

Inhoudsopgave

0. Beleidsagenda algemeen	4
Factsheet: Beleidsagenda acute zorg	5
Factsheet: NZa advies passende acute zorg (maart 2021)	7
Factsheet: Wat zijn de verschillen tussen IZA acute zorg en Beleidsagenda acute zorg?	8
Q: Waarom een eigen klankbordgroep voor de Beleidsagenda acute zorg? Hoe zorgt de minister dat uitvoeren wordt gestart?	9
Q: Hoe gaat u het beleid monitoren?	10
Q: Wat doet u met het opgeleverde RIVM rapport feiten en cijfers?	11
Q: Hoe verhoudt het RIVM rapport feiten en cijfers zich tot de regiobeelden die gemaakt worden?	12
1. Kwaliteit en toegankelijkheid	13
Spreektekst normen kwaliteit en toegankelijkheid vs. 45-minutennorm	14
Factsheet beschikbaarheidsbijdrage gevoelige ziekenhuizen	18
Q: Zorgt concentratie van zorg voor sluitingen van locaties waar nu acute zorg wordt geleverd?	19
Q: Waarom verdere concentratie van spoedeisende zorg?	21
Q: Hoe weegt de minister de ACM rapporten en buitenlandse negatieve ervaringen t.a.v. concentratie?	22
Q: De minister stelt in de beleidsagenda Acute zorg: ' nabijheid is geen aspect van kwaliteit van acute zorg'. Kan de Minister daarop reageren.	23
Q: Is het geen idee om ipv zorg te concentreren in ziekenhuizen ipv tussen ziekenhuizen?	25
Q: Kan de minister toezeggen dat de beschikbaarheidsbijdragen voor gevoelige ziekenhuizen niet komen te vervallen voordat er een nieuwe vorm is van een beschikbaarheidsfinanciering?	26
Q: Op basis van de bereikbaarheidsanalyse en het geactualiseerde rijtijdenmodel 2021 is er een toename van het aantal ziekenhuislocaties dat gevoelig is voor de 45-minutennorm. Wat zijn de financiële gevolgen van deze toename?	28
Q: In de begroting van VWS wordt de toename van de beschikbaarheidsbijdragen SEH en acute verloskunde gedekt uit het kader MSZ. Klopt het dat de ziekenhuizen de beschikbaarheidskosten zelf moeten ophoesten?	30
Q: Er zijn de laatste tijd veel meer ambulance-inzetten. Daardoor zullen de aanrijtijden ook langer worden. Hoe zorgt u ervoor dat ambulances op tijd zijn?	31
Q: Hoe zit het met de 15-minutennorm voor ambulances? Die norm wordt nu al door bijna geen enkele regio gehaald.	33
Q: De ambulancezorg kan nu al bijna niet meer voldoen aan de normen en op tijd zijn. Uit de beleidsagenda blijkt dat er wel veel meer gevraagd gaat worden van de ambulance. Hoe gaat de minister dat regelen?	34
Q: Wat houdt de nieuwe urgentie-indeling in? Wat zijn de gevolgen voor de 15-minutennorm?	35
Q: Totaaloverzicht van SEH-stops, wanneer gaan we dat krijgen?	36
Q: Goed dat twee kwaliteitsregistraties voor acute zorg worden samengevoegd. Wordt het ook verplicht daaraan deel te nemen?	37
Q: Kan de Minister nader onderzoeken wat het effect van spoedpleinen is op de kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid van zorg en de leefbaarheid in de regio en dit mee te wegen in het besluit omtrent de toekomst van de acute zorg?	38
2. Zorgcoördinatie	39

Q: Door zorgcoördinatie geeft u alle macht aan LNAZ/de traumacentra om te bepalen waar welke patiënt naartoe moet. Ondermijnt dit niet de autonomie van zorgaanbieders en ons stelsel van marktwerking?.....	40
Q: Eind dit jaar lopen de pilots zorgcoördinatie af en de structurele implementatie van zorgcoördinatie is pas voorzien voor Q3 2023. Wat is er geregeld voor de tussentijd?.....	41
Q: Wat doet u met het advies van de NZa over bekostiging van het LCPS, RCPS en LPZ?	42
Q: Wat gaat u doen om de informatievoorziening aan patiënten over het gebruik van de acute zorg vorm te geven?.....	43
3. Samenwerking in de regio	44
Factsheet: Regionale samenwerking in het ROAZ	45
Q: ROAZ-plannen: Is het realistisch om te verwachten dat partijen samen tot een plan komen?	48
Q: ROAZ governance: hoe gaat u het voorzitterschap in de ROAZ- en bepalen?	49
Q: Regionale samenwerking: Hoe gaat het kabinet ervoor zorgen dat het samenwerken aan een betere organisatie minder vrijblijvend wordt?	50
Q: Regionale samenwerking: Op welke manier wordt er verantwoording afgelegd over de regioplannen en welke inspraak is hierop mogelijk?	51
4. Personeel, opleidingen, erkenning	52
Q: Wat gaat u doen aan de tekorten in de acute zorg?	53
Q: Wat doet u aan de waardering van zorgverleners als er geen middelen voor extra salarisverhoging beschikbaar komen?	55
Q: Wat gaat u doen aan het hoge (ziekte)verzuim?	56
Q: Hoeveel extra SEH-artsen zijn er nodig en hoe gaat u ervoor zorgen dat die worden opgeleid?	57
Q: Wat vindt de minister van het bericht dat het CGS voornemens is de aanvraag van de SEH-artsen als specialisme af te wijzen?	58
Q: Aan welke criteria voldoet de spoedeisende hulp geneeskunde niet volgens het CGS?.....	59
5. Randvoorwaarden (bekostiging, gegevensuitwisseling)	60
Q: Wanneer maakt u nu eindelijk de stap naar beschikbaarheidsbekostiging in de acute zorg?	61
Q: Waarom wilt u de beschikbaarheidsbijdrage voor ziekenhuizen afschaffen, terwijl beschikbaarheid juist fundamenteel is aan de acute zorg?	62
Q: Waarom maakt u geen NEDAB van de gehele acute zorg?	63
Q: Waarom is er eerst nog weer een onderzoek naar bekostiging nodig, waarom bekostigt u niet de hele acute zorg op basis van beschikbaarheid?	64
Q: Welke knelpunten zijn er bij grondslagen voor gegevensuitwisseling in de acute zorg?	66
Q: Hoe kijkt u aan tegen een opt-out regeling in de acute zorg?.....	67
Q: Wat komt er in het wetsvoorstel aanpassing voorwaarden gegevensuitwisseling in de acute zorg te staan?.....	68
Q: Beoogt u gegevensuitwisseling in de acute zorg op de meerjarenagenda van de Wegiz te zetten?	69
Q: Wanneer zendt u het wetsvoorstel aanpassing voorwaarden gegevensuitwisseling in de acute zorg naar de Tweede Kamer?.....	70
Q: Hoe ver zal de opt-out reiken?.....	71
6. Casuïstiek	72
Factsheet: Reinier Haga Groep.....	73
Q: Wat is de stand van zaken van de ontvlechting van RHG?	75

Q. Wat klopt er van de geruchten dat de toekomst van het LangeLand Ziekenhuis aan een zijden draadje hangt (artikel Skipr)?	76
Q. Is de continuïteit van zorg bij RHG in het geding?	77
Q. Zijn er op dit moment risico's voor de kwaliteit en veiligheid tav de situatie in het RHG?	78
Q. Blijft het LangeLand ziekenhuis bestaan?	79
Q. Wat gaat de minister doen om het LangeLand ziekenhuis open te houden?	80
Q. Het huidig aanbod van Spoedeisende medische zorg kan in Zeeland niet verder versoerd worden. Dat geeft risico's in de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg voor de inwoners.	81

0. Beleidsagenda algemeen

Factsheet: Beleidsagenda acute zorg

Onderwerp: Beleidsagenda Toekomstbestendige acute zorg																																																							
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	De acties in de beleidsagenda hebben onder andere tot doel een betere kwaliteit (en toegankelijkheid) van zorg voor de patiënt, dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt en een zorgvuldige en doelmatige inzet van mensen en middelen. Er wordt onder andere ingezet op het op termijn afschaffen van de 45-minutennorm en vervangen voor normen voor tijdkritische aandoeningen, zorgcoördinatie, samenwerking in de regio en ROAZ-beelden en -plannen.																																																						
Kernboodschap	Centraal staat dat elke patiënt in Nederland goede kwaliteit van zorg moet kunnen krijgen. Waar je woont of verblijft, mag niet uitmaken voor de kwaliteit en de uitkomsten van de zorg voor de patiënt. Het gaat daarbij niet om het sluiten van ziekenhuizen of SEH's. Dat is absoluut geen doel van het beleid. Een ziekenhuis doet er toe, voor de patiënt, voor de regio, voor de professionals die er werken. We hebben alle zorgcapaciteit in Nederland hard nodig. Alleen kan niet alles overal. Waar we mee te maken hebben, zijn capaciteitsproblemen van personeel en een stijgende zorgvraag. Dat vraagt een goede organisatie en samenwerking – tussen instellingen, in de keten, in de regio. En het vraagt ook om keuzes maken. Want we moeten spaarzaam en efficiënt omgaan met de zorgmedewerkers die voldoende kwalificaties en ervaring hebben.																																																						
Feiten & cijfers	<p>Tabel 1. Groei in gebruik acute zorg op basis van demografische ontwikkelingen¹</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Groei per jaar op basis van demografische ontwikkelingen</th> <th>Gestegen gebruik in 2030 ten opzichte van 2019</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Huisartsenpost (HAP)</td> <td>+0,8%</td> <td>+9,2%</td> </tr> <tr> <td>Ambulancezorg</td> <td>+1,4%</td> <td>+16,5%</td> </tr> <tr> <td>Spoedeisende hulp (SEH)</td> <td>+1,1%</td> <td>+12,8%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tabel 2. Materiële capaciteit²</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Discipline</th> <th>Jaren</th> <th>Trend</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aantal HAP's alle ANW-uren open</td> <td>2014-2021</td> <td>-10%</td> </tr> <tr> <td>Aantal ambulances</td> <td>2016-2020</td> <td>+13%</td> </tr> <tr> <td>Aantal standplaatsen ambulances 24/7-uurs paraatheid</td> <td>2016-2022</td> <td>+10%</td> </tr> <tr> <td>Aantal SEH's 24/7</td> <td>2015-2022</td> <td>-12%</td> </tr> <tr> <td>Aantal behandelkamers SEH's 24/7</td> <td>2018-2022</td> <td>+2%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tabel 3. SEH stops 2015-2021³</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Jaar</th> <th>Aantal SEH stops</th> <th>Aantal regio's</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015</td> <td>987</td> <td>3 regio's</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>1889</td> <td>3 regio's</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>2283</td> <td>3 regio's</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>2926</td> <td>4 regio's</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>2962</td> <td>4 regio's</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>2573</td> <td>4 regio's</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>2961</td> <td>4 regio's</td> </tr> </tbody> </table>		Groei per jaar op basis van demografische ontwikkelingen	Gestegen gebruik in 2030 ten opzichte van 2019	Huisartsenpost (HAP)	+0,8%	+9,2%	Ambulancezorg	+1,4%	+16,5%	Spoedeisende hulp (SEH)	+1,1%	+12,8%	Discipline	Jaren	Trend	Aantal HAP's alle ANW-uren open	2014-2021	-10%	Aantal ambulances	2016-2020	+13%	Aantal standplaatsen ambulances 24/7-uurs paraatheid	2016-2022	+10%	Aantal SEH's 24/7	2015-2022	-12%	Aantal behandelkamers SEH's 24/7	2018-2022	+2%	Jaar	Aantal SEH stops	Aantal regio's	2015	987	3 regio's	2016	1889	3 regio's	2017	2283	3 regio's	2018	2926	4 regio's	2019	2962	4 regio's	2020	2573	4 regio's	2021	2961	4 regio's
	Groei per jaar op basis van demografische ontwikkelingen	Gestegen gebruik in 2030 ten opzichte van 2019																																																					
Huisartsenpost (HAP)	+0,8%	+9,2%																																																					
Ambulancezorg	+1,4%	+16,5%																																																					
Spoedeisende hulp (SEH)	+1,1%	+12,8%																																																					
Discipline	Jaren	Trend																																																					
Aantal HAP's alle ANW-uren open	2014-2021	-10%																																																					
Aantal ambulances	2016-2020	+13%																																																					
Aantal standplaatsen ambulances 24/7-uurs paraatheid	2016-2022	+10%																																																					
Aantal SEH's 24/7	2015-2022	-12%																																																					
Aantal behandelkamers SEH's 24/7	2018-2022	+2%																																																					
Jaar	Aantal SEH stops	Aantal regio's																																																					
2015	987	3 regio's																																																					
2016	1889	3 regio's																																																					
2017	2283	3 regio's																																																					
2018	2926	4 regio's																																																					
2019	2962	4 regio's																																																					
2020	2573	4 regio's																																																					
2021	2961	4 regio's																																																					

¹ RIVM, "Trendanalyse en toekomstverkenning gebruik acute zorg: macromodellering", 2021.

² RIVM, "Feiten en cijfers acute zorg", 2022.

³ Kamerstukken II, 2021/22, Aanhangsel 2202. Ook bij een SEH-stop kan iemand met een levensbedreigende aandoening bij de SEH terecht.

Ambulance-inzetten en aanrijtijden

Na een daling van het aantal ambulance-inzetten in 2020 met 3,4% ten opzichte van 2019 als gevolg van de coronapandemie, is in 2021 het aantal ambulance-inzetten weer gestegen met 8,3%. Ook ten opzichte van 2019 is er sprake van een stijging in 2021 (4,6%). AZN geeft aan dat de stijging heeft doorgezet in het eerste halfjaar van 2022. De toename t.o.v. het eerste halfjaar 2021 bedraagt 8%.

Ontwikkeling A1-inzetten	2021	2020	2019	2018	2017
95% van de inzetten binnen ... minuten ter plaatse	16:44	16:46	16:06	16:12	16:17

	2021	2020	2019	2018	2017
Tijdsduur respons A1-inzetten	10:06	10:07	09:41	09:44	09:41

Cijfers arbeidsmarkt acute zorg**Aantal SEH-artsen**

1-1-2012: 252

1-1-2017: 511

1-1-2022: 648, met op dit moment nog 118 in de opleiding, dus die komen de komende jaren de arbeidsmarkt op.

Aantal intensivisten

Het Capaciteitsorgaan geeft aan dat er in 2017 690 intensivisten werkzaam waren en op dit moment ruim 900. Deze aantallen komen van de NVIC.

NB Voor intensivisten en SEH-artsen geldt dat deze niet door het CBS geregistreerd worden (en daar worden de werkzamen bijgehouden). Wij stellen daarom voor deze beroepen registratie = werkzaam.

Aantal IC-verpleegkundigen

Volgens het laatste persbericht van het Capaciteitsorgaan[1] waren er in 2020 4.977 IC-verpleegkundigen werkzaam. In 2016 waren dat er 5.220, zo blijkt uit het *Capaciteitsplan 2016, Deelrapport 8, FZO beroepen*. De eerst bekende cijfers zijn van 2013 uit de Landelijke rapportage Ziekenhuisopleidingen 2014 van het Capaciteitsorgaan, toen waren er 5.738 IC-verpleegkundigen werkzaam.

[1] <https://capaciteitsorgaan.nl/persbericht-10-06-2021-capaciteitsorgaan-publiceert-cijfers-over-aantallen-ic-verpleegkundigen-anesthesiemedewerkers-en-operatieassistenten-per-1-1-2021/>

Aantal ambulancemedewerkers

2010: 5.209 medewerkers, verdeeld over 4.761 fte

2015: 5.730 medewerkers, verdeeld over 5.202 fte

2020: 6.541 medewerkers, verdeeld over 5.871 fte

Bron: *Sectorkompas Ambulancezorg, Ambulancezorg Nederland (AZN)*

Factsheet: NZa advies passende acute zorg (maart 2021)

Enkele belangrijke elementen uit het advies:

45 minutenorm

- Het rapport richt zich op kansen voor bekostiging en doelmatigere organisatie van de seh en betere coördinatie van instroom, doorstroom en uitstroom uit het ziekenhuis.
- De huidige 45-minutenorm voor de seh zou moeten worden herzien.
- De NZa vraagt VWS om te komen tot een nieuw landelijk kader voor de spreiding van de acute zorg op basis van medisch-wetenschappelijke onderbouwing.
- Op sommige seh's (waarvan een deel gevoelig is voor de 45-minutenorm) is het 's nachts heel rustig. Mensen en middelen kunnen doelmatiger worden ingezet, deels binnen de huidige 45-minutenorm. Dit heeft financiële consequenties voor individuele zorgaanbieders en daarover moet het gesprek worden aangegaan voor maatwerk.

Zorgcoördinatie

- Zorgcoördinatiefunctie n.a.v. eindevaluatie pilots afbakenen en de norm maken.
- Verplichte informatiedeling voor inzicht in actuele capaciteit en wachttijd.
- Meer doorzettingsmacht in de acute zorg is wenselijk, met name op regionaal niveau.

Bekostiging

- Invoering van beschikbaarheidsbekostiging is wenselijk als aan enkele randvoorwaarden is voldaan, waaronder een landelijk kader dat bijdraagt aan doelmatigheid. Beschikbaarheidsbekostiging an sich stimuleert namelijk geen doelmatigere organisatie van zorg. Eventueel is een experiment een mogelijkheid.

Reactie in de beleidsagenda:

45 minutenorm

- Plannen voor herziening van de 45-minutenorm. Daarbij niet alleen aandacht voor doelmatigheid, maar ook voor kwaliteit en belang van zorgvoorzieningen voor de regio.

Zorgcoördinatie

- Zorgcoördinatie moet inderdaad de norm worden.
- Verplichte informatiedeling voor inzicht in actuele capaciteit overwegen we in het kader van de structurele inbedding van inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding in de regelgeving, evenals de reikwijdte daarvan (ook wachttijd wordt onderschreven) en de wenselijkheid van doorzettingsmacht.

Bekostiging

- U deelt de analyse van de NZa over passende acute zorg dat grote aanpassingen in de bekostiging gericht op beschikbaarheid zonder een aangepast normenkader tot ondoelmatigheid en daarmee op termijn ook tot verlies van kwaliteit kunnen leiden.
- U bent het ook met de NZa eens dat aanpassingen in de bekostiging, in samenhang met ontwikkelingen in de normen voor kwaliteit en toegankelijkheid, op de middellange termijn mogelijk bij kunnen dragen aan een betere organisatie van acute zorg in de keten.
- U gaat verkennen wat de kansen en risico's zijn van een mogelijke aanpassing van kaders voor de bekostiging en inkoop van acute zorg, en begin 2023 de NZa opdracht geven de mogelijkheden in de uitvoering nader te onderzoeken. Ik zal de NZa vragen het onderzoek eind 2023 op te leveren. Onderdeel van het onderzoek is ook om te verkennen of het mogelijk is om op regionaal niveau al te experimenteren op het gebied van de bekostiging, bijvoorbeeld door middel van een regionale bekostigingspilot.

Factsheet: Wat zijn de verschillen tussen IZA acute zorg en Beleidsagenda acute zorg?

Focus op belangrijkste actiepunten

	IZA	Beleidsagenda
Kwaliteit en toegankelijkheid		Onderzoeken of aanvullende maatregelen nodig zijn bij verandering van de 45-minutennorm en de beschikbaarheidsbijdrage SEH en acute verloskunde
Zorgcoördinatie	Scenario's voor de zomer van 2023	Scenario's begin 2023 (NB dat is ook de planning)
	Landelijk dekkende zorgcoördinatie zsm doch uiterlijk miv 1-1-2025	Vanaf derde kwartaal 2023
	Partijen overleggen in samenspraak met VWS over aangepaste governance van LNAZ waar mogelijk met ingang van 1-1-2023	Wordt niet gerept over governance van LNAZ wel over structurele inbedding van inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding in de regelgeving.
Regiobeelden en regioplannen	Partijen overleggen over verantwoordelijkheden, bevoegdheden en governance van en binnen het ROAZ op basis van de amvb acute zorg met het oog op aanpassingen per 1-1-2023.	Positionering ROAZ-voorzitter verkennen en in gesprek over effectieve governance van het ROAZ. NB amvb acute zorg kan niet per 1-1-2023 aangepast zijn.
		Verkennen welke aanvullende instrumenten de overheid kan inzetten om samenwerking in de acute zorg te versnellen, mocht dit nodig blijken. Hiervoor in overleg met het veld over het verminderen van de vrijblijvendheid en het organiseren van regie in de regio's.
Bekostiging	VWS zal NZa opdracht geven om met alle partijen kansen en knelpunten rondom de bekostiging in de acute zorg verder in kaart te brengen.	Ik zal verkennen wat kansen en risico's zijn van aanpassing van kaders voor bekostiging en inkoop van acute zorg en begin 2023 NZa een opdracht geven de mogelijkheden in de uitvoering te onderzoeken.
Overig	ANW tarieven huisartsen	Niet in beleidsagenda maar al wel gerealiseerd.

NB

- In IZA staat dat partijen zich conformeren aan vervangen 45 minutennorm door brede set kwaliteitsnormen met een gedifferentieerde normstelling tav tijdkritische aandoeningen.
- Voorkomen acute zorg krijgt in IZA meer aandacht dan in Beleidsagenda.

9 - 17

5.1.2i Concept

Factsheet beschikbaarheidsbijdrage gevoelige ziekenhuizen

- Bijdrage vanaf 1 januari 2023:
 - Verpleegkundigen: 6,13 fte x €91.123 = €558.584
 - Artsen: 6,13 fte x €182.885 = €1.121.085
 - Materieel en overhead = €952.414
 - Kapitaal = €186.709
 - Opbrengsten worden in mindering gebracht.
 - Achterwacht = €849.857
- Dus voor elk ziekenhuis i.i.g. de achterwachtkosten en voor de voorwacht wat er overblijft na vermindering van de opbrengsten.

Tabel 2a: Gevoelige ziekenhuizen met een 24/7-uurs basis-SEH en inwoneraantal waarvoor de ziekenhuizen gevoelig zijn, in 2021 en 2022.

Organisatie	Plaatsnaam	Aantal inwoners waarvoor het ziekenhuis gevoelig is in 2021	Aantal inwoners waarvoor het ziekenhuis gevoelig is in 2022
Noordwest Ziekenhuisgroep	Den Helder	37.500	78.100
Zorgsaam De Honte	Terneuzen	50.600	55.800
Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	Dirksland	28.000	47.300
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Goes	14.400	28.900
Dijklander Ziekenhuis	Hoorn	7.400	25.600
Jeroen Bosch Ziekenhuis	's-Hertogenbosch	niet gevoelig	16.500
Treant Scheper	Emmen	niet gevoelig	13.900
Ommelander Ziekenhuis	Scheemda	11.000	13.200
Medisch Centrum Leeuwarden	Leeuwarden	3.500	11.200
De Tjongerschans	Heerenveen	200	9.300
Antonius Ziekenhuis	Sneek	2.200	8.500
Ziekenhuis Rivierenland	Tiel	1.700	6.700
Ziekenhuis St. Jansdal	Harderwijk	niet gevoelig	6.500
Bravis Ziekenhuis	Bergen Op Zoom	niet gevoelig	5.500
Rivas Beatrixziekenhuis	Gorinchem	niet gevoelig	5.100
Noordwest Ziekenhuisgroep	Alkmaar	niet gevoelig	3.500
Máxima Medisch Centrum	Veldhoven	niet gevoelig	3.100
VieCuri Medisch Centrum	Venlo	niet gevoelig	2.600
Laurentis Ziekenhuis	Roermond	niet gevoelig	2.400
Universitair Medisch Centrum Groningen	Groningen	niet gevoelig	2.000
Isala Diaconessenhuis	Meppel	300	1.700
Slingeland Ziekenhuis	Doetinchem	niet gevoelig	1.700
Streekiekenhuis Koningin Beatrix	Winterswijk	400	800
Maasziekenhuis Pantein	Beugen	niet gevoelig	700
Isala Klinieken	Zwolle	niet gevoelig	700
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Dordrecht	niet gevoelig	500
Tergooi	Blaricum	niet gevoelig	500
Nij Smellinghe	Drachten	niet gevoelig	400
Gelre Ziekenhuizen	Apeldoorn	niet gevoelig	300
Totaal*		157.100	352.700

* Door afronding wijkt het gepresenteerde totaal aantal inwoners af van de som van het aantal inwoners.

19 - 44

5.1.2i Concept

Factsheet: Regionale samenwerking in het ROAZ

Onderwerp: Regionale samenwerking in het ROAZ	
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	<ul style="list-style-type: none"> • In de beleidsagenda acute zorg vragen wij partijen de samenwerking met elkaar te verstevigen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. • Samenwerking is nodig om te zorgen dat de patiënt snel op de juiste plek terecht komt en de kennis en kunde van collega organisaties daarin te benutten. • In het IZA en de beleidsagenda acute zorg zijn afspraken gemaakt voor het opstellen van ROAZ-regiobeelden en -plannen. • Het hebben van een ROAZ-beeld en -plan zijn daarbij geen doel op zich, maar een instrument dat zorgpartijen in de regio helpt om op een onderbouwde en gedragen wijze te komen tot een gerichte en afgestemde aanpak van de transformatieopgaven in de regio. • Verder gaan we met de partijen bespreken in welke mate de governance en het voorzitterschap van het ROAZ kan bijdragen aan deze samenwerking. • Samen met het veld moet worden bezien of het zinvol is te regelen wie de voorzitter van het ROAZ zou moeten zijn, hoe die functionaris benoemd zou moeten worden en op basis van welke criteria? Hierbij ga ik de positionering van de ROAZ-voorzitter verkennen ten opzichte van de gehele zorgketen.
Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> • Het doel van regionale samenwerking in de acute zorg is het realiseren van kwalitatief hoogwaardige én toekomstbestendige acute zorg. • Het maken van de juiste keuzes voor de regio vereist onder andere het hebben van een goed beeld van de populatie en de behoefte aan (toekomstige) zorg en het zorggebruik van die inwoners. Het regiobeeld is daartoe het instrument. • Regionale partijen gaan zelf in de eigen ROAZ-regio aan de slag met het ontwikkelen van ROAZ-beelden en -plannen. Veel ROAZ-regio's zijn hier al mee bezig en kunnen daarop voortborduren, anderen kunnen gebruik maken van de reeds beschikbare data om een start te maken. • De overheid faciliteert regionale zorgpartijen bij het ontwikkelen van de ROAZ-beelden en -plannen. • De ROAZ-plannen worden decentraal, op het bijpassende niveau gemaakt tussen de betrokken acute zorgpartijen. • De ROAZ-plannen zullen beschrijven welke knelpunten in de kwaliteit of toegankelijkheid van zorg de regio ziet en welke mogelijkheden er bestaan om de druk hierop te verlagen. In deze plannen wordt rekening gehouden met regionale verschillen in zorgvraag en zorgaanbod ten opzichte van de demografie van de regio. Het gaat hierbij om het slimmer omgaan met de capaciteit en mogelijkheden in de regio's en vragen om een intensivering van samenwerkingsafspraken. Zorgverzekeraars zullen toezien opdat de plannen concreet genoeg zijn en zullen aanbieders van acute zorg hierop aanspreken.
Feiten&cijfers	<ol style="list-style-type: none"> 3. De ROAZ-beelden geven inzicht in enerzijds de capaciteit en prestaties van de acute zorg in de regio en anderzijds de prognoses en ontwikkelingen in zorgbehoefte en andere relevante aspecten van inwoners. De regionale partijen bepalen op basis van het ROAZ-beeld de belangrijkste opgaven voor de regio. Hierover worden vervolgens afspraken gemaakt in ROAZ-plannen. 4. In het IZA is onder andere het volgende beschreven:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders, zorgprofessionals en vertegenwoordigers vanuit het burgerperspectief (waaronder het patiëntenperspectief), het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en de overheid stellen in gezamenlijkheid criteria op voor het ROAZ-beeld en ROAZ-plan. 2. Elke regio draagt zorg voor het opstellen van het ROAZ-beeld en -plannen. 3. Elk ROAZ draagt zorg voor het opstellen van het ROAZ-plan. De ROAZ-voorzitter en de marktleider zorgverzekeraars hebben daarbij een duale verantwoordelijkheid, elk vanuit hun respectievelijke rol. 4. De ROAZ-partijen beoordelen gezamenlijk of het ROAZ-plan voldoende concreet is, in lijn is met de uitgangspunten van het IZA en voldoende bijdraagt aan het duurzaam oplossen van de regionale knelpunten in de acute zorg. Het ROAZ plan wordt daarvoor ook ter consultatie voorgelegd aan patiëntenorganisaties. Daarbij wordt ook gekeken naar de consequenties van het ROAZ-plan voor profielen van ziekenhuizen in relatie tot een samenhangend regionaal zorgaanbod, mede in het verlengde van de regioplannen op zorgkantoorregioniveau en de Acute GGZ-regio's. Waar relevant wordt ook het inkoopbeleid van zorgkantoren hierbij betrokken. Indien nodig kan het ROAZ-plan vervolgens worden aangescherpt. 5. Het ROAZ-plan wordt na vaststelling als basis gebruikt voor (inkoop)afspraken tussen individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben altijd de ruimte om met individuele zorgaanbieders aanvullende transformatieafspraken te maken in de individuele contractering; ook over zaken die niet in het ROAZ-plan staan. 6. Wanneer de ROAZ-zorgpartijen in gezamenlijkheid niet voor 1 januari 2024 komen tot een ROAZ-plan met afspraken die voldoende scherp zijn om de transformatieopgaven voor elkaar te krijgen, zullen zorgverzekeraars onderbouwd en transparant in hun zorginkoopbeleid sturen op aanvullende maatregelen als dat nodig is om vanuit hun zorgplicht de toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg in de regio te borgen (vanuit hun zorgplicht). 7. Het opstellen van de ROAZ-plannen moet niet leiden tot vertraging. Als de toegankelijkheid en/of kwaliteit van zorg in het gedrang komt, worden direct maatregelen getroffen. Ook met het uitwisselen en door zorgpartijen implementeren van best practices die in lijn zijn met de beweging naar passende acute zorg, hoeft niet te worden gewacht op het vaststellen van de ROAZ-plannen. 8. Zorgverzekeraars kopen de acute zorg in op individuele basis; op basis van landelijke kaders en waar nodig gelijkgericht voor kwaliteit en de noodzakelijke grote transformaties binnen de acute zorg in de regio, zoals beschreven in de desbetreffende transformatieplannenplannen. Waar nodig worden door zorgverzekeraars hierbij flankerende (financiële) afspraken gemaakt om de transformatie te realiseren en de toegankelijkheid van zorg en de continuïteit te borgen. Teneinde de toegankelijkheid van acute zorg te borgen, spreken partijen af dat gecontracteerde capaciteit niet tussentijds kan worden afgeschaald zonder afstemming in ROAZ-verband en goedkeuring van de betrokken zorgverzekeraars.
Mogelijke vragen	<ul style="list-style-type: none"> • Door middel van welke afspraken zet u in op regionale samenwerking?

	<ul style="list-style-type: none">• Hoe gaat het kabinet ervoor zorgen dat het samenwerken aan een betere organisatie minder vrijblijvend wordt?• Op welke manier wordt er verantwoording afgelegd over de regioplannen en welke inspraak is hierop mogelijk?• Waarom vergroot u de macht van zorgverzekeraars, terwijl zij nu al veel initiatieven in het belang van de patiënt tegenhouden?• Hoe gaat u het voorzitterschap in de ROAZ- en bepalen?
--	--

48 - 71

5.1.2i Concept

6. Casuïstiek

Factsheet: Reinier Haga Groep

<p>Onderwerp: bestuurlijke ontvlechting van de Reinier Haga Groep (RHG) en de ontstane situatie naar aanleiding hiervan</p> <p><i>Ivm de vele ontwikkelingen op dit dossier volgen mogelijk op het laatste moment nog wijzigingen</i></p>	
<p>Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De Reinier Haga Groep (RHG) onderzoekt momenteel de ontvlechting van de RHG groep waarbij de inzet is om het Reinier de Graaf te verzelfstandigen en het HagaZiekenhuis en het LangeLand ziekenhuis te laten fuseren tot één ziekenhuis, met twee locaties. • Voor de vormgeving van de ontvlechting is zorgvuldige besluitvorming en het vinden van voldoende draagvlak vereist. • Momenteel wordt gesproken over hoe de ontvlechting vorm gegeven kan worden. Het proces om tot ontvlechting te komen is een taai en langdurig proces. • In nauwe samenwerking met DSW en Menzis, leidt CZ dit ontvlechtigingsproces vanuit de zijde van zorgverzekeraars. • Het voortbestaan van het LangeLand ziekenhuis is onderdeel van dit gesprek. CZ heeft laten weten dat de inzet is dat er een ziekenhuisvoorziening blijft in Zoetermeer. Een faillissement van het LangeLand ziekenhuis is wat zorgverzekeraars betreft niet aan de orde. Op welke wijze dit vorm gegeven zal worden is onderdeel van de planvorming en dus op dit moment nog niet duidelijk. • Zorgverzekeraar CZ heeft laten weten dat er de afgelopen twee jaar goed overleg plaats heeft gevonden tussen RHG en zorgverzekeraars. Daarnaast hebben de zorgverzekeraars nauw contact met de NZa. Tevens heeft de RHG regulier contact met de IGJ. Tevens wordt ook nauw overleg gevoerd met banken en het Waarborgfonds. • Op dit moment is de inzet van de splitsing een defusie met het Reinier de Graafziekenhuis en een juridische fusie tussen het Haga en het LangeLand ziekenhuis. • IGJ houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van zorg. • De Nza houdt toezicht op de toegankelijkheid van de zorg.
<p>Samenvatting van onderwerp dat voorligt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Het Reinier de Graaf ziekenhuis, HagaZiekenhuis en LangeLand Ziekenhuis zijn sinds 2013 bestuurlijk gefuseerd. • In december 2019 is het besluit genomen om de verkenning naar een juridische fusie niet voort te zetten. Dit traject kon niet op voldoende draagvlak rekenen, met name vanuit de medische staven van het HagaZiekenhuis en Reinier de Graaf ziekenhuis. • Eind februari 2020 maakte RHG bekend dat de consequenties van ontvlechting van de bestuurlijke fusie in beeld worden gebracht. • Hierbij gaat extra aandacht uit naar de positie van het LangeLand Ziekenhuis. Na defusie, lijkt een geheel zelfstandig ziekenhuis in Zoetermeer niet haalbaar volgens onder andere zorgverzekeraar CZ. Een partner-ziekenhuis is noodzakelijk evenals het vinden van een passend financieel arrangement. • De afgelopen maanden zijn er stappen gezet richting een oplossingsrichting. Deze hoofdrichting wordt nu nader besproken. • Aangezien de uitkomst veel mensen raakt, is na het bepalen van de hoofdrichting, een volgende stap de afstemming met de interne gremia en betrokken zorgverleners buiten de ziekenhuizen (en andere relevante stakeholders). Parallel hieraan loopt het traject met banken, het waarborgfonds (WfZ) en zorgverzekeraars om de voorwaarden voor een fusie in te vullen. • Het ontvlechtigingsproces gaat gepaard met de nodige emoties en publiciteit.

	<ul style="list-style-type: none"> • Vanuit VWS is aangegeven dat bij eventuele wijzigingen in het acute zorgaanbod dient te worden gehandeld in lijn met de Amvb acute zorg. • Dat betekent o.a. dat stakeholders en burgers goed geïnformeerd moeten worden over eventuele wijzigingen in het aanbod. • Aanvullend op het defusietraject is recent de SEH van het LangeLand ziekenhuis gesloten. Hierover is gesproken in het ROAZ met huisartsen, er is contact geweest met het gemeentebestuur en er heeft een bewonersbijeenkomst plaatsgevonden. • Sinds 1 oktober is de SEH van het LangeLand Ziekenhuis weer de hele dag geopend. Alleen tussen 21.00 en 8.00 uur komen er geen ambulances. Er zijn geen gevolgen voor de acute verloskunde.
Context/ achtergrondinformatie	<ul style="list-style-type: none"> • Het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer is al 15 jaar een financieel kwetsbaar (solvabiliteit) ziekenhuis. Dit is bij aanvang van de bestuurlijke fusie ondervangen door een door het Reinier de Graaf ziekenhuis en het HagaZiekenhuis verstrekte achtergestelde lening. • Bij ontvlechting moet besloten worden over de wijze waarop met deze eigen vermogenspositie en de achtergestelde lening wordt omgegaan. • Ook het vastgoed is een aandachtspunt. Het huidige gebouw is verouderd en voor de benodigde nieuwbouw zijn investeringen nodig. • Daarnaast speelt ook de toekomst van het Reinier Haga Orthopedisch Centrum een rol, een centrum waarvan alle drie de ziekenhuizen eigenaar zijn. Dit centrum draait op dit moment rode cijfers. In de nieuwe plannen is voorzien dat naast nieuwbouw voor het LangeLand Ziekenhuis ook meer samenwerking moet gaan plaatsvinden met het Orthopedisch Centrum.
Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)	<ul style="list-style-type: none"> • Ik begrijp dat het ontvlechtigingsproces een taai en moeizaam proces is en begrijp ook dat het voor alle partijen wenselijk is dat er spoedig overeenstemming wordt bereikt over het ontvlechtigingsproces. • Ik vind het van belang dat de kwaliteit en continuïteit van zorg gewaarborgd blijft en dat er voldoende aanbod van zorg is in de regio. • Ik heb begrepen dat partijen hier hard aan werken. • Partijen moeten daar zelf afspraken over maken. Het is daarom van belang dat er goed overleg blijft plaatsvinden tussen RHG en zorgverzekeraars en andere stakeholders • Daarnaast is er regulier contact met zowel de IGJ als de NZa.

75 - 81

5.1.2i Concept