

Vergaderjaar 2019–2020

**29 247**

**Acute zorg**

**Nr. 292**

## **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 oktober 2019

Vorig jaar hebben mijn collega's van VWS en ik hoofdlijnenakkoorden afgesloten met verschillende zorgsectoren. Een belangrijk onderdeel van de gemaakte afspraken is de inzet van alle partijen op een beweging naar de juiste zorg op de juiste plek. Deze beweging is in de kern gericht op drie doelstellingen: het voorkomen van (duurdere) zorg, verschuiving van zorg (dichtbij waar het kan, verder weg waar het moet) en vervanging van traditionele vormen van zorg door meer innovatieve zorgvormen. Dit zal onherroepelijk leiden tot veranderingen in het zorgaanbod.

De acute zorg is een belangrijke pijler onder het hele zorgstelsel. Mensen willen dat acute zorg altijd beschikbaar en bereikbaar is. Dat wil ik ook. Maar ik zie ook dat de ontwikkelingen binnen de acute zorg sneller gaan dan partijen hebben voorzien bij het sluiten van de hoofdlijnenakkoorden. Dit leidt in de samenleving regelmatig tot vragen en zorgen.

Er zijn enerzijds SEH's en afdelingen acute verloskunde die dicht gaan. Anderzijds zie ik dat ziekenhuizen nieuwe zorgvormen opzetten, bijvoorbeeld de wijkkliniek voor kwetsbare ouderen die medisch specialistische zorg nodig hebben en even niet thuis kunnen zijn, maar ook niet in een ziekenhuisbed opgenomen hoeven te worden. Of ziekenhuizen die een transitie maken naar gezondheidsorganisaties die zich richten op het stimuleren van gezondheid en het bevorderen van kwaliteit van leven. Dit sluit aan bij de strategische koers van de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) waarop ik recent een reactie naar uw Kamer heb gestuurd (Kamerstuk 27 295, nr. 172). Ik verwacht dat deze bewegingen in de toekomst vaker zullen gaan plaatsvinden.

Ik vind het belangrijk dat besluitvormingsprocessen die raken aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg zorgvuldig verlopen en dat de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg geborgd blijven. Daarom ben ik zoals u weet onder meer bezig met een algemene maatregel van bestuur (amvb) over de beschikbaarheid en bereikbaarheid

van acute zorg. Op 28 november 2018 zond ik u een concept van deze amvb toe (Kamerstuk 29 247, nr. 264).

De amvb zorgt ervoor dat de toezichthouders vanuit hun verantwoordelijkheid voor kwaliteit en continuïteit van zorg toezicht kunnen houden op het verloop van de genoemde besluitvormingsprocessen over het aanbod van acute zorg. Ook biedt de amvb de basis voor het betrekken van collega zorgaanbieders, inwoners en lokale besturen bij de besluitvorming van de aanbieder die aanbod van acute zorg wil sluiten of verplaatsen. Ook die partijen hebben er recht op te weten hoe «hun» zorginstelling ervoor staat, wat de toekomstplannen zijn, en erover mee te praten. En dat als uiteindelijk wordt besloten tot een vorm van afbouw of sluiting van acute zorg, mensen wordt verteld wat er dan voor terugkomt en waar dat vorm krijgt.

Sinds november 2018 zijn er de nodige ontwikkelingen geweest in de acute zorg. Er zijn in verschillende regio's plannen ontwikkeld en er hebben besluitvormingsprocessen plaats gevonden die betrekking hebben op het sluiten van een SEH of een afdeling acute verloskunde. In al die gevallen ben ik betrokken geweest bij die processen en heb ik aangedrongen op zorgvuldige besluitvorming met alle betrokkenen. Tevens heb ik verschillende keren met u overlegd over acute zorg, zijn er verschillende moties ingediend en heeft een internetconsultatie plaatsgevonden van de amvb acute zorg. Al die gesprekken en uitwisselingen van informatie, de vragen die u heeft gesteld in het schriftelijk overleg (Kamerstuk 29 247, nr. 268) en de internetconsultatie hebben ertoe geleid dat ik de concept amvb over de acute zorg aan het aanpassen ben ten behoeve van advisering door de Raad van State. Met deze brief informeer ik u over de belangrijkste punten waarop ik voornemens ben de amvb en de toelichting daarop aan te passen. Het betreft:

- De betrokkenheid van inwoners, patiënten en gemeenten bij de besluitvorming;
- De inhoud van het continuïteitsplan;
- De verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders; en
- De rol van het ROAZ.

Daarnaast informeer ik u met deze brief over het proces met betrekking tot de verdere totstandkoming van de amvb, en over het verloop van het overleg dat ik op 26 september jongstleden met de ROAZ-voorzitters had (waarbij ik onder meer, conform de motie van het lid Ellemeet (Kamerstuk 31 016, nr. 243), heb gesproken over het belang van een overzicht van uitstroombedden in de regio).

#### *Betrokkenheid inwoners, patiënten en gemeenten bij de besluitvorming*

In het genoemde schriftelijk overleg had ik al aangekondigd dat ik zal verduidelijken dat het overleg met zorgverzekeraars en zorgaanbieders en de communicatie met gemeenten en inwoners plaats moeten vinden voorafgaand aan de besluitvorming en dat hieraan nadere regels kunnen worden gesteld bij ministeriële regeling.

Op 11 april 2019 hebben de Leden Dik-Faber en Arno Rutte een motie ingediend over de informatievoorziening richting patiënten over wijzigingen in het spoedzorglandschap (Kamerstuk 29 247, nr. 279). Naar aanleiding van de motie van de leden Dik-Faber en Rutte heb ik met de Patiëntenfederatie gesproken over de vraag of de positie van burgers in het besluitvormingsproces met de concept-amvb voldoende stevig wordt verankerd, dan wel of er nog aanpassingen gewenst waren. Op verzoek van de Patiëntenfederatie wordt de toelichting van de concept-amvb-

versie van 28 november 2018 in lijn met onderstaande tekst aangescherpt en aangevuld. De Patiëntenfederatie heeft mij laten weten dat zij zich, na onderstaande wijzigingen, goed kan vinden in de wijze waarop de positie van inwoners en patiënten bij het besluitvormingsproces wordt verankerd in de amvb.

Op 9 september 2019 hebben de leden Slootweg en Raemakers een motie ingediend over het betrekken van burgers en patiënten bij besluitvorming over wijzigingen in het zorglandschap (Kamerstuk 35 138, nr. 5). De kern van de motie is dat burgers en patiënten voorafgaand aan de besluitvorming worden betrokken bij wijzigingen in het zorglandschap en ook terugkoppeling krijgen over het genomen besluit.

Mede op basis van al deze input kom ik tot de onderstaande lijn: In geval van een voornemen tot de beëindiging van (een belangrijk deel van) de acute zorg (bijvoorbeeld de langdurige of permanente sluiting van een HAP, SEH of afdeling acute verloskunde op een bepaalde locatie) verwacht ik van een zorgaanbieder dat hij 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 vertegenwoordigers van patiënten (bijvoorbeeld een Zorgbelang organisatie) zouden zo mogelijk (niet in iedere regio worden patiënten op deze wijze vertegenwoordigd) voor zo'n bijeenkomst uitgenodigd moeten worden. Op die manier kunnen inwoners en vertegenwoordigers van patiënten hun zorgen uiten over voorgenomen maar nog niet geëffectueerde wijzigingen in het aanbod van de acute zorg of suggesties doen voor flankerend beleid. De betrokken zorgaanbieder is in zo'n bijeenkomst ook in de gelegenheid om de inwoners te melden hoe ervoor wordt gezorgd dat in de regio voldoende en tijdige zorg beschikbaar blijft en kan alternatieve scenario's toelichten. Het is van groot belang dat de zorgaanbieder de belangen van de inwoners bij zijn beslissing betreft. Ook is van belang dat, indien de zorgaanbieder uiteindelijk een beslissing neemt, hij daarbij inzichtelijk maakt op welke wijze hij de belangen van de inwoners alsmede hun zorgen en suggesties, heeft meegewogen in zijn beslissing. Dit kan bijdragen aan het voorkomen van onzekerheid en onrust.

Wellicht ten overvloede wijs ik er nogmaals op dat de amvb betrekking heeft op acute zorg. Hiermee beschouw ik de moties van de leden Dik-Faber/Rutte en Slootweg/Raemakers als afgedaan.

#### *Motie van den Berg en continuïteitsplan*

In de toelichting bij de amvb wordt mede naar aanleiding van de motie van het lid Van den Berg (Kamerstuk 31 016, nr. 198) aangegeven dat in de ministeriële regeling kan worden bepaald dat in het continuïteitsplan uitdrukkelijk aandacht moet worden besteed aan de eventuele gevolgen van de voorgenomen (tijdelijke) sluiting voor de spreidingsnorm, de capaciteit bij andere zorgaanbieders, het gevoelig worden van andere zorgaanbieders voor bijvoorbeeld de 45-minutennorm en de effecten op de responstijden van de ambulances.

#### *Verantwoordelijkheden zorgverzekeraars en zorgaanbieders*

Daarnaast wordt in het betreffende artikel explicieter gemaakt dat het realiseren van de normen voor spreiding en beschikbaarheid, zoals de 45-minuten norm voor SEH's en afdelingen acute verloskunde, niet alleen een zaak is van de aanbieder die overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie (geheel of gedeeltelijk, tijdelijk of permanent) te sluiten, maar ook een zaak is van de zorgverzekeraar. De aanbieder die

overweegt op een locatie aanbod van acute zorg te sluiten waardoor bijvoorbeeld de 45-minutennorm in gevaar komt alsmede bepaalde andere zorgaanbieders in de regio dienen de zorgverzekeraar desgevraagd dan ook de medewerking te verlenen die redelijkerwijs kan worden geleverd.

### *Rol ROAZ*

Een belangrijke opmerking die ik naar aanleiding van de concept amvb van november 2018 heb ontvangen, is dat hierin de rol van het ROAZ niet expliciet is benoemd en dat hierdoor bij verschillende partijen – onterecht – de suggestie werd gewekt dat het ROAZ in de toekomst geen rol meer heeft bij een voorgenomen sluiting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie. Dit is expliciet niet mijn bedoeling geweest. Daarom ben ik voornemens om in de amvb op te nemen dat bij een plan voor eventuele sluiting van een SEH, afdeling acute verloskunde, huisartsenpost of crisisdienst in de ggz het traumacentrum moet worden geïnformeerd. Het traumacentrum zal een ROAZ bijeenroepen om afspraken te maken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg voor als het tot een sluiting komt.

Ik ben voornemens de amvb zodanig aan te passen en de ministeriële regeling zodanig in te vullen dat van zorgaanbieders die overwegen een SEH, afdeling acute verloskunde, huisartsenpost of beoordelingslocatie van de crisisdienst van de ggz op een bepaalde plaats geheel of gedeeltelijk te sluiten, tijdelijk of permanent, verwacht wordt dat:

- zij dit in een zeer vroegtijdig stadium schriftelijk of elektronisch melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- zij het traumacentrum of de traumacentra in de regio(«s) waarin de zorgaanbieder zorg verleent te voren schriftelijk of elektronisch informeren. In de ministeriële regeling zullen regels worden gesteld over de verplichting van het traumacentrum of de traumacentra om vervolgens op zo kort mogelijke termijn een regionaal overleg acute zorgketen plaats te laten vinden;
- zij voor zover dat redelijkerwijs kan worden geleverd en noodzakelijk is, op verzoek van een zorgverzekeraar medewerking verlenen aan het voldoen aan de zorgplicht door de zorgverzekeraar opdat de normen die gelden voor de beschikbaarheid en bereikbaarheid van afdelingen spoedeisende hulp en acute verloskunde, huisartsenposten en crisis ggz niet in gevaar komen;
- zij tijdig, voorafgaand aan de besluitvorming, overleggen met zorgverzekeraars met wie zij een overeenkomst hebben gesloten en met zorgaanbieders voor wie de (tijdelijke) sluiting gevolgen kan hebben (zoals huisartsen, verloskundigen en regionale ambulancevoorzieningen), opdat de beschikbaarheid van de acute zorg in de regio geborgd kan worden;
- zij tijdig een continuïteitsplan hebben opgesteld waarin wordt omschreven hoe, gezien de concrete omstandigheden, op zorgvuldige wijze de continuïteit van de zorg voor cliënten wordt geborgd. Patiënten moeten weten waar zij terecht kunnen met hun acute zorgvraag, huisartsen moeten weten naar wie zij kunnen verwijzen, er moet voldoende ambulancecapaciteit zijn. Vooruitlopend op de ministeriële regeling verzoek ik zorgaanbieders om bij een voorgenomen sluiting van een SEH of afdeling acute verloskunde, respectievelijk van een beoordelingslocatie van een crisisdienst van de ggz, in het kader van het continuïteitsplan door het RIVM een gevoeligheidsanalyse te laten opstellen waaruit blijkt of door de voorgenomen sluiting van het aanbod van acute zorg de 45-minutennorm voor de spreiding van afdelingen spoedeisende hulp dan wel acute verloskunde,

respectievelijk de 60 minuten norm voor het bereiken van een ggz-beoordelingslocatie, in het geding is of dat het aanbod van een ander ziekenhuis, respectievelijk ggz-beoordelingslocatie, door de sluiting gevoelig wordt voor de 45-minuten, respectievelijk 60-minuten norm. Ook vraag ik zorgaanbieders in de analyse aandacht te laten besteden aan de gevolgen van een eventuele sluiting voor de responstijden van de ambulances;

- zij tijdig, voorafgaand aan de besluitvorming, gemeenten, inwoners waaronder eventueel vertegenwoordigers van patiënten betrekken, opdat deze hun zorgen en suggesties kunnen uiten; en
- zij bij de besluiten die zij na overleg met de zorgverzekeraars nemen aangeven hoe zij bezwaren en voorstellen van betrokken zorgaanbieders, gemeenten en inwoners hebben meegewogen bij hun besluit.

Zoals ik aangaf in mijn brief aan de koepels van zorgaanbieders van 16 april 2019 realiseer ik mij dat er in bepaalde situaties sprake kan zijn van overmacht, waardoor een onmiddellijke (tijdelijke) sluiting nodig is om de veiligheid van de cliënten of de zorg niet in gevaar te brengen. In dat geval zullen niet alle stappen doorlopen kunnen worden. Melding bij de IGJ en de NZa is echter in alle gevallen nodig. Dat geldt ook voor kortdurende, tijdelijke sluitingen. Indien een kortdurende sluiting wordt overwogen, dient sprake te zijn van een passend besluitvormingsproces.

#### *Proces met betrekking tot de amvb*

De amvb is nog in bewerking, voorafgaand aan aanbidding aan de Raad van State. Ook is er nog niet voorzien in een ministeriële regeling met een nadere uitwerking op onderdelen. De wettelijke basis voor de amvb moet nog gecreëerd worden: die is voorzien in de Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders (Kamerstuk 34 768, nr. 2). Indien en nadat dit wetsvoorstel is aanvaard in de Tweede Kamer, zal een dan actueel concept van de amvb worden aangeboden aan de Raad van State voor advies. De amvb kan in werking treden tegelijk met de inwerkingtreding van de Wet toetreding zorgaanbieders en de Aanpassingswet toetreding zorgaanbieders. Omdat de amvb acute zorg nog niet in werking is getreden, is formele handhaving op de naleving van deze amvb nog niet mogelijk. Echter, zoals ik reeds heb aangegeven in antwoord op schriftelijke vragen van het lid Van den Berg (Aanhangsel Handelingen II 2018/19, nr. 3421): bij wijzigingen in het aanbod van acute zorg heeft de IGJ, nu en in het verleden, reeds aandacht (gehad) voor een gedegen onderbouwing en afstemming met ketenpartners en andere betrokkenen (zoals patiënten en het lokaal bestuur), door de betreffende zorgaanbieder, van besluiten tot afbouw of wijziging van zorgactiviteiten.

Bovenstaande aangepaste elementen van het besluitvormingsproces zal ik na het Algemeen Overleg Ambulancezorg en Acute zorg op 3 oktober aanstaande opnieuw onder de aandacht brengen van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ), GGZ Nederland en InEen met het verzoek de leden te vragen alvast langs de lijnen van het vorenstaande te handelen.

#### *Overleg met de ROAZ-voorzitters van 26 september 2019*

Zoals ik u op 26 juni 2019 heb toegezegd, heb ik gesproken met de voorzitters van de ROAZ-en. In dat overleg heb ik de voorgenomen wijzigingen in de amvb toegelicht. De ROAZ-voorzitters steunen de voorgenomen aanpassingen. Ik heb hen gevraagd mee te denken over de houtskoolschets voor de acute zorg die ik aan het maken ben en zij zijn bereid dat te doen. Verder hebben we gesproken over de drukte in de

acute zorg in samenhang met de voorbereiding op het griepseizoen. Alle ROAZ-en hebben griepplannen en zijn zich zeer bewust van wat er op hen kan en zal afkomen. De motie van het lid Van den Berg over een lerende cultuur (Kamerstuk 31 016, nr. 238) kwam eveneens aan de orde. Deze motie is ingediend naar aanleiding van de casus LUMC/Bronovo. De vertegenwoordiger van het LUMC en het ROAZ in de regio West heeft kort aangegeven wat er goed is gegaan en waarvan is geleerd. De voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) meldde dat deze casus net als overige situaties van wijzigingen in het aanbod van acute zorg in de algemene ledenvergadering van het LNAZ zal worden besproken, opdat alle regio's ervan kunnen leren. Hiermee beschouw ik deze motie Van den Berg als afgedaan. De motie van het lid Ellemeet die verzocht om in het overleg met de ROAZ-voorzitters aan te dringen op een zo compleet mogelijk overzicht van uitstroombedden in de regio (Kamerstuk 31 016, nr. 243) heb ik uitgevoerd. De ROAZ-voorzitters noemen de uitstroom vanuit de acute zorg en het ziekenhuis naar eerstelijnsverblijf of Wlz-crisisbedden als een zeer belangrijk element om de drukte in de acute zorg te managen. Ik heb toegezegd dat ik een afspraak zal maken met verzekeraars, ActiZ en het LNAZ om dit onderwerp te bespreken. Hiermee beschouw ik de motie Ellemeet als afgedaan.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins