



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister MZS

Deadline: 25 september 2020

Cc Minister VWS

Cc Staatssecretaris

Zie enkele opmerkinge

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

5.1.2e

Ontworpen door

5.1.2e

T 070- 5.1.2e
M +31(0)6- 5.1.2e
5.1.2e@minvws.nl

Kenmerk
1745909-210283-CZ

Bijlage(n)
Bijlage 1 Aandachtspunten
Bijlage 2 Motie van den Berg
Bijlage 3 Concept regeling

nota

5.1.2e

(Ter beslissing)

Regeling acute zorg voor toetsen

5.1.2e

1. Aanleiding voor deze nota

De amvb acute zorg wordt nader uitgewerkt in een ministeriële regeling. Deze regeling moet voor de toetsen worden voorgelegd aan IGJ, NZa en het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR). Ook het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en ZN (toets op fraudemogelijkheden) moeten vroegtijdig betrokken worden, gezien de taak die zij krijgen in de ministeriele regeling.

Deze nota gaat cc naar MVWS vanwege de relatie met de (Aanpassingswet) Wet toetreding zorgaanbieders en de betrokkenheid van Wlz-aanbieders bij het Regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ) en cc naar de Staatssecretaris vanwege de betrokkenheid van de aanbieders van acute ggz bij het ROAZ.

2. Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

- Gaat u akkoord met het voorleggen van bijgaande versie van de concept ministeriële regeling acute zorg voor toetsen aan IGJ, NZa en ATR?
- Gaat u tevens akkoord met het voorleggen van bijgaande versie aan het LNAZ en ZN?

3. Samenvatting en conclusies

Inhoud

De ministeriële regeling geeft op vier punten een nadere invulling van de amvb acute zorg:

1. het functioneren van het regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ);
2. welke zorgverzekeraars moeten worden geïnformeerd bij knelpunten (alle zorgverzekeraars);
3. de normen voor de bereikbaarheid van de acute zorg (45 minuten normen voor SEH¹ en acute verloskunde, 30 minuten norm voor huisartsenposten, 60 minuten norm voor acute ggz).

De bereikbaarheidsnorm voor SEH's komt uit bestaande regelgeving. De overige normen zijn zo goed mogelijk gebaseerd op bestaande veldnormen en praktijk en afgestemd met InEen en de Nederlandse GGZ. Dat neemt niet weg dat er wel weerstand zou kunnen zijn tegen het in

¹ Op 22 september wordt het advies van de Gezondheidsraad over de 45-minuten norm gepubliceerd; u wordt daar separaat over geïnformeerd. Dat advies kan leiden tot een aanpassing van de onderhavige regeling of toelichting.



- regelgeving vastleggen van de normen, in zodanige vorm dat het RIVM bereikbaarheidsanalyses kan uitvoeren.
4. het besluitvormingsproces bij plannen om de acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk te sluiten.
- In de praktijk gaat het om zeer verschillende sluitingen die variëren in oorzaak, omvang, urgentie, betrokken partijen etc.. Het is niet mogelijk daarvoor een exacte eenduidige tijdlijn op te stellen. Belangrijke element uit dat besluitvormingsproces is het betrekken van gemeenten en inwoners bij het proces. De zorgaanbieder moet een continuïteitsplan opstellen (o.a. op basis van de ervaringen met de failliete ziekenhuizen). De regeling stelt eisen aan de inhoud en het tot stand komen van dat plan.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
5.1.2e

Kenmerk
1745909-210283-CZ

Aandachtspunten m.b.t. de inhoud van de concept regeling

De regeling is nog niet "af". Op een aantal punten is nog verdere doorontwikkeling nodig, in overleg met veldpartijen en n.a.v. de toetsen die worden uitgebracht. Hiervoor is ook nog gelegenheid nadat de toetsen zijn aangevraagd. Het gaat bijvoorbeeld om:

- De deelname van de aanbieders van langdurige zorg aan het ROAZ;
- Welke zorgverzekeraars moeten worden uitgenodigