

Vergaderjaar 2022–2023

29 247

Acute zorg

Nr. 395

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 juni 2023

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) en in de Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg (hierna: beleidsagenda) van 3 oktober 2022 is aangekondigd dat de huidige 45-minutennorm voor SEH's en afdelingen acute verloskunde op termijn wordt vervangen.^{1, 2} In deze brief beschrijf ik welk proces ik inricht om te komen tot nieuwe normen voor toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg en welke inhoudelijke richting ik daarbij voor me zie.

Veranderingen in de acute zorg

Het algemene uitgangspunt is dat acute zorg van goede kwaliteit voor iedereen in Nederland toegankelijk moet zijn, ongeacht je woonplaats. Als je in een noodsituatie verkeert, moet je er op kunnen vertrouwen dat je op tijd en goed geholpen wordt. Als er opeens gezondheidsklachten ontstaan bij jou of één van je naasten en je bang bent dat er wat ernstigs aan de hand is, dan moet je laagdrempelig hulp kunnen krijgen. Het moet daarbij niet uitmaken of je woont in een grote stad, een kleine plaats of een regio waar de bevolkingsdichtheid laag is. Het is aan de overheid om heldere normen te stellen om deze belangen te borgen. De huidige kaders, en met name de 45-minutennorm voor SEH's en acute verloskunde, doen dit onvoldoende.

Toegankelijkheid...

Het is een gegeven dat het (acute) zorglandschap voortdurend in beweging is. Dat leidt geregeld tot onrust. Het is op sommige plekken in Nederland lastig een huisarts te vinden, huisartsenposten veranderen hun openingstijden en er zijn ziekenhuizen die hun SEH of afdeling acute verloskunde (al dan niet tijdelijk) moeten sluiten. Ik zie de onrust en

¹ Kamerstuk 31 765, nr. 655.

² Kamerstuk 29 247, nr. 362.

emotie die dit soort veranderingen met zich meebrengen, zeker ook rondom de sluiting van SEH's en afdelingen acute verloskunde. Het voelt voor inwoners, maar bijvoorbeeld ook voor colleges van burgemeesters en wethouders en gemeenteraden als een groot verlies als ziekenhuizen besluiten om acute zorg anders in te richten, waardoor voorzieningen op een bepaalde locatie verdwijnen. Ik zie daarbij ook onduidelijkheid over hoe het kan dat zo'n voorziening verdwijnt. En onzekerheid over wat het betekent voor de gezondheid van mensen en toekomstige leefbaarheid in de omgeving.

Het rapport *Toegang voor iedereen?* van het Planbureau voor de Leefomgeving laat zien dat er grote verschillen zijn tussen regio's in de bereikbaarheid van onder andere zorgvoorzieningen, zowel met de auto als ook met het openbaar vervoer of met de fiets.³ In het advies *Elke regio telt! Een nieuwe aanpak van verschillen tussen regio's* wordt het kabinet geadviseerd om in beleid het realiseren van brede welvaart overal in Nederland voorop te zetten.⁴ Ik realiseer me dat de spreiding en toegankelijkheid van acute zorgvoorzieningen invloed kan hebben op de brede welvaart. Ik heb daarom ook contact met onder andere de Ministeries van IenW en BZK over integrale bereikbaarheids-doelstellingen, zoals beschreven in de Hoofdpijnen mobiliteitsvisie 2050 en over het rapport «Elke regio telt».

...en kwaliteit

Tegelijkertijd is het nodig om de acute zorg anders te organiseren. In het IZA is vastgesteld dat «het acute zorglandschap binnen enkele jaren ingrijpend moet transformeren, om met de beperkte beschikbare mensen en middelen de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor elke Nederlander te kunnen blijven garanderen». De belangrijkste reden hiervoor is de schaarste aan zorgmedewerkers gecombineerd met de groeiende vraag naar zorg, zoals ik uitgebreid heb toegelicht in de beleidsagenda. We hebben nu al te maken met schaarste van medewerkers en dat zal de komende jaren alleen maar verder toenemen. En dat heeft zonder maatregelen gevolgen voor de kwaliteit. Het voelt veilig om dichtbij een SEH te wonen, maar het is schijnveiligheid als er niet voldoende bekwame zorgmedewerkers op die SEH werken om de veiligheid en kwaliteit van acute zorg te borgen. Je kunt er op dit moment niet overal in Nederland van op aan dat de SEH waar je terecht komt voldoet aan de kwaliteitseisen. Dit vind ik zeer onwenselijk. Zo waren er bij de uitvraag van begin dit jaar door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) over de implementatie van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen negen SEH's die aangaven dat er niet altijd minstens een (basis)arts aanwezig was die minimaal één jaar klinische ervaring had en de twee in de norm beschreven cursussen voor de SEH had gevolgd.⁵ En bij tijdkritische, levensbedreigende aandoeningen belandt de patiënt op dit moment nog te vaak niet direct in een ziekenhuis met de benodigde specialistische expertise. Door de toenemende schaarste aan zorgmedewerkers wordt het risico op kwaliteitsverschillen alleen maar groter. Dat wil ik voorkomen.

³ Planbureau voor de Leefomgeving, «Toegang voor iedereen? Een analyse van de (on)bereikbaarheid van voorzieningen en banen in Nederland», 31 oktober 2022.

⁴ Raad voor de leefomgeving en infrastructuur (Rli), de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) en de Raad voor het Openbaar bestuur (ROB), «Elke regio telt! Een nieuwe aanpak van verschillen tussen regio's», 27 maart 2023.

⁵ Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2023, RIVM.

Differentiatie in de acute zorg is noodzakelijk en van alle tijden. We kennen in Nederland een divers samenspel van acute huisartsenzorg, ambulancetzorg, wijkverpleegkundige zorg, geboortezorg, geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg. Voor elk van deze zorgvormen gelden andere normen voor kwaliteit en toegankelijkheid. Dat is geen statisch geheel. Door medische, technologische en maatschappelijke ontwikkelingen verschuift gaandeweg de optimale balans tussen de verschillende disciplines in de acute zorg. De afgelopen decennia hebben ambulances zich bijvoorbeeld ontwikkeld van vervoersbedrijven, tot geavanceerde aanbieders van eerste hulp en stabilisatie van patiënten. Daarmee kunnen steeds meer patiënten die thuis of op straat iets overkomt direct ter plaatse geholpen worden. En als toch transport naar het ziekenhuis nodig is, kunnen patiënten ter plekke en gedurende de rit steeds beter worden gestabiliseerd en voorbereid op behandeling. Ook binnen de acute ziekenhuiszorg worden steeds meer hoogcomplexere ingrepen geconcentreerd, zodat de kwaliteit en expertise, en daarmee de overlevings- en herstelkansen van patiënten significant toenemen.

Onder invloed van de personele schaarste zien we dat er in de acute zorg in steeds meer regio's wordt gekozen voor nieuwe vormen van differentiatie. Er zijn ziekenhuizen die hun SEH inrichten als een voorziening voor laagcomplexere zorg en er zijn de afgelopen jaren op diverse plekken spoedposten ontstaan, waar een deel van de medisch specialistische acute zorg wordt verleend, bijvoorbeeld voor gebroken ledematen of snijwonden. Een ander recent voorbeeld is de ontwikkeling van de WijkKliniek voor kwetsbare ouderen. Dit zorgconcept biedt kwetsbare ouderen die voorheen in het ziekenhuis werden opgenomen vanwege acute medische problemen, laagdrempeliger en toegankelijker verblijf en passende zorg. Naast de medische zorg voor de acute aandoening is er ook goede herstelgerichte ondersteuning en begeleiding op een locatie beschikbaar. De eerste resultaten in Amsterdam zijn positief: de zorg blijkt veilig en doelmatig en leidt tot betere uitkomsten voor de patiënt en een groot deel van de patiënten laat herstel zien tijdens opname en kan direct na opname terugkeren naar huis. Patiënten krijgen minder vaak een delier dan bij opname in het ziekenhuis. Inmiddels zijn er acht proeftuinen van de WijkKliniek actief. Het concept van de WijkKliniek wordt de komende jaren verder doorontwikkeld.

We zien ook ontwikkelingen in regio's van steeds verdergaande integratie tussen huisartsenposten, SEH's en bijvoorbeeld ook wijkverpleging en acute ggz. Bij de hoogcomplexere acute zorg is al langer sprake van differentiatie en concentratie. Mensen met een acuut herseninfarct (CVA) die een intra arteriële thrombectomie (IAT) nodig hebben of mensen met een acuut hartinfarct waarbij een percutane coronaire interventie (PCI) nodig is, worden daarvoor in een gespecialiseerd ziekenhuis behandeld. Patiënten die ernstig gewond zijn, moeten direct naar één van de traumacentra gebracht worden waar alle faciliteiten en expertise aanwezig zijn om deze patiënt te helpen. In deze gevallen wordt een patiënt dus niet naar de dichtstbijzijnde SEH gebracht, maar naar de juiste SEH. Tezamen betreft dit slechts een beperkt deel van alle patiënten met een acute zorgvraag.

Door differentiatie in acute (ziekenhuis)zorg is het mogelijk om de patiënt dichtbij te helpen als dat kan, maar kan het zijn dat je verder moet reizen als dat nodig is vanwege de kwaliteit. Cruciaal bij de differentiatie van acute zorgvoorzieningen is dat de patiënt direct op de juiste plek komt. Dit vraagt veel van de preklinische triage. Een triagist, huisarts of ambulanceverpleegkundige moet goed kunnen beoordelen op welke plek een patiënt

het beste op zijn plek is. Zorgcoördinatie moet door een bundeling van kennis en ervaring bijdragen aan een betere preklinische triage.⁶

Differentiatie vraagt ook veel van de samenwerking tussen partijen. In het IZA en in de beleidsagenda worden daarom keuzes en afspraken gemaakt over (de samenwerking wat betreft) de toekomstige inrichting van de acute zorg. Voorbeelden hiervan zijn afspraken over zorgcoördinatie en de inrichting van spoedpleinen. Daarnaast wordt, zoals ook in het IZA afgesproken, ingezet op concentratie en spreiding om zo passende zorg van goede kwaliteit te bevorderen. Hiervoor zullen er keuzes moeten worden gemaakt over wie waarin wil excelleren, want niet alles kan overal en altijd. Ziekenhuizen zullen als gevolg van deze beweging profielkeuzes moeten maken inclusief keuzes over hun aanbod in de acute ziekenhuiszorg. Hierbij is en blijft het uitgangspunt dat alle (ziekenhuis)capaciteit en alle zorgprofessionals benut moeten worden om de toenemende zorgvraag op te kunnen vangen.

Waarom nieuwe normen?

Juist vanwege de veranderingen die nu al plaatsvinden in het zorglandschap en de komende jaren zullen doorzetten, is het nog belangrijker dat er duidelijkheid is over wat je als burger kunt verwachten van de acute zorg: wanneer is welke zorgverlener voor mij de beste optie? En waar en hoe snel kan ik dan terecht? En wat kan ik verwachten van de kwaliteit van zorg achter de voordeur van de zorgaanbieder? Ik vind daarom ten eerste dat de overheid het publieke belang moet borgen dat een bepaald (basis)niveau van kwalitatief goede acute zorgvoorzieningen in elke regio aanwezig is. Niet alleen vanwege de nabijheid en toegankelijkheid van zorg, maar ook vanwege aspecten als de leefbaarheid van een regio en de arbeidsmarkt daar. Ten tweede wil ik ook dat de acute zorg in Nederland zo wordt georganiseerd dat het voldoet aan drie aspecten:

1. De acute zorg in de volle breedte moet voldoen aan de minimale kwaliteitseisen en richtlijnen die er zijn.
2. We moeten af van onnodige concurrentie en inzetten op samenwerking: in de regio en tussen partijen in de keten. Dat betekent dat er inzicht is in beschikbare capaciteit en dat er wordt gewerkt aan zorgcoördinatie, zodat een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek wordt geholpen.
3. Het streven naar de juiste zorg op de juiste plek geldt voor alle patiënten, maar specifiek voor de kleine groep patiënten die een acute, levensbedreigende aandoening heeft, zou direct naar het juiste centrum moeten worden gebracht dat ingericht is met de juiste bemensing en faciliteiten op het helpen van hun aandoening.

Deze drie aspecten moeten voor alle Nederlanders worden geborgd, dus hierbij moet het niet uitmaken waar in Nederland je woont of met welke zorgverlener het eerste contact wordt gezocht. Tot slot moet duidelijk zijn welke kwaliteit en welk niveau van voorzieningen waar aanwezig is en daar moet de patiënt vervolgens ook van op aan kunnen.

De manier waarop de overheid dit kan borgen in ons zorgstelsel is door het stellen van normen. Normen geven duidelijkheid aan inwoners over welke zorg zij waar kunnen en moeten verwachten. En ze geven de zekerheid dat de noodzakelijke ontwikkelingen in de acute zorg geen ongewenste (neven)effecten hebben. Normen geven verder richting en grenzen aan zorgverzekeraars bij de invulling van hun zorgplicht en bij de zorginkoop en aan zorgaanbieders bij de verdere ontwikkeling van hun

⁶ Kamerstuk 29 247, nr. 389.

organisaties en samenwerkingsafspraken met andere organisaties, bijvoorbeeld in het ROAZ.

De huidige spreidingsnorm voor acute ziekenhuiszorg, de 45-minutennorm voor SEH's en afdelingen acute verloskunde, voldoet daartoe niet. Zoals ik in de beleidsagenda uitgebreid heb toegelicht, is deze norm niet medisch onderbouwd en sluit hij niet aan bij de huidige praktijk. Hij geeft geen zekerheid dat mensen tijdig worden geholpen in zeer ernstige situaties. Een ambulance moet dan immers niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, maar naar het juiste ziekenhuis rijden. De norm biedt ook geen mogelijkheden tot de differentiatie van acute zorg die nodig is om zowel de toegankelijkheid als de kwaliteit te borgen. De zekerheid die de 45-minutennorm lijkt te geven aan inwoners van een bepaalde regio is daardoor eerder schijnzekerheid. Daarom ontwikkel ik nieuwe normen.

Wat zijn de (rand)voorwaarden bij de ontwikkeling van nieuwe normen?

Bij de ontwikkeling van nieuwe normen zorg ik voor de volgende (rand)voorwaarden:

- De normen dragen bij aan het verbeteren van de toegankelijkheid van goede acute zorg in iedere regio. De gevolgen voor nabijheid van acute zorgvoorzieningen worden daarbij expliciet meegenomen. In elke regio in Nederland moet een bepaald basisniveau aan acute zorgvoorzieningen geborgd zijn.
- De normen die zich richten op tijdkritische aandoeningen zijn medisch onderbouwd. Ze geven tijdsindicaties waarbinnen de zorg idealiter wordt geleverd (doorlooptijd in de gehele keten) en stellen kwaliteitseisen, waar relevant inclusief volumennormen. De rapportage die Zorginstituut Nederland opstelt over tijdkritische aandoeningen biedt hiervoor de basis.
- De normen dragen bij aan betere differentiatie en samenwerking, zodat iedere Nederlander, ongeacht de woonplaats, tijdig kwalitatief goede zorg krijgt bij een levensbedreigende acute aandoening.
- De normen richten zich in ieder geval op acute medisch specialistische zorg (of ziekenhuiszorg), maar ik wil het daartoe bij de ontwikkeling nog niet beperken. Ontwikkelingen in de differentiatie van spoedzorg, bijvoorbeeld rondom spoedposten, wijkklinieken en samenwerking of integratie van eerstelijnszorg en SEH-zorg moeten ook een plek kunnen krijgen, evenals de ontwikkelingen in de ambulancezorg. Differentiatie is de realiteit en de normen moeten daar goed bij aansluiten. Preklinische triage wordt door differentiatie nog belangrijker. Een voorwaarde van succesvolle differentiatie is dat bijvoorbeeld een triagist in een zorgcoördinatiecentrum, ambulanceverpleegkundige of huisarts goed kan beoordelen op welke plek een patiënt het beste kan worden geholpen. Hier moet voldoende aandacht voor zijn in het proces van het ontwikkelen van nieuwe normen.
- De normen sluiten aan bij en geven ruimte aan de afspraken in het IZA over concentratie en spreiding, en toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg, en bieden tegelijkertijd waarborgen voor bredere publieke belangen. Eventuele concentratie van hoogcomplex acute zorg mag bijvoorbeeld niet leiden tot niet-onderbouwde centralisatie en mag ook niet ten koste gaan van een bepaald basisniveau aan (acute) zorgvoorzieningen in iedere regio. Dit laatste draagt immers niet alleen bij aan de toegankelijkheid van de zorg, maar ook aan de leefbaarheid in de regio. Daarom worden bij de ontwikkeling van de normen ook de neveneffecten op de kwaliteit en continuïteit van aanpalende (electieve) zorg en het behoud van zorgmedewerkers en zorgvoorzieningen in iedere regio in kaart gebracht en meegewogen. We hebben immers

alle ziekenhuiscapaciteit en zorgmedewerkers nodig om de zorg toegankelijk te houden.

