding op die zorg zo goed mogelijk moet worden geborgd. Acute zorg is van groot belang en goede regionale samenwerking en afstemming zijn, zoals beschreven, zeer belangrijk. Bezorgde signalen hebben genoemde leden echter bereikt over de borging van eerstelijns zorgaanbieders, die hieronder zullen worden genoemd, om probleemsituaties proactief en preventief aan te pakken.

De leden van de GroenLinks-fractie vinden ook dat er gekeken moet worden of er voldaan is aan bepaalde voorwaarden voordat er overgaan wordt tot sluiting en/of beëindiging van acute zorg, maar zien in deze maatregel geen directe oplossing. Genoemde leden vragen daarom de Minister hoe de maatregel gaat bijdragen aan het oplossen van dit soort capaciteitsproblemen, wanneer in de praktijk het probleem al is ontstaan. Tevens zijn deze leden benieuwd naar de oplossingen die de amvb biedt met betrekking tot de toenemende druk op de eerstelijns zorgaanbieders, wanneer acuut zorgaanbod wordt gesloten.

In het ROAZ bevinden zich zowel grootschalige als kleinschalige zorgaanbieders. Artikel 8A.5 stelt dat een zorgaanbieder in het ROAZ een crisisplan moet hebben. De leden van de GroenLinks-fractie vragen de

Minister of een dergelijk crisisplan van eenzelfde soort moet zijn, worden de aspecten van kleinschaligheid meegenomen in het besluit? Meent de Minister dat de partij eerstelijns kleinschalige zorgaanbieders wel voldoende geborgd is, ten opzichte van de tweedelijns zorgaanbieders? Hoe ziet de Minister deze maatregel als een oplossing om alle betrokken zorgverleners te laten aanhaken, zo vragen deze leden. Wat is volgens de Minister de plicht van kleinschalige zorgaanbieders met betrekking tot het bijwonen van vergaderingen die geen betrekking op hen hebben?

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het concept van de algemene maatregel van bestuur voor de beschikbaarheid van acute zorg. Deze leden hebben naar aanleiding van de concept amvb alvast onderstaande opmerkingen en vragen.

#### *Artikel 8A.2*

De leden van de SP-fractie benadrukken het belang van een goed georganiseerd regionaal overleg om afspraken te maken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg alsmede de voorbereiding op het verlenen van die zorg. Middels de voorliggende concept amvb wordt de versterking van het regionaal overleg acute zorgketen wettelijk geregeld en wordt een sluitende keten van acute zorg in de regio georganiseerd waarbij de aanbieders afspraken moeten naleven. De leden van de SP-fractie vinden dit zo essentieel dat het eigenlijk voor zich zou moeten spreken. Tegelijkertijd vragen deze leden hoe zij de verplichting van de zorgaanbieders om deel te nemen aan de vergadering precies moeten lezen als het gaat om de kleine zorgaanbieders. Immers lijkt het voor kleine zorgaanbieders ondoenlijk om aan alle vergaderingen deel te nemen wanneer de onderwerpen ter bespreking geen betrekking op hen hebben.

Genoemde leden vragen vervolgens in hoeveel (en welke) regio's de afstemming tussen de verschillende betrokken partijen op dit moment nog niet op orde is? De concept amvb regelt dat de traumacentra bij het te organiseren overleg ook vervolgzorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten uitnodigen. De leden van de SP-fractie lezen in lid 3c dat er een verplichting geldt voor de zorgaanbieders uit artikel 8A.1 om aan het overleg deel te nemen. In de nota van toelichting staat dat het voornemen is om in de ministeriële regeling op te nemen dat zorgverzekeraars voor iedere vergadering moeten worden uitgenodigd. De leden van de SP-fractie vragen waarom een verplichting tot deelname aan de overleggen voor de zorgverzekeraars niet geldt. Zij begrijpen dat zorgverzekeraars niet onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) vallen, maar is een verplichting op een andere manier niet alsnog te regelen, aangezien de zorgverzekeraars met betrekking tot de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg een belangrijke rol spelen? Tenslotte vragen deze leden hoe vaak een dergelijk regionaal overleg plaatsvindt, kan tijdig overleg plaatsvinden indien knelpunten zijn gesignaleerd?

#### *Artikel 8A.3*

De leden van de SP-fractie begrijpen dat het traumacentrum de inspectie en de zorgverzekeraar informeert over knelpunten in de beschikbaarheid of bereikbaarheid van de acute zorg zover die in het regionaal overleg niet kunnen worden opgelost. Deze leden ontvangen graag een nadere toelichting op de rollen van de zorgverzekeraars, de NZa en de IGJ wanneer knelpunten niet opgelost kunnen worden in het ROAZ en het

ROAZ vanuit haar informatieplicht deze partijen informeert. Wat moeten de betreffende partijen precies doen na een dergelijke melding? Genoemde leden vragen tevens of er een bepaalde periode aan de meldingstermijn te koppelen is. Indien er een knelpunt in de beschikbaarheid of bereikbaarheid van acute zorg ontstaat moet het ROAZ deze zien op te lossen. Het is daarbij van belang dat er zo spoedig mogelijk een oplossing gevonden wordt, zo menen genoemde leden. Hoeveel tijd heeft het ROAZ voor het komen tot een oplossing? Is dat bijvoorbeeld een dag of een week, voordat de inspectie en de zorgverzekeraars geïnformeerd worden? Daarnaast vragen de leden van de SP-fractie of centraal wordt bijgehouden hoeveel knelpunten er worden geconstateerd in een bepaalde regio, al dan niet gemeld aan de zorgverzekeraar en inspectie? En wat gebeurt er als er problemen ontstaan met betrekking tot de beschikbaarheid en bereikbaarheid, en achteraf wordt vastgesteld dat eerder geconstateerde knelpunten niet zijn doorgegeven aan de inspectie en/of zorgverzekeraars?

#### *Artikel 8A.4*

De leden van de SP-fractie hebben al vaker benadrukt dat de gemeentebesturen en de inwoners in de omgeving betrokken moeten worden bij beslissingen of acute zorg (geheel of gedeeltelijk) beëindigd of opgeschort wordt. Deze leden vinden het dan ook een goede stap dat dit in de concept amvb nu gedeeltelijk een plaats heeft gekregen, door in lid 1d op te nemen dat gemeentebesturen van te voren geïnformeerd moeten worden. Wel vragen genoemde leden hoe een dergelijke informatievoorziening vorm zal krijgen. Is het enkel een mededeling of hebben gemeentebesturen ook nog (enige vorm van) inspraak? En als het de inwoners uit de omgeving betreft, wordt gesteld dat de zorgaanbieder zich in moet spannen om onzekerheid te voorkomen. Ook moet de zorgaanbieder de belangen van de inwoners bij zijn beslissing betrekken, zo lezen de leden van de SP-fractie. Hoe krijgen deze zaken vorm, zo vragen zij. En waarom krijgen de inwoners uit de omgeving geen echte (doorslaggevende) stem in het proces?

De amvb regelt dat het ROAZ moet toetsen of er voldoende is voldaan aan bepaalde voorwaarden voordat er overgaan wordt tot sluiting en/of beëindiging van acute zorg. De leden van de SP-fractie menen dat het in de praktijk vaak gaat om een al voldongen feit en krijgen dan ook graag toegelicht hoe deze maatregel gaat bijdragen aan het (preventief) oplossen van capaciteitsproblemen wanneer in de praktijk het probleem al is ontstaan.

#### *Artikel 8A.5*

In artikel 8A.5 wordt gesteld dat een zorgaanbieder in het ROAZ een crisisplan moet hebben. Hoe kan men verwachten dat kleinschalige aanbieders dezelfde soort plannen maken als grote ziekenhuizen, worden aan alle partijen met betrekking tot het crisisplan gelijke eisen gesteld? De verwachting die hier ligt lijkt de leden van de SP-fractie niet realistisch. Kan deze eis wellicht worden aangepast naar een gezamenlijk crisisplan met de betrokken ketenpartners per zorgvorm? Alle zorgaanbieders dienen hun crisisplan aan de directeur publieke gezondheid te sturen; wanneer moet dit precies gebeuren? Is deze plicht daarnaast geldend voor alle zorgaanbieders en wat zijn de criteria waaraan een crisisplan moet voldoen?

### *Nota van toelichting*

Het doel van het besluit is om de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg en de voorbereiding op die zorg zo goed mogelijk te borgen door middel van onder meer een goede regionale samenwerking en afstemming met betrekking tot de acute zorg in alle regio's. De leden van de SP-fractie vinden het borgen van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg van het grootste belang. Zij menen dat dit belang door recente gebeurtenissen wordt onderschreven. Wel verschillen de meningen als het gaat om wat verstaan wordt onder een goede bereikbaarheid van acute zorg. Deze leden zijn dan ook blij met de toezegging dat naar de medisch-inhoudelijke kant van de 45-minutennorm zal worden gekeken, zij menen immers dat de norm op dit moment enkel en puur een politieke norm is en geen enkele medisch-inhoudelijke onderbouwing kent. In de Nota van toelichting staat aangegeven dat bij de toezegging rekening gehouden wordt met kwaliteit, arbeidsmarkt en budgettaire aspecten. De leden van de SP-fractie vinden dat de kwaliteit en tijdige goede zorg in dezen het allerbelangrijkste zijn en vragen dan ook om een bevestiging dat deze onderdelen in de afweging van doorslaggevend belang zullen zijn.

In de praktijk blijken «harde voorwaarden» toch vaak op basis van theorie te worden getoetst, zoals ook de 45 minuten norm die op bepaalde plaatsen niet behaald gaat worden. Als er geen capaciteit (mens/middelen/locatie) is om dit op te lossen, welke rol en verantwoordelijkheden heeft het ROAZ dan nog? In welke mate heeft het ROAZ daarbij een doorslaggevende stem?

Bij ministeriële regeling zal worden vastgelegd dat zorgaanbieders moeten bewerkstelligen dat er een werkend systeem komt dat continu inzicht biedt in de actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg in de regio. De leden van de SP-fractie vinden het van groot belang dat een dergelijk systeem er zo snel mogelijk komt, een dergelijk inzicht kan levens redden. Deze leden vragen daarom per wanneer een dergelijk systeem naar verwachting in alle regio's beschikbaar is én hoe geborgd wordt dat de systemen van de verschillende regio's op elkaar afgestemd worden. Het is immers mogelijk dat een patiënt, wonende in de ene regio acuut een plek nodig heeft in een andere regio, door krapte in zijn eigen regio.

Een goede afstemming en samenwerking is van groot belang in dezen. Welke oplossingen, zo vragen de leden van de SP-fractie, biedt de amvb voor de gevolgen voor specifiek de eerstelijns zorgaanbieders bij sluiting van acuut zorgaanbod waardoor de druk in de eerste lijn toeneemt en het ROAZ in de kern uit sterk georganiseerde partners uit met name de tweede lijn bestaat? Graag ontvangen genoemde leden een toelichting opdat alle partijen voldoende zijn vertegenwoordigd in de betreffende overleggen.

De betrokkenheid van kleinschalige aanbieders in de eerste lijn ten opzichte van de tweede lijn is nu onvoldoende geborgd, zo menen de leden van de SP-fractie. De partijen met een rol in de acute zorg of die daarmee te maken hebben zijn lang niet altijd voldoende vertegenwoordigd in het ROAZ. Dit is gezien de tijdsinvestering voor eerstelijns zorgverleners ook lastiger en landelijk een aandachtspunt. Hoe kan deze maatregel er aan bijdragen dat alle betrokken zorgverleners ook op tijd aangehaakt worden in een ROAZ voordat de problematiek al dusdanig gevorderd is dat er eigenlijk amper oplossingen uit te werken zijn voordat de sluiting van een acuut zorgaanbod (bijvoorbeeld ziekenhuis) min of

meer al een feit is? De leden van de SP-fractie ontvangen hierop graag een uitgebreide reactie.

De leden van de SP-fractie vragen om een nadere toelichting op de regionale coördinatiepunten (die een actueel inzicht moeten bieden in de capaciteit van de diverse vormen van vervolgzorg), waar de zorgverzekeraars zorg voor moeten gaan dragen. Hoe zal een dergelijk coördinatiepunt eruit gaan zien en per wanneer zullen deze in alle regio's beschikbaar zijn?

Graag ontvangen de leden van de SP-fractie een overzicht van de huidige beschikbaarheidsbijdragen die de verschillende regio's op dit moment ontvangen, en de bevestiging dat deze bijdragen voldoende zijn om al deze (nieuwe) taken goed uit te kunnen voeren. Hierbij valt te denken aan de kosten van overleg bij voorgenomen opschorting of beëindiging van zorg (€ 0,1 miljoen) en het geven van inzicht in de capaciteit.

De leden van de SP-fractie vinden het positief dat het voorstel van de inspectie om enkel inwoners uit de omgeving die belang hebben bij de door de zorgaanbieder geboden spoedeisende zorg te informeren, niet is overgenomen, de inspanningsplicht om onzekerheid weg te nemen bij inwoners uit de omgeving vinden de leden van de SP-fractie een minimale voorwaarde.

### **Vragen en opmerkingen van de 50PLUS-fractie**

De leden van de 50PLUS-fractie hebben kennisgenomen van de concept amvb en zij hebben de volgende vragen:

- In welke gevallen nemen de zorgverzekeraars ook deel aan een ROAZ?
- Waarom is ervoor gekozen om de verantwoordelijkheid te beleggen bij de traumacentra?
- Wat zijn de gevolgen als blijkt dat een ROAZ het niet lukt om eventuele knelpunten middels afspraken weg te nemen. Welke maatregelen kan de IGJ nemen?
- Kan de Minister uitgebreid toelichten waarom er een inspanningsverplichting geldt en niet een resultaatverplichting?
- Zijn er ook afspraken gemaakt over in welke omstandigheden de Minister wordt geïnformeerd als een zorgaanbieder dreigt zorg niet meer te kunnen leveren?
- In het concept staat dat er een werkend systeem is dat inzicht biedt in de actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg in de regio en dat in dit kader hierover afspraken gemaakt moeten worden. Kan de Minister dit uitgebreid toelichten?

### **II. Reactie van de Minister**

Ik dank de fracties voor de belangstelling die zij tonen voor deze concept algemene maatregel van bestuur (amvb) en voor de vragen die zij stellen.

In de monitor acute zorg 2018 geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan dat samenwerking het sleutelwoord is om de acute zorg ook in de toekomst toegankelijk te houden<sup>1</sup>. Samenwerking betekent gezamenlijk en gedeeld inzicht (in de uitdagingen, in de trends en patronen en in het functioneren van de keten als geheel en in de eigen rol in die keten), een onderling gecoördineerde aanpak om de toegankelijkheid te borgen (de zorg moet zodanig gecoördineerd worden dat de capaciteit is berekend op de voorspelbare drukte, en pieken zo mogelijk worden voorkomen) en onderlinge kennisdeling van oplossingen die werken. Binnen de acute

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 267.



zorg speelt het regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ) een centrale rol. Daar vindt de samenwerking in eerste instantie plaats. De concept amvb is bedoeld om deze samenwerking verder te verbreden en te verbeteren.

Recente ontwikkelingen in het aanbod van acute zorg hebben het belang van deze amvb aangetoond voor een goede besluitvorming over wijzigingen in het aanbod van acute zorg. Zorgaanbieders kunnen zo'n besluit niet zomaar nemen, de toezichhouders zullen moeten worden geïnformeerd, alle betrokkenen zullen vooraf moeten worden gehoord en er zullen afspraken moeten worden gemaakt voordat definitieve besluitvorming plaatsvindt.

Wijzigingen in het zorgaanbod en onzekerheden die daarmee gepaard gaan, moeten hand in hand gaan met het bieden van zekerheden dat patiënten de zorg krijgen, die ze nodig hebben. Ik verwacht dat een zorgaanbieder die acute zorg op een locatie wil sluiten voor definitieve besluitvorming met de huisartsen, verloskundigen, de ambulancedienst en (andere) ziekenhuizen in de buurt tijdig resultaatsofspraken maakt, inclusief duidelijke tijdsplanningen. De patiënten moeten op tijd weten dat hun zorg zeker is gesteld en hoe precies: waar kan iemand voor welke behandeling precies terecht, is er ook voldoende behandelcapaciteit en kan ik mijn eigen dokter houden? Verwijzers moeten weten waar zij de patiënt heen moeten verwijzen. Voorts verwacht ik dat met de andere betrokken zorgaanbieders in de regio vroegtijdig wordt besproken wat de plannen op het gebied van de acute zorg zijn en dat er concrete continuïteitsafspraken worden gemaakt over het overnemen van deze acute zorg.

Naast de interne adviesgremia van een zorgaanbieder (cliëntenraad, de medezeggenschap, medewerkers en de medische staf) is het belangrijk ook bewoners, gemeenten, huisartsen en verloskundigen, ambulance-dienst, andere ziekenhuizen, eventueel in het kader van het ROAZ actief te informeren en te betrekken bij een sluiting van aanbod van acute zorg. Niet alleen na besluitvorming, maar juist ook vóór besluitvorming. Op deze wijze krijgen alle partijen de kans om hun bezwaren, afwegingen, zorgen en suggesties in te brengen in de gesprekken met de zorgaanbieder, zodat deze meegewogen kunnen worden in het creëren van draagvlak en besluitvorming. Als de zorgaanbieder uiteindelijk een beslissing neemt, zal hij daarbij inzichtelijk moeten maken op welke wijze hij de belangen van de inwoners en andere partijen, alsmede hun zorgen en suggesties, heeft meegewogen in zijn beslissing. Uiteindelijk zijn de zorgaanbieder en de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor hun keuzes.

Deze amvb heeft betrekking op de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg. Ook als een zorgaanbieder andere wijzigingen in het zorgaanbod overweegt, moeten belanghebbenden goed betrokken worden in het besluitvormingsproces. Zorginstellingen zijn maatschappelijke organisaties. Veel mensen hebben belang bij het goed functioneren van zorginstellingen. Zorginstellingen hebben daarmee ook de verantwoordelijkheid om de maatschappij te betrekken bij voornemens om het aanbod van zorg te veranderen. Dat hebben de zorgaanbieders die zijn verenigd in de Brancheorganisaties Zorg (BOZ) ook zelf vastgelegd in de Governancecode zorg die in 2017 is vernieuwd. Het betrekken van de maatschappij bij ingrijpende besluiten over het zorgaanbod is een belangrijk aspect van goed bestuur. En dat is geen vrijblijvend aspect, de Inspectie voor de gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet hier ook op toe. De lijn die op dit punt is vastgelegd in de onderhavige amvb kan daarbij als een handvat dienen voor zorginstellingen die aanpassingen in het niet-acute zorgaanbod overwegen. Ik zal ook in mijn gesprekken met brancheorganisaties van zorgaanbieders blijven benadrukken dat zij dit aspect van goed bestuur bij hun leden onder de aandacht brengen.

De datum van inwerkingtreding van de amvb is afhankelijk van de voortgang van de behandeling van de voorstellen voor de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) (Kamerstuk 34 767) en de Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders (AWtza) (Kamerstuk 34 768) in het parlement.

*De leden van de VVD-fractie vragen hoe de rol van de verzekeraars in het ROAZ eruit zal zien en hoe de regiefunctie van zorgverzekeraars zich verhoudt tot het ROAZ.*

Traumacentra zullen wettelijk worden verplicht om zorgverzekeraars uit te nodigen voor de overleggen. De wettelijke zorgplicht en daaraan verbonden regiefunctie van de zorgverzekeraars brengt met zich mee dat van hen in het ROAZ een pro-actieve opstelling mag worden verwacht. Uiteindelijk moeten zorgverzekeraars een knoop doorhakken en zijn zij er via hun zorginkoop verantwoordelijk voor dat er voldoende acute zorg beschikbaar en bereikbaar is. Het is dan ook in hun belang dat zij deelnemen aan het overleg, actief vraagstukken rond beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg inbrengen, constructief voorstellen doen, meedenken en meewerken aan oplossingen voor vraagstukken en de afspraken die in het ROAZ worden gemaakt benutten bij hun zorginkoop.

*De leden van de VVD-fractie vragen of met het systeem dat inzicht biedt in actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg in de regio bedoeld wordt dat dit vergelijkbaar is met het systeem van de reeds bestaande regionale vervolgzorgloketten. Genoemde leden vragen hoe de vervolgzorgloketten werken en welke lessen meegenomen kunnen worden bij de ontwikkeling van de «acute zorgloketten».*

Het klopt dat het systeem dat inzicht biedt in actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg in de regio vergelijkbaar is met het systeem van de reeds bestaande regionale coördinatiefuncties voor tijdelijk verblijf. Zowel voor de coördinatie van tijdelijk verblijf (vervolgzorg) als voor coördinatie van de acute zorg, geldt dat er adequaat en real time inzicht moet zijn in beschikbare capaciteit. Ook is het van belang dat de acute zorg de vervolgzorg goed weet te vinden en omgekeerd, zodat de patiënt snel doorgeplaatst kan worden wanneer dat nodig is. Het is aan de regio's hoe de coördinatie en inrichting van beide zorgvormen geregeld is en/of wordt.

Bij motie Bruins Slot/Dijkstra (Kamerstuk 31 016, nr. 181) is mij gevraagd in overleg te treden met de elf regionale overleggen over het spoedig introduceren van een regionaal systeem dat het mogelijk maakt om informatie uit te wisselen over beschikbare bedden in de acute ziekenhuiszorg. Dat overleg heb ik inmiddels opgestart. Ik zal de Tweede Kamer nader informeren zodra ik meer zicht heb op de resultaten van dit overleg.

De regionale coördinatiefuncties tijdelijk verblijf (niet zijnde ziekenhuiszorg) zijn sinds april 2018 landelijk dekkend voor het eerstelijnsverblijf. De verwachting is dat de verbreding naar alle niet-planbare zorgvormen tijdelijk verblijf dit jaar gereed is. In mijn brief van 10 december 2018<sup>2</sup> heb ik aangegeven Uw Kamer te rapporteren over de uitkomsten van de gezamenlijke uitvraag die Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Actiz doen naar de werking en problemen van alle regionale coördinatiefuncties.

*De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre in het ROAZ afspraken zullen worden gemaakt over de optimale inzet van personeel.*

---

<sup>2</sup> Kamerstukken 29 247 en 32 793, nr. 265.

In de verschillende regio's vinden tal van activiteiten plaats in het kader van de schaarste en werkdruk van gespecialiseerd personeel. Zo zijn er bijvoorbeeld opleidingsconvenanten afgesloten tussen verschillende zorgaanbieders in de regio, wordt er onderzoek gedaan naar de schaarste in de regio en naar redenen van vertrekken of blijven in de acute zorg<sup>3</sup>. Ook zijn er projecten gericht op het beperken van de instroom naar spoedzorgpartners, spreiding van patiënten, uitwisseling van personeel, aanpassing van roosters en functiedifferentiatie. In enkele regio's is ook sprake van (onderzoek naar) duo-banen, in die zin dat iemand bijvoorbeeld gedeeltelijk werkt op de spoedeisende hulp en gedeeltelijk op de ambulance.

*De leden van de VVD-fractie vragen of de IGJ toezicht houdt op het functioneren van het ROAZ en de wijze waarop de betrokken zorgaanbieders invulling geven aan hun verantwoordelijkheden. De betrokken fractieleden willen graag weten over welk handhavingsinstrumentarium de IGJ hiervoor beschikt en met name wat de IGJ kan doen als samenwerking onvoldoende tot stand komt.*

De IGJ is op grond van artikel 24 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) belast met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij en krachtens de onderhavige amvb. Mocht de IGJ tot de conclusie komen dat een of meer zorgaanbieders hun verplichtingen ter zake niet naleven, dan zal zij zo nodig ingrijpen. Afhankelijk van de ernst van de situatie gebeurt dat door middel van een informele interventie – erop gericht dat een zorgaanbieder zelf actie onderneemt – of door middel van een bestuursrechtelijke maatregel. In dit laatste geval kan het, op grond van artikel 27 Wkkgz, gaan om een aanwijzing, of – indien er sprake is van een acuut risico voor de patiëntveiligheid – een bevel. Als de aanwijzing of het bevel niet wordt nageleefd, kan bestuursdwang worden toegepast of kan een last onder dwangsom worden opgelegd (artikelen 29 Wkkgz en 5:32 Algemene wet bestuursrecht).

*De leden van de CDA-fractie vragen waarom de zorgaanbieder bij een voorgenomen (tijdelijke) sluiting van een spoedeisende hulp afdeling, afdeling acute verloskunde of een huisartsenpost de gemeenten alleen maar moet informeren en niet consulteren.*

In artikel 8A.4 van de concept amvb is bepaald dat de zorgaanbieder die behoort tot een categorie als bedoeld in artikel 8A.1, onderdelen a, b, d of f, het aanbieden van acute zorg op een bepaalde locatie slechts geheel of gedeeltelijk kan beëindigen of opschorten als hij daarover tevoren heeft overlegd met 1) de zorgverzekeraar waarmee hij ter zake een overeenkomst heeft gesloten, en 2) de zorgaanbieders, bedoeld in artikel 8A.1, voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben. Dit heeft te maken met de verantwoordelijkheid die de zorgaanbieder samen met deze partijen heeft voor de continuïteit van de acute zorg in de regio. Dit overleg moet, aldus artikel 8A.4 lid 3, plaatsvinden op een zodanig moment dat er redelijkerwijs voldoende tijd is voor maatregelen om de continuïteit van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg in de regio te borgen. Ik zal in de amvb verduidelijken dat dit overleg plaats moet vinden voorafgaand aan de (definitieve) besluitvorming door de zorgaanbieder die het aanbod van acute zorg wil opschorten of beëindigen. Uiteindelijk, na weging van de inbreng van andere partijen (zie ook hieronder) zijn de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor hun keuzes, zodat de zorgaanbieders en zorgverze-

<sup>3</sup> Zie bijvoorbeeld [www.zorgvoorhetnoorden.nl](http://www.zorgvoorhetnoorden.nl) en [www.zorgpleinnoord.nl/raat](http://www.zorgpleinnoord.nl/raat) voor acties in ROAZ Noord Nederland.

keraars invulling kunnen geven aan hun gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Andere partijen, waaronder de gemeenten, zijn op grond van de wet- en regelgeving niet verantwoordelijk voor de continuïteit van de acute zorg in de regio. Dat neemt natuurlijk niet weg dat het beëindigen of opschorten van acute zorg in de regio ook voor gemeenten consequenties kan hebben en dat ik vind dat gemeenten voorafgaand aan besluitvorming hun zorgen moeten kunnen uiten en suggesties moeten kunnen doen. Ik vind dat de zorgaanbieder deze zorgen en suggesties moet meewegen in zijn besluitvorming en ook aan de gemeenten moet terugkoppelen wat hij er wel of niet mee heeft gedaan. Daarom is in de concept nota van toelichting bij artikel 8A.4 aangegeven dat de zorgaanbieder moet voorkomen dat (onder andere) gemeenten plotseling met een beëindiging of opschorting van de acute zorg worden geconfronteerd. In de amvb zal ik dit verduidelijken, alleen maar informeren van gemeenten is bij sluiting van acute zorg niet voldoende. Ik zal ook bevorderen dat er een handreiking tot stand komt voor het vormgeven van ordentelijke besluitvormingsprocessen. Ik zal in de amvb de mogelijkheid creëren om bij ministeriële regeling regels te stellen over de wijze waarop gemeenten in de regio betrokken moeten worden.

*De leden van de CDA-fractie vragen waarom patiëntenorganisaties en regionale bestuurders niet moeten worden geïnformeerd en/of geconsulteerd.*

Deze concept amvb beoogt bepaalde (minimale) verplichtingen aan zorgaanbieders op te leggen, om ervoor te zorgen dat het proces met betrekking tot een voorgenomen opschorting of beëindiging van acute zorg zorgvuldig verloopt. In dat kader vind ik het vooral belangrijk dat de inwoners en gemeenten uit de omgeving worden geïnformeerd en gehoord over een voorgenomen wijziging in het aanbod van acute zorg in hun regio. Dat neemt natuurlijk niet weg dat het zorgvuldig is als zorgaanbieders in voorkomende gevallen ook andere partijen op wie een dergelijk besluit veel effect heeft, bij dit proces betrekken. Partijen hebben daarbij een eigen verantwoordelijkheid.

*De leden van de CDA-fractie vragen welke partijen de Minister van plan is op te nemen in de ministeriële regeling die aan het ROAZ moeten deelnemen.*

De zorgaanbieders die worden genoemd in artikel 8A.1 van de concept amvb worden geacht deel te nemen aan het ROAZ. Mede op basis van de reacties die ik in het kader van de internetconsultatie heb ontvangen, zal ik bij het opstellen van de ministeriële regeling beslissen over welke aanbieders altijd moeten deelnemen (in ieder geval de ziekenhuizen, ambulancediensten en huisartsenposten) en voor welke aanbieders het afhankelijk is van de agenda of zij moeten deelnemen.

*De leden van de CDA-fractie vragen op welke termijn ik verwacht dat het aangekondigde onderzoek naar de norm voor de bereikbaarheid van een spoedeisende hulp en de afdeling acute verloskunde afgerond zal zijn.*

Ik zal de onderzoekers vragen uiterlijk eind van dit jaar aan mij te rapporteren.

*De leden van de CDA-fractie vragen waarom partijen die reeds deelnamen aan de ROAZ-en behoefte hebben aan een duidelijkere legitimering van de taken en welke knelpunten deze partijen nu ervaren, onder andere in relatie tot de zorgverzekeraars.*

Op dit moment is een en ander omtrent de ROAZ-en geregeld in beleidsregels op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Deze beleidsregels zijn tot stand gekomen in een periode waarin er minder druk was op de acute zorg. De beleidsregels zijn dan ook summier van aard. Ze hebben bovendien alleen betrekking op de acute zorg zelf en niet op de instroom in de acute zorg en de uitstroom daaruit. De toenemende druk op de acute zorg en het toenemende belang van goed overleg tussen ketenpartners in de regio, vergen een steviger juridische basis, met een meer uitgebreide taakomschrijving voor de ROAZ-en en een uitgebreidere beschrijving van de verplichtingen voor de betrokken zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars nemen op dit moment niet altijd deel aan de regionale overleggen. Het woord «zorgverzekeraar» komt in de beleidsregels WTZi alleen voor in relatie tot de acute geestelijke gezondheidszorg. Hoewel op grond van deze concept-amvb zorgverzekeraars niet verplicht kunnen worden deel te nemen aan het regionaal overleg acute zorg, wordt wel sterk benadrukt wat er van zorgverzekeraars wordt verwacht bij het voorkomen en oplossen van knelpunten in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg.

*De leden van de CDA-fractie vragen welke oplossingen deze amvb biedt voor eerstelijns zorgaanbieders bij sluiting van acuut zorgaanbod. Zij vragen tevens hoe gewaarborgd wordt dat alle betrokken zorgverleners, ook die in de eerste lijn, tijdig worden aangehaakt.*

Ook voor eerstelijns aanbieders die acute zorg verlenen, is deelname aan het ROAZ relevant. Het is in hun belang om te zorgen dat zij goed vertegenwoordigd zijn in het ROAZ. Ik ga ervan uit dat op initiatief van de voorzitters van de ROAZ-en in elk van de ROAZ-en goede afspraken zijn of worden gemaakt over het proces van besluitvorming, waarbij gewaarborgd wordt dat ieders inbreng serieus wordt genomen.

Deze amvb legt bovendien vast dat een zorgaanbieder die voornemens is aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie (tijdelijk) te sluiten, daarover tijdig moet overleggen met andere betrokken zorgaanbieders, zeker ook met zorgaanbieders in de eerste lijn, onder andere omdat deze belangrijk zijn als verwijzers. Tot op heden was dergelijk overleg niet wettelijk voorgeschreven. Onder tijdig versta ik vóórdát de besluitvorming is afgerond en op een moment dat de consequenties voor andere zorgaanbieders nog in de afweging kunnen worden betrokken en zo nodig afspraken met deze zorgaanbieders over het aanbod van acute zorg kunnen worden gemaakt.

*De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de norm voor beoordeling van patiënten met een acute psychische zorgvraag helder wordt en wanneer deze norm uiterlijk vastgesteld moet zijn om daadwerkelijk per 2020 in te gaan.*

De norm voor de tijd waarbinnen beoordeling van patiënten met een acute psychische zorgvraag moet plaatsvinden maakt onderdeel uit van de generieke module Acute psychiatrie. Veldpartijen hebben uitdrukkelijk aangegeven dat zij zich ervoor zullen inzetten dat deze generieke module dit jaar wordt ingeschreven in het register van het Zorginstituut. Mijn collega Blokhuis volgt dit proces nauwlettend. Met het oog op de inkoopafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor 2020 en de implementatie van de generieke module in de praktijk, is het van belang dat over deze norm zo snel mogelijk helderheid ontstaat.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe het staat met het functioneren van de regionale coördinatiefunctie.*

De regionale coördinatiefuncties tijdelijk verblijf (niet zijnde ziekenhuiszorg) zijn sinds april 2018 landelijk dekkend voor het eerstelijnsverblijf. De verwachting is dat de verbreding naar alle niet-planbare zorgvormen tijdelijk verblijf dit jaar gereed is. In mijn brief van 10 december 2018<sup>4</sup> heb ik aangegeven Uw Kamer te rapporteren over de uitkomsten van de gezamenlijke uitvraag die ZN en Actiz doen naar de werking en problemen van alle regionale coördinatiefuncties.

*De leden van de CDA-fractie vragen naar de handhavingmogelijkheden die de IGJ ter beschikking heeft als uit het verslag van een ROAZ-vergadering blijkt dat een zorgaanbieder zich onvoldoende heeft ingespannen.*

De IGJ is op grond van artikel 24 van de Wkkgz belast met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij en krachtens de onderhavige amvb. Mocht de IGJ tot de conclusie komen dat een of meer zorgaanbieders hun verplichtingen ter zake niet naleven, dan zal zij zo nodig ingrijpen. Afhankelijk van de ernst van de situatie gebeurt dat door middel van een informele interventie – erop gericht dat een zorgaanbieder zelf actie onderneemt – of door middel van een bestuursrechtelijke maatregel. In dit laatste geval kan het, op grond van artikel 27 Wkkgz, gaan om een aanwijzing, of – indien er sprake is van een acuut risico voor de patiëntveiligheid – een bevel. Als de aanwijzing of het bevel niet wordt nageleefd, kan bestuursdwang worden toegepast of kan een last onder dwangsom worden opgelegd (artikelen 29 Wkkgz en 5:32 Algemene wet bestuursrecht).

*De leden van de CDA-fractie vragen of voldoende duidelijk is wanneer sprake is van een knelpunt dat gemeld moet worden.*

In artikel 8A.3 van de amvb is bepaald dat het moet gaan om een knelpunt in de beschikbaarheid of bereikbaarheid van de acute zorg in de betrokken regio dat binnen het regionaal overleg niet blijkt te kunnen worden opgelost en dat van belang is voor de taken van de IGJ, de zorgverzekeraars en/of de NZa. Het is niet mogelijk om te voren alle mogelijke knelpunten te voorzien en in de amvb op te sommen. Het is de verantwoordelijkheid van een traumacentrum om af te wegen of sprake is van een knelpunt waarvan het een melding moet doen en zo ja, bij welke organisatie. Gezien deze verantwoordelijkheid ligt het in de rede dat een traumacentrum in geval van twijfel contact opneemt met de IGJ, zorgverzekeraars of de NZa om een en ander te bespreken.

*De leden van de CDA-fractie vragen of aan een crisisplan van een kleine zorgaanbieder dezelfde eisen worden gesteld als aan een crisisplan van grote ziekenhuizen.*

In artikel 8A.1, onderdelen a tot en met g, worden de categorieën zorgaanbieders gedefinieerd die moeten beschikken over een crisisplan. Dit betreft dus niet alle zorgaanbieders in de ROAZ regio, het zijn over het algemeen grotere aanbieders van acute zorg. Uit hoofde van deze functie zijn zij verplicht een crisisplan op te stellen dat in elk geval voldoet aan de eisen uit artikel 8A.5. Deze zorgaanbieders moeten een crisisplan maken dat past bij (de bedreigingen van) hun organisatie. Onder coördinatie van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) in samenwerking met de GHOR zijn hiervoor handreikingen gemaakt.

*De leden van de CDA-fractie vragen wat de verplichting om deel te nemen aan de vergaderingen betekent voor kleine zorgaanbieders.*

<sup>4</sup> Kamerstukken 29 247 en 32 793, nr. 265.

Met de leden van de CDA-fractie ben ik het eens dat van kleine zorgaanbieders zoals kleine huisartsenpraktijken niet verwacht kan worden dat ze allemaal, met z'n allen, deelnemen aan alle vergaderingen. Ik kan mij voorstellen dat groepen zorgaanbieders met elkaar afspreken wie hen, met mandaat, vertegenwoordigt in de overleggen. Op grond van de ministeriële regeling zullen niet alle zorgaanbieders in de regio worden verplicht om altijd aan alle vergaderingen deel te nemen.

*De leden van de CDA-fractie vragen welke rol de verzekeraar, de NZa en de IGJ hebben wanneer knelpunten niet opgelost kunnen worden in het ROAZ en het ROAZ deze partijen daarover informeert.*

Het is de rol van zorgverzekeraars om vanuit hun zorgplicht te zorgen voor voldoende aanbod van goede acute zorg. Zij moeten voldoende van deze zorg inkopen en uit dien hoofde met zorgaanbieders overleggen hoe voldoende aanbod beschikbaar blijft of kan komen en met hen onderhandelen over wat daar wel of niet voor nodig is. Lukt het in overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet tijdig om tot voldoende aanbod te komen, dan is er een rol voor de NZa. Het is aan de NZa om te zorgen dat de zorgverzekeraars hun zorgplicht naleven. De NZa heeft daarvoor verschillende instrumenten zoals het geven van een aanwijzing aan zorgverzekeraars.

Als er sprake is van knelpunten in het aanbod van acute zorg, zal dat vrijwel altijd ook de veiligheid en kwaliteit van de acute zorg raken. De IGJ heeft vergelijkbare instrumenten als de NZa, maar dan gericht op zorgaanbieders. In de praktijk zullen NZa en IGJ meestal samen optrekken in het toezicht op de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg.

*De leden van de fractie van GroenLinks zijn geïnteresseerd in het vervolgproces van de amvb en de internetconsultatie.*

Mede naar aanleiding van een aantal vragen in dit schriftelijk overleg zal ik een aantal aanpassingen aanbrengen in de amvb. Zo zal ik verduidelijken dat bij een voorgenomen beëindiging van aanbod van acute zorg overleg met andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars moet plaatsvinden vóór besluitvorming. Dat geldt ook voor het informeren en horen van gemeenten en voor de communicatie met inwoners.

De periode van internetconsultatie heeft gelopen tot en met 23 januari 2019. De openbare reacties zijn voor iedereen in te zien via [www.internetconsultatie.nl](http://www.internetconsultatie.nl). Ik zal de ontvangen reacties bestuderen. Ik zal bezien of, in welke mate en op welke wijze de reacties aanleiding geven tot (verdere) aanpassing van de concept amvb. Ik zal zowel op de site voor internetconsultatie als in de toelichting bij de amvb aangeven tot welke wijzigingen de consultatie aanleiding heeft gegeven. Vervolgens zal de amvb via de ministerraad worden aangeboden aan de Raad van State voor advies. Na ommekomst van het advies van de Raad van State stel ik een nader rapport op, waarbij de amvb zo nodig naar aanleiding van dat advies wordt aangepast. Daarna wordt de amvb gepubliceerd in het Staatsblad. De datum van inwerkingtreding van deze amvb en de ministeriële regeling die erop wordt gebaseerd, is afhankelijk van de voortgang van de behandeling van de Wtza en de AWtza in het parlement.

*De leden van de fractie van GroenLinks vragen hoe de amvb moet bijdragen aan het oplossen van capaciteitsproblemen, wanneer in de praktijk het probleem al is ontstaan.*

De amvb is onder meer bedoeld om te voorkomen dat capaciteitsproblemen ontstaan. Zo moet een zorgaanbieder de IGJ en NZa schriftelijk informeren zodra de zorgaanbieder redelijkerwijs kan voorzien dat er een gereede kans bestaat dat een gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting plaats zal vinden. Verder moet de betrokken zorgaanbieder onder meer overleggen met de zorgverzekeraars met wie een contract is gesloten en met andere zorgaanbieders en een plan opstellen hoe, gezien de concrete omstandigheden, op zorgvuldige wijze de continuïteit van de zorg voor cliënten wordt geborgd. Ook moet de zorgaanbieder zich inspannen om onzekerheid bij de inwoners te voorkomen en er zorg voor dragen dat bepaalde normen voor de bereikbaarheid van de acute zorg niet in gevaar komen. Omdat de IGJ in een vroegtijdig stadium is geïnformeerd, kan de IGJ toezien op het naleven van deze voorwaarden.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen welke oplossingen deze amvb biedt voor de toenemende druk op de eerstelijns zorgaanbieders, wanneer acuut zorgaanbod wordt gesloten.*

In artikel 8A.4, lid 1, onder c, van deze concept amvb is bepaald dat de zorgaanbieder die het voornemen heeft om het aanbod van acute zorg in de regio op te schorten of te beëindigen, hierover tijdig in overleg moet treden met de betrokken zorgverzekeraars en met de zorgaanbieders, voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben. In lid 3 van dat artikel is bepaald dat dit overleg op een zodanig tijdstip plaats moet vinden dat er redelijkerwijs voldoende tijd is voor maatregelen om de continuïteit van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg in de regio te borgen. De achtergrond van deze bepalingen is dat acute zorg ketenzorg is, dat wijzigingen in het aanbod van acute zorg in de regio effect hebben op de andere zorgaanbieders in de keten, en dat alle partijen gezamenlijk een verantwoordelijkheid dragen voor de continuïteit van de acute zorg in de regio. Ik zal verduidelijken dat dit overleg moet plaatsvinden voorafgaand aan besluitvorming door de aanbieder die de acute zorg wil opschorten of beëindigen. De potentieel toenemende druk op de eerstelijns zorgaanbieders in de regio zal in dat kader uiteraard onderwerp van gesprek zijn, en hier moeten de betrokken zorgaanbieders samen met de zorgverzekeraars een afdoende antwoord op vinden. Ook eerstelijns partijen krijgen de kans om hun bezwaren, afwegingen, zorgen en suggesties in te brengen in de gesprekken met de zorgaanbieder, zodat deze meegewogen kunnen worden in het creëren van draagvlak en besluitvorming. Als de zorgaanbieder uiteindelijk een beslissing neemt, zal hij daarbij inzichtelijk moeten maken op welke wijze hij de belangen en zorgen en suggesties heeft meegewogen in zijn beslissing. Uiteindelijk zijn de zorgaanbieder en de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor hun keuzes. De zorgplicht van zorgverzekeraars blijft bestaan, ook voor de eerstelijnszorg. Zorgverzekeraars en aanbieders van huisartsenzorg moeten zorgen voor voldoende aanbod van (acute) huisartsenzorg.

In dat kader wil ik ook graag benadrukken dat in de verschillende hoofdlijnenakkoorden die afgelopen jaar zijn afgesloten is geconcludeerd dat er een transformatie in het zorgaanbod zal moeten plaatsvinden, waarbij «de juiste zorg op de juiste plek» centraal staat. Er is afgesproken dat er een lagere volumegroei zal plaatsvinden voor de medisch-specialistische zorg, en een hogere volumegroei voor (georganiseerde) huisartsenzorg, wijkverpleging en eerstelijnsverblijf. Met de financiële afspraken die in deze hoofdlijnenakkoorden zijn gemaakt kan de afname aan medisch-specialistische zorg en de toenemende druk op de eerstelijnszorg kortom ook financieel worden geacommodeerd.



*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of een crisisplan voor grootschalige en kleinschalige zorgaanbieders van dezelfde soort moet zijn.*

In artikel 8A.1, onderdelen a tot en met g, worden de categorieën zorgaanbieders gedefinieerd die moeten beschikken over een crisisplan. Dit betreft niet alle zorgaanbieders in de ROAZ regio, het zijn over het algemeen grotere aanbieders van acute zorg. Uit hoofde van deze functie zijn zij verplicht een crisisplan op te stellen dat in elk geval voldoet aan de eisen uit artikel 8A.5. Deze zorgaanbieders moeten een crisisplan maken dat past bij (de bedreigingen van) hun organisatie. Onder coördinatie van het LNAZ in samenwerking met de GHOR zijn hiervoor handreikingen gemaakt.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of ik vind dat de positie van kleine eerstelijnsaanbieders voldoende is gewaarborgd ten opzichte van tweedelijns aanbieders. De leden van de GroenLinks-fractie en van de SP-fractie vragen of kleinschalige zorgaanbieders vergaderingen die geen betrekking op hen hebben moeten bijwonen.*

Ook voor eerstelijns aanbieders die acute zorg verlenen is deelname aan het ROAZ relevant. Het is in hun belang om te zorgen dat zij goed vertegenwoordigd zijn in het ROAZ, zodat zij effectief kunnen overleggen met tweedelijns aanbieders. Ik ga ervan uit dat op initiatief van de voorzitters van de ROAZ-en in elk van de ROAZ-en goede afspraken zijn of worden gemaakt over het proces van besluitvorming, waarbij gewaarborgd wordt dat ieders inbreng serieus wordt genomen. Deze amvb legt bovendien vast dat een zorgaanbieder die voornemens is aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie (tijdelijk) te sluiten, daarover tijdig moet overleggen met andere betrokken zorgaanbieders, ook zorgaanbieders in de eerste lijn. Tot op heden was dat niet wettelijk bepaald. Onder tijdig versta ik vóórdat de besluitvorming is afgerond, op een moment dat de consequenties voor andere zorgaanbieders nog in de afweging kunnen worden betrokken en zo nodig afspraken met deze zorgaanbieders over het aanbod van acute zorg kunnen worden gemaakt.

Met de leden van de fracties van GroenLinks en de SP ben ik het eens dat van kleine zorgaanbieders zoals kleine huisartsenpraktijken niet verwacht kan worden dat ze allemaal, met z'n allen, deelnemen aan alle vergaderingen. Ik kan mij voorstellen dat groepen zorgaanbieders met elkaar afspreken wie gemachtigd is hen te vertegenwoordigen in de overleggen. Op grond van de ministeriële regeling zullen niet alle zorgaanbieders in de regio worden verplicht om, ongeacht de aan de orde zijnde onderwerpen, altijd aan alle vergaderingen deel te nemen.

*De leden van de SP-fractie vragen in welke regio's de afstemming tussen de verschillende partijen op dit moment nog niet op orde is.*

Voor zover mij bekend wordt in alle regio's gewerkt in lijn met de huidige Beleidsregels WTZi. Met deze amvb bereid ik de taken van de ROAZ-en uit en leg ik meer verplichtingen op aan de zorgaanbieders die erbij betrokken zijn of worden.

*De leden van de SP-fractie vragen waarom een verplichting tot deelname aan de overleggen voor de zorgverzekeraars niet geldt en of op enige wijze zo'n verplichting niet alsnog is te regelen.*

De verplichting om aan het overleg deel te nemen geldt alleen voor zorgaanbieders. Zij moeten immers de zorg organiseren en leveren. Zorgverzekeraars kopen in bij de zorgaanbieders en zorgen door de keuze

bij wie ze zorg inkopen, welke zorg en hoeveel zorg, voor invulling van hun zorgplicht. Uiteraard hebben zorgverzekeraars vanuit hun zorgplicht voor hun verzekerden wel een belang in een goede en efficiënte organisatie en levering van de zorg, vandaar dat het traumacentrum verplicht is om hen uit te nodigen voor de vergaderingen. Daarmee wordt geborgd dat zorgverzekeraars goed op de hoogte kunnen blijven van de ontwikkelingen en invloed kunnen uitoefenen. Ook moeten niet opgeloste knelpunten in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg die de zorgplicht raken bij zorgverzekeraars gemeld worden. Zorgverzekeraars geven daarmee concrete invulling aan hun zorgplicht voor voldoende aanbod van acute zorg.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe vaak het regionaal overleg plaatsvindt en of tijdig overleg kan plaatsvinden indien knelpunten zijnesignaleerd.*

In de regel vindt er in de regio drie of vier keer per jaar een bestuurlijk overleg plaats van het ROAZ. Daarnaast zijn er soms nog bestuurlijke overleggen over deelonderwerpen, met een beperkt aantal partijen. Verder vindt in de meeste regio's drie of vier keer per jaar een overleg plaats op operationeel niveau. Daarnaast zijn er werkgroepen, focusgroepen, expertgroepen en andere ROAZ-bijeenkomsten. Als het nodig is, kan tijdig overleg (tussentijds) georganiseerd worden.

*De leden van de SP-fractie ontvangen graag een nadere toelichting op de rollen van de zorgverzekeraars, de NZa en de IGJ wanneer knelpunten niet opgelost kunnen worden in het ROAZ en het ROAZ deze partijen informeert.*

Het is de rol van zorgverzekeraars om vanuit hun zorgplicht te zorgen voor voldoende aanbod van goede acute zorg. Zij moeten voldoende van deze zorg inkopen en uit dien hoofde met zorgaanbieders overleggen hoe voldoende aanbod beschikbaar blijft of kan komen en met hen onderhandelen over wat daar wel of niet voor nodig is. Lukt het in overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet tijdig om tot voldoende aanbod te komen, dan is er een rol voor de NZa. Het is aan de NZa om te zorgen dat de zorgverzekeraars hun zorgplicht naleven. De NZa heeft daarvoor verschillende instrumenten zoals het geven van een aanwijzing aan zorgverzekeraars.

Als er sprake is van knelpunten in het aanbod van acute zorg, zal dat vrijwel altijd ook de veiligheid en kwaliteit van de acute zorg raken. De IGJ heeft vergelijkbare instrumenten als de NZa, maar dan gericht op zorgaanbieders. In de praktijk zullen NZa en IGJ meestal samen optrekken in het toezicht op de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg.

*De leden van de SP-fractie vragen of er een bepaalde termijn staat voor het melden van niet opgeloste knelpunten en voor het komen tot een oplossing.*

Er zijn geen algemeen geldende termijnen voor het oplossen van knelpunten in het ROAZ en voor het melden van niet opgeloste knelpunten. Het is erg afhankelijk van de aard en de ernst en de omvang van het knelpunt, de kans dat het knelpunt zich voordoet en de termijn waarbinnen het knelpunt zich zou kunnen voordoen, hoeveel tijd het ROAZ nodig heeft voor het oplossen of voorkomen ervan. Hoe snel een niet opgelost knelpunt moet worden gemeld hangt van dezelfde factoren af. Om recht te doen aan de verschillende concrete situaties in de praktijk wil ik geen termijn vastleggen in de amvb.

*De leden van de SP-fractie vragen of centraal wordt bijgehouden hoeveel knelpunten er worden geconstateerd in een bepaalde regio, al dan niet gemeld aan zorgverzekeraar of IGJ.*

Er komt geen centrale registratie van knelpunten per regio. De meerwaarde van zo'n registratie van, mogelijk onvergelykbare, knelpunten zie ik niet. Terwijl een registratie wel extra administratieve lasten oplevert. Het is bovendien het doel van deze concept amvb dat knelpunten door overleg in het ROAZ zoveel mogelijk worden voorkomen.

*De leden van de SP-fractie willen weten wat er gebeurt als er problemen ontstaan met betrekking tot de beschikbaarheid en bereikbaarheid en achteraf wordt vastgesteld dat geconstateerde knelpunten niet zijn doorgegeven aan de inspectie of zorgverzekeraars.*

Dit is uiteraard een onwenselijke situatie die achteraf niet meer zal kunnen worden hersteld. Door alle aandacht die er op dit moment is voor de beschikbaarheid van acute zorg, in de Tweede Kamer, in de media en in de overleggen die ik heb met zorgaanbieders, zullen de traumacentra en andere zorgaanbieders er goed van doordrongen zijn dat knelpunten moeten worden opgelost en als dat niet lukt, dat dat moet worden gemeld. Als problemen met de beschikbaarheid of bereikbaarheid reeds zijn ontstaan zal moeten worden ingezet op het zo snel mogelijk oplossen van het knelpunt in de beschikbaarheid en bereikbaarheid. De IGJ kan daarbij bezien of de verschillende zorgaanbieders hun verantwoordelijkheden nemen. Zo nodig kunnen aan zorgaanbieders die in gebreke blijven, maatregelen worden opgelegd die, als dat noodzakelijk is, kunnen worden gehandhaafd via bijvoorbeeld een last onder dwangsom.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe de informatievoorziening aan gemeentebesturen eruit zal zien en of gemeentebesturen (enige vorm van) inspraak hebben.*

Zoals in artikel 8A.4, lid 1, onder d, staat, moet de zorgaanbieder de gemeenten «te voren» over een voorgenomen opschorting of beëindiging informeren. In de concept nota van toelichting bij dit artikel staat waarom deze verplichting is opgenomen: om te voorkomen dat gemeenten voor verrassingen worden gesteld, ook omdat zij hier vaak door hun inwoners over worden bevroegd en zij zo nodig in gesprek moeten kunnen gaan met de zorgaanbieder alsmede hun eigen beleid op de voornemens moeten kunnen afstemmen. Ik vind dat gemeenten hun zorgen moeten kunnen uiten en suggesties moeten kunnen doen als een zorgaanbieder voornemens is acute zorg te beëindigen. Ik vind dat de zorgaanbieder deze zorgen en suggesties moet meewegen in zijn besluitvorming en gemeenten dus moet raadplegen voorafgaand aan de besluitvorming en ook aan de gemeenten moet terugkoppelen wat hij er wel of niet mee heeft gedaan. In de amvb zal ik de mogelijkheid creëren om bij ministeriële regeling regels te stellen over de wijze waarop gemeenten moeten worden betrokken bij de besluitvorming.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe het betrekken van inwoners bij de beslissing vorm zal krijgen. Deze leden vragen waarom de inwoners geen echte (doorslaggevende) stem krijgen in het proces.*

Zoals ook in de verschillende hoofdlijnenakkoorden staat, zal er de komende jaren een transformatie in het zorgaanbod moeten plaatsvinden, waarbij «de juiste zorg op de juiste plek» centraal staat. Er is afgesproken dat de ruimte voor de budgettaire groei in de medisch-specialistische zorg en de GGZ de komende jaren wordt beperkt, met gelijktijdig meer ruimte voor volumegroei voor (georganiseerde) huisartsenzorg, wijkverpleging

en eerstelijnsverblijf. Dat er wijzigingen in het zorglandschap zullen plaatsvinden, is kortom een gegeven. Waar het om gaat is dat mensen in heel Nederland erop kunnen rekenen dat de zorg desondanks tijdig beschikbaar is, als zij die nodig hebben. Ik vind het belangrijk dat alle inspanningen erop zijn gericht dat zij daarop kunnen rekenen, en zich daar geen zorgen over hoeven te maken. Alle verplichtingen die in deze concept amvb aan de betrokken partijen worden opgelegd staan in dat teken.

De zorgaanbieder die het voornemen heeft om het aanbod van acute zorg op te schorten of te beëindigen, moet zich inspannen om onzekerheid hierover onder de inwoners uit de regio te voorkomen. Welke maatregelen daarvoor nodig zijn hangt zoals in de concept nota van toelichting staat, af van de inhoud en omvang van de voorgenomen opschorting of beëindiging; in geval van de beëindiging van (een belangrijk deel van) de acute zorg ligt het in de rede dat een zorgaanbieder niet alleen de inwoners daarover informeert, maar ook een bijeenkomst organiseert waarin hij de inwoners in de gelegenheid stelt om mondeling hun mening over de voorgenomen beëindiging naar voren te brengen. Ook is het, zoals in de concept nota van toelichting staat, van groot belang dat de zorgaanbieder de belangen van de inwoners bij zijn beslissing betreft. Alle betrokken partijen, ook inwoners, moeten de kans krijgen om hun bezwaren, afwegingen, zorgen en suggesties in te brengen in de gesprekken met de zorgaanbieder, zodat deze meegewogen kunnen worden in het creëren van draagvlak en besluitvorming. Indien de zorgaanbieder uiteindelijk een beslissing neemt, zal hij daarbij inzichtelijk moeten maken op welke wijze hij de belangen van de inwoners alsmede hun zorgen en suggesties, heeft meegewogen in zijn beslissing. Uiteindelijk zijn de zorgaanbieder en de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor hun keuzes. Ik zal in de amvb verduidelijken dat communicatie met inwoners (ook al) voorafgaand aan de definitieve besluitvorming moet plaatsvinden.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe de amvb bijdraagt aan het (preventief) oplossen van capaciteitsproblemen wanneer in de praktijk het probleem al is ontstaan.*

De amvb is onder meer bedoeld om te voorkomen dat capaciteitsproblemen ontstaan. Zo moet een zorgaanbieder de IGJ en NZa schriftelijk informeren zodra de zorgaanbieder redelijkerwijs kan voorzien dat er een gereede kans bestaat dat een gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting plaats zal vinden. Verder moet de betrokken zorgaanbieder onder meer overleggen met de zorgverzekeraar en andere zorgaanbieders en een plan opstellen hoe, gezien de concrete omstandigheden, op zorgvuldige wijze de continuïteit van de zorg voor cliënten wordt geborgd. Ook moet de zorgaanbieder zich inspannen om onzekerheid bij de inwoners te voorkomen en er zorg voor dragen dat bepaalde normen voor de bereikbaarheid van de acute zorg niet in gevaar komen. Omdat de IGJ in een vroegtijdig stadium is geïnformeerd, kan de IGJ toezien op het naleven van deze voorwaarden.

*De leden van de SP-fractie vragen of kleinschalige aanbieders dezelfde soort crisisplannen moeten maken als grote ziekenhuizen.*

In artikel 8A.1, onderdelen a tot en met g, worden de categorieën zorgaanbieders gedefinieerd die moeten beschikken over een crisisplan. Dit betreft niet alle zorgaanbieders in de ROAZ regio, het zijn over het algemeen grotere aanbieders van acute zorg. Uit hoofde van deze functie zijn zij verplicht een crisisplan op te stellen dat in elk geval voldoet aan de eisen uit artikel 8A.5. Deze zorgaanbieders moeten een crisisplan maken

dat past bij (de bedreigingen van) hun organisatie. Onder coördinatie van het LNAZ in samenwerking met de GHOR zijn hiervoor handreikingen gemaakt.

*De leden van de SP-fractie vragen wanneer de zorgaanbieders hun crisisplan aan de directeur publieke gezondheid (DPG) moeten sturen, of deze verplichting geldt voor alle zorgaanbieders en wat de criteria zijn waaraan een crisisplan moet voldoen.*

In onderling overleg wordt afgesproken wanneer het crisisplan bij de DPG wordt ingeleverd, hiervoor is geen vaste datum. Als (het bestuur van) de zorgorganisatie een plan vaststelt of een actualisering accordeert, stuurt de instelling het plan daarna naar de DPG. Onder coördinatie van het LNAZ in samenwerking met de GHOR zijn handreikingen gemaakt waarin staat waaraan het crisisplan moet voldoen.

*De leden van de SP-fractie vragen of bij het onderzoek naar de 45-minutennorm kwaliteit en tijdige goede zorg van doorslaggevend belang zullen zijn.*

Ik deel de mening van de leden van de SP-fractie dat kwaliteit en tijdige goede zorg zeer belangrijke aspecten zijn in het onderzoek naar de normstelling voor bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg. Tegelijk moet een norm wel uitvoerbaar zijn. Als bijvoorbeeld arbeidsmarktomstandigheden het niet mogelijk maken om aan de norm te voldoen, dan zal ik daar rekening mee moeten houden. Datzelfde geldt voor de budgettaire consequenties van de invoering van een norm. Naast kwaliteit en toegankelijkheid is ook de betaalbaarheid van zorg een publiek belang dat ik bij mijn afweging zal moeten betrekken.

*De leden van de SP-fractie vragen wat de rol is van het ROAZ als in de praktijk niet voldaan kan worden aan de 45 minuten norm.*

Het aanbod van een spoedeisende eerste hulp afdeling of een afdeling acute verloskunde mag op een bepaalde locatie niet sluiten als daardoor de 45-minutennorm in het geding is. Het overleg met betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars over een voornemen tot opschorting of beëindiging van acute zorg heeft onder meer tot doel om er gezamenlijk voor te zorgen dat aan de (in paragraaf 4 van de concept nota van toelichting beschreven) normen voor de tijdigheid en toegankelijkheid van acute zorg kan worden voldaan. Mocht zich desondanks een situatie voordoen waarin een zorgaanbieder in strijd met deze normen het aanbod aan acute zorg in de regio opschort of beëindigt, dan moet het traumacentrum (dat het regionaal overleg organiseert) hierover op grond van artikel 8A.3 de inspectie en zorgverzekeraars informeren en als ook sprake is van een knelpunt dat betrekking heeft op de zorgplicht (wat bij de 45 minuten-norm het geval is), ook de NZa.

*De leden van de SP-fractie vragen wanneer er een systeem is dat inzicht biedt in de actueel beschikbare capaciteit van acute zorg in de regio's en hoe geborgd wordt dat de systemen in de verschillende regio's op elkaar zijn afgestemd.*

Bij motie met Kamerstuk 31 016, nr. 181 is mij gevraagd in overleg te treden met de elf regionale overleggen over het spoedig introduceren van een regionaal systeem dat het mogelijk maakt om informatie uit te wisselen over beschikbare bedden in de acute ziekenhuiszorg. Dat overleg heb ik inmiddels opgestart. Ik zal de Tweede Kamer nader informeren zodra ik meer zicht heb op de resultaten van dit overleg.

*De leden van de SP-fractie vragen welke oplossingen de amvb biedt voor de toenemende druk op aanbieders van eerstelijnszorg als gevolg van sluiting van aanbod van acute zorg.*

In artikel 8A.4, lid 1, onder c, van deze concept amvb is bepaald dat de zorgaanbieder die het voornemen heeft om het aanbod van acute zorg in de regio op te schorten of te beëindigen, hierover tijdig in overleg moet treden met de betrokken zorgverzekeraars en met de zorgaanbieders, voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben. In lid 3 van dat artikel is bepaald dat dit overleg op een zodanig tijdstip plaats moet vinden dat er redelijkerwijs voldoende tijd is voor maatregelen om de continuïteit van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg in de regio te borgen. De achtergrond van deze bepalingen is dat acute zorg ketenzorg is, dat wijzigingen in het aanbod van acute zorg in de regio effect hebben op de andere zorgaanbieders in de keten, en dat alle partijen gezamenlijk een verantwoordelijkheid dragen voor de continuïteit van de acute zorg in de regio. De potentieel toenemende druk op de eerstelijns zorgaanbieders in de regio zal in dat kader uiteraard onderwerp van gesprek zijn, en hier moeten de betrokken eerstelijns en tweedelijns zorgaanbieders samen met de zorgverzekeraars een afdoende antwoord op vinden. De zorgplicht van zorgverzekeraars blijft, ook voor de eerstelijnszorg. Zorgverzekeraars en aanbieders van huisartsenzorg moeten zorgen voor voldoende aanbod van (acute) huisartsenzorg. Ik zal in de amvb verduidelijken dat het overleg met zorgaanbieders en zorgverzekeraars moet plaatsvinden vóór de definitieve besluitvorming.

In dat kader wil ik ook graag benadrukken dat in de verschillende hoofdlijnenakkoorden die afgelopen jaar zijn afgesloten is geconcludeerd dat er een transformatie in het zorgaanbod zal moeten plaatsvinden, waarbij «de juiste zorg op de juiste plek» centraal staat. Er is afgesproken dat er een lagere volumegroei zal plaatsvinden voor de medisch-specialistische zorg, en een hogere volumegroei voor (georganiseerde) huisartsenzorg, wijkverpleging en eerstelijnsverblijf. Met de financiële afspraken die in deze hoofdlijnenakkoorden zijn gemaakt kan de afname aan medisch-specialistische zorg en de toenemende druk op de eerstelijnszorg kortom ook financieel worden geaccommodeerd.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe gewaarborgd wordt dat alle betrokken zorgverleners, ook die in de eerste lijn, tijdig worden aangehaakt.*

Ook voor eerstelijns aanbieders die acute zorg verlenen is deelname aan het ROAZ relevant. Het is in hun belang om te zorgen dat zij goed vertegenwoordigd zijn in het ROAZ, zodat zij effectief kunnen overleggen met tweedelijns aanbieders. Ik ga ervan uit dat op initiatief van de voorzitters van de ROAZ-en in elk van de ROAZ-en goede afspraken zijn of worden gemaakt over het proces van besluitvorming, waarbij gewaarborgd wordt dat ieders inbreng serieus wordt genomen. Deze amvb legt bovendien vast dat een zorgaanbieder die voornemens is aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie (tijdelijk) te sluiten, daarover tijdig moet overleggen met andere betrokken zorgaanbieders, ook zorgaanbieders in de eerste lijn. Tot op heden was dat niet wettelijk bepaald. Onder tijdig versta ik vóórdat de besluitvorming is afgerond, op een moment dat de consequenties voor andere zorgaanbieders nog in de afweging kunnen worden betrokken en zo nodig afspraken met deze zorgaanbieders over het aanbod van acute zorg kunnen worden gemaakt. Alle partijen, ook de zorgverleners in de eerste lijn, moeten de kans krijgen om hun bezwaren, afwegingen, zorgen en suggesties in te brengen in de gesprekken met de zorgaanbieder, zodat deze meegewogen kunnen worden in het creëren van draagvlak en besluitvorming. Als de

zorgaanbieder uiteindelijk een beslissing neemt, zal hij daarbij inzichtelijk moeten maken op welke wijze hij de belangen van de inwoners en andere partijen, alsmede hun zorgen en suggesties, heeft meegewogen in zijn beslissing. Uiteindelijk zijn de zorgaanbieder en de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor hun keuzes.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe de regionale coördinatiefuncties vervolgzorg eruit gaan zien en wanneer deze in alle regio's beschikbaar zijn.*

De regionale coördinatiefuncties tijdelijk verblijf (niet zijnde ziekenhuiszorg) zijn sinds april 2018 landelijk dekkend voor het eerstelijnsverblijf. De verwachting is dat de verbreding naar alle niet-planbare zorgvormen tijdelijk verblijf dit jaar gereed is. In mijn brief van 10 december 2018<sup>5</sup> heb ik aangegeven Uw Kamer te rapporteren over de uitkomsten van de gezamenlijke uitvraag die ZN en Actiz doen naar de werking en problemen van alle regionale coördinatiefuncties.

*De leden van de SP-fractie vragen een overzicht van de huidige beschikbaarheidsbijdragen voor de verschillende regio's en willen weten of deze bijdragen voldoende zijn voor alle (nieuwe) taken, waaronder het geven van inzicht in capaciteit.*

Ik beschik niet over een overzicht over de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage per ROAZ, omdat het om bedrijfsvertrouwelijke informatie gaat. Voor het afgesloten jaar 2017 hebben de netwerken gemiddeld per netwerk € 215.583,70 euro aan ROAZ activiteiten opgegeven in de verantwoording. De NZa zorgt er voor dat de beschikbaarheidsbijdragen redelijkerwijs kostendekkend zijn. De NZa neemt in haar beoordeling van de benodigde beschikbaarheidsbijdrage nieuwe taken voor de ROAZ-en uit de amvb mee.

*De leden van de fractie van 50PLUS vragen in welke gevallen zorgverzekeraars deelnemen aan een ROAZ.*

De ROAZ-en vinden aansluiting van zorgverzekeraars in het ROAZ belangrijk en wenselijk. In de meeste regio's nemen zorgverzekeraars, soms afhankelijk van de agenda, deel aan het ROAZ. In sommige regio's nemen zorgverzekeraars nog niet deel. In een aantal regio's vinden gesprekken plaats over betrokkenheid van zorgverzekeraars.

*De leden van de 50PLUS-fractie vragen waarom ervoor is gekozen om de verantwoordelijkheid te beleggen bij de traumacentra.*

Al sinds 2006 is in de beleidsregels WTZi het initiatief voor het organiseren van het ROAZ belegd bij de traumacentra. Het is de staande praktijk dat de traumacentra dit overleg organiseren. Deze verantwoordelijkheid voor de traumacentra sluit aan bij de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen met een functie als traumacentrum om de acute zorg bij uitstek, de traumazorg, te leveren en te coördineren, opdat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt.

*De leden van de fractie van 50PLUS willen weten welke maatregelen de IGJ kan nemen als blijkt dat het een ROAZ niet lukt om eventuele knelpunten weg te nemen.*

---

<sup>5</sup> Kamerstukken 29 247 en 32 793, nr. 265.

De IGJ is op grond van artikel 24 van de Wkkgz belast met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij en krachtens de onderhavige amvb. Mocht de IGJ tot de conclusie komen dat een of meer zorgaanbieders hun verplichtingen ter zake niet naleven, dan zal zij zo nodig ingrijpen. Afhankelijk van de ernst van de situatie gebeurt dat door middel van een informele interventie – erop gericht dat een zorgaanbieder zelf actie onderneemt – of door middel van een bestuursrechtelijke maatregel. In dit laatste geval kan het, op grond van artikel 27 Wkkgz, gaan om een aanwijzing, of – indien er sprake is van een acuut risico voor de patiëntveiligheid – een bevel. Als de aanwijzing of het bevel niet wordt nageleefd, kan bestuursdwang worden toegepast of kan een last onder dwangsom worden opgelegd (artikelen 29 Wkkgz en 5:32 Algemene wet bestuursrecht).

*De leden van de 50PLUS-fractie vragen waarom gekozen is voor een inspanningsverplichting als het gaat om het maken van afspraken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg.*

Voor het maken van afspraken zijn tenminste twee partijen nodig, voor afspraken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg zullen over het algemeen meer partijen betrokken zijn. Verplichtingen worden op grond van de Wkkgz opgelegd aan afzonderlijke zorgaanbieders. Een afzonderlijke zorgaanbieder kan niet worden aangesproken op het niet tot stand komen van een afspraak met een bepaald resultaat waarvoor ook een andere partij nodig is. Hij kan wel worden aangesproken op zijn inspanningen om tot een dergelijke afspraak te komen. Dat neemt niet weg dat het uiteindelijk gaat om het resultaat, het doel waartoe de afspraak gemaakt was. Als het resultaat niet tot stand komt en er is daardoor sprake van een niet opgelost knelpunt in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg, moet dat gemeld worden bij de zorgverzekeraar (en eventueel in tweede instantie bij de NZa) en de IGJ.

*De leden van de 50PLUS-fractie vragen of er ook afspraken zijn gemaakt over in welke omstandigheden de Minister wordt geïnformeerd als een zorgaanbieder dreigt zorg niet meer te kunnen leveren?*

In de amvb is geen sprake van een meldplicht bij de Minister, maar van een meldplicht bij de IGJ en NZa. De IGJ is onderdeel van het ministerie, via de IGJ krijg ik voor mij relevante ontwikkelingen te horen. Verder zijn er ook anderen die mij weten te vinden en volg ik de media. Als potentiële substantiële wijzigingen in het zorgaanbod mij ter ore komen, zal ik er op letten dat een ordentelijk besluitvormingsproces wordt gevolgd. In artikel 8A.4 van de concept amvb is bepaald dat de zorgaanbieder die behoort tot een categorie als bedoeld in artikel 8A.1, onderdelen a, b, d of f, het aanbieden van acute zorg op een bepaalde locatie slechts geheel of gedeeltelijk kan beëindigen of opschorten als hij daarover tevoren heeft overlegd met 1) de zorgverzekeraar waarmee hij ter zake een overeenkomst heeft gesloten, en 2) de zorgaanbieders, bedoeld in artikel 8A.1, voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben. Dit heeft te maken met de verantwoordelijkheid die de zorgaanbieder samen met deze partijen heeft voor de continuïteit van de acute zorg in de regio. Dit overleg moet, aldus artikel 8A.4 lid 3, plaatsvinden op een zodanig moment dat er redelijkerwijs voldoende tijd is voor maatregelen om de continuïteit van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg in de regio te borgen. Ik zal in de amvb verduidelijken dat dit overleg plaats moet vinden voorafgaand aan de (definitieve) besluitvorming door de zorgaanbieder die het aanbod van acute zorg wil opschorten of beëindigen, zodat de zorgaanbieders en zorgverzekeraars invulling kunnen geven aan hun gezamenlijke verantwoordelijkheid.



Andere partijen, waaronder de gemeenten, zijn op grond van de wet- en regelgeving niet verantwoordelijk voor de continuïteit van de acute zorg in de regio. Dat neemt natuurlijk niet weg dat het beëindigen van acute zorg in de regio ook voor gemeenten consequenties kan hebben en dat ik vind dat gemeenten hun zorgen moeten kunnen uiten en suggesties moeten kunnen doen. Ik vind dat de zorgaanbieder deze zorgen en suggesties moet meewegen in zijn besluitvorming en ook aan de gemeenten moet terugkoppelen wat hij er wel of niet mee heeft gedaan. Daarom is in de concept nota van toelichting bij artikel 8A.4 aangegeven dat de zorgaanbieder moet voorkomen dat (onder andere) gemeenten plotseling met een beëindiging of opschorting van de acute zorg worden geconfronteerd. Ik zal bevorderen dat er een handreiking tot stand komt voor het vormgeven van ordentelijke besluitvormingsprocessen. Ook zal ik in de amvb de mogelijkheid creëren om bij ministeriële regeling regels te stellen aan de betrokkenheid van gemeenten bij de besluitvorming.

*De leden van de 50PLUS-fractie vragen een toelichting te geven op het systeem dat inzicht biedt in de actueel beschikbare capaciteit van acute zorg en de afspraken die daarover gemaakt moeten worden.*

Bij motie met Kamerstuk 31 016, nr. 181 is mij gevraagd in overleg te treden met de elf regionale overleggen over het spoedig introduceren van een regionaal systeem dat het mogelijk maakt om informatie uit te wisselen over beschikbare bedden in de acute ziekenhuiszorg. Dat overleg heb ik inmiddels opgestart. Ik zal de Tweede Kamer nader informeren zodra ik meer zicht heb op de resultaten van dit overleg.