- Ik streef er naar dat nieuwe normen duidelijkheid geven aan burgers over wat zij mogen verwachten. Ik vind het daarom belangrijk dat het perspectief van burgers wordt meegenomen bij het ontwikkelen van de nieuwe normen. Het perspectief van lokale bestuurders neem ik ook mee, onder andere vanwege het belang van acute zorgvoorzieningen voor de leefbaarheid in een regio.
- De normen geven ook heldere kaders aan zorgverzekeraars (en zorgaanbieders) over waar zij aan moeten voldoen. Het moet duidelijk zijn wie er verantwoordelijk voor is dat de nieuwe normen worden behaald en wie er toezicht houdt op de naleving van normen.

Toets op impact en uitvoerbaarheid

Een belangrijke randvoorwaarde voor succes is dat de normen ook daadwerkelijk het beoogde effect hebben en uitvoerbaar zijn. Boven genoemde (rand)voorwaarden vragen om een goede en brede zorginhoudelijke en maatschappelijke impactanalyse voordat een besluit wordt genomen. De impactanalyse wordt onafhankelijk en zoveel mogelijk op basis van feiten en cijfers uitgevoerd, voordat een besluit wordt genomen. Een belangrijk onderdeel daarvan is het toetsen van de normen aan het perspectief van burgers en lokale bestuurders.

Ook moet getoetst worden wat ervoor nodig is om de normen in te voeren en te realiseren in de praktijk, bijvoorbeeld ook of er aanvullende (beleids)instrumenten nodig zijn. Eén van de elementen die meegenomen moet worden bij de impactanalyse is de huidige beschikbaarheidsbijdrage SEH en acute verloskunde die aan de 45-minutennorm is gekoppeld. Deze zal in de huidige vorm niet blijven bestaan. De toets moet ook inzicht geven in het effect van het wegvallen van deze bijdrage, of aanvullende waarborgen nodig zijn om de toegankelijkheid te borgen en aangeven of een alternatief instrument gewenst is.

Hoe ontwikkelen we nieuwe normen?

Voor het ontwikkelen van nieuwe normen richt ik een proces in dat bestaat uit drie fases. In dat proces zorg ik ervoor dat de inbreng van zowel burgers en lokaal bestuurders, als (medisch) experts, zorgprofessionals en brancheorganisaties wordt opgehaald, zodat alle belangen goed worden meegenomen.

- Fase 1 (september 2023–januari 2024): in de eerste fase vraag ik een werkgroep om verschillende varianten te ontwikkelen van normen voor toegankelijkheid (spreiding) en kwaliteit van acute (ziekenhuis) zorgvoorzieningen. De werkgroep neemt de resultaten mee van onder andere een traject waarin burgers en lokale bestuurders om inbreng worden gevraagd, een internationale verkenning en het werk van medische experts die huidige en toekomstige opties voor differentiatie van acute (ziekenhuis)zorgvoorzieningen in kaart brengt. De rapportage van het Zorginstituut over tijdkritische aandoeningen, die in Q3 2023 wordt opgeleverd, wordt ook door de werkgroep meegenomen bij het ontwikkelen van varianten. De werkgroep levert een overzicht aan diverse varianten met op hoofdlijnen de (gewenste) effecten en mogelijke risico's. Op basis van dit overzicht beslis ik, mede op basis van de gestelde randvoorwaarden, welke varianten uitgebreid worden getoetst in de volgende fase.
- Fase 2 (februari 2024–juni 2024): toets op de impact en uitvoerbaarheid van kansrijke varianten. De varianten worden ook getoetst bij burgers en lokale bestuurders.

- Fase 3 (rond de zomer van 2024): ik neem een besluit over nieuwe normen voor toegankelijkheid en kwaliteit van acute (ziekenhuis)zorg op basis van de toets op de verschillende varianten. Hierbij denk ik ook na over eventuele aanvullende (beleids)maatregelen die moeten worden genomen.

Ik vraag de relevante partijen die deelnemen aan de IZA-thematafel Samenwerking in de Acute Zorg, en eventuele andere relevante partijen zoals de geboortezorg, om deel te nemen in een klankbordgroep. Deze klankbordgroep zal op diverse momenten in het proces gevraagd worden om inbreng mee te geven.

Ik zal uw Kamer na de eerste fase informeren over de diverse varianten die zijn uitgewerkt en die in de tweede fase worden getoetst, zodat wij hierover met elkaar in gesprek kunnen. Ook zal ik uw Kamer rond de zomer van 2024 informeren over het besluit dat ik neem over de nieuwe normen. Nadat het besluit is genomen, volgt een fase van implementatie van de normen en eventuele aanvullende maatregelen.

Reactie op artikel «Stuur een patiënt niet als een nomade langs ziekenhuizen»

Het lid Van den Berg (CDA) heeft mij gevraagd om te reageren op het opinie-artikel «Stuur patiënt niet als een nomade langs ziekenhuizen» dat gepubliceerd is in dagblad Trouw op 3 april 2023⁷. Zoals ik in deze en eerdere brieven heb aangegeven zijn veranderingen noodzakelijk om de kwaliteit én toegankelijkheid van de acute zorg te waarborgen. Het uitgangspunt daarbij is «dichtbij als het kan, verder weg als het moet». Voor sommige levensbedreigende acute zorgvormen is het voor de kwaliteit van zorg essentieel dat aan tijds- en eventuele volumenormen wordt voldaan. Daarom heb ik het Zorginstituut gevraagd daar onderzoek naar te doen. Voor andere vormen van acute zorg spelen echter ook andere aspecten mee, zoals regionale spreiding, de gevolgen voor aanpalende (al dan niet acute) zorgvormen, de samenwerking met ketenpartners en de gevolgen voor zorgmedewerkers en acute zorgvoorzieningen in de regio. Daarom weeg ik al deze aspecten zorgvuldig mee bij de ontwikkeling van nieuwe normen. In aanvulling hierop stuur ik uw Kamer na de zomer een brief over het bredere vraagstuk van concentratie en spreiding van (niet-acute) hoogcomplex medisch-specialistische zorg.

Moties en toezeggingen

Met deze brief voldoe ik aan de volgende verzoeken en toezeggingen:

- Het verzoek van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 20 april 2023 om uw Kamer uiterlijk een week voorafgaand aan het commissiedebat Acute Zorg van 27 juni 2023 een brief te sturen over de voornemens inzake de 45-minutennorm.
- Het verzoek van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 20 april 2023 om een reactie van de Minister van VWS te ontvangen op artikel «Stuur patiënt niet als een nomade langs ziekenhuizen»
- Mijn toezegging om voor het zomerreces uw Kamer te informeren over het proces om te komen tot een alternatief voor de 45-minutennorm, inclusief het tijdsplan en hoe het perspectief van inwoners en gemeenten betrokken zal worden.
- De toezegging van de Minister-President aan het lid Omtzigt tijdens het de APB op 22 september 2022 dat de Minister van VWS het vraagstuk

⁷ Stuur patiënt niet als een nomade langs ziekenhuizen | Trouw.

van tijdkritische aandoeningen zal meenemen in de uitwerking van de ambulancezorg.

In het proces van het opstellen van de nieuwe normen geef ik ook uitvoering aan de volgende moties:

- Motie van het lid Bushoff over waarborgen dat bij het uitwerken van alternatieven voor de 45 minuten norm de toegankelijkheid van acute zorg in Nederland niet verslechtert maar verbetert (Kamerstuk 29 247, nr. 370)
- Motie van de leden Van den Berg en Ellemeet over nabijheid en leefbaarheid van een regio meenemen bij het opstellen van de normen voor acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 366)
- Motie van het lid Van den Berg over behoud van capaciteit van de zorg in de regio door een bottom-upaanpak (Kamerstuk 31 765, nr. 679)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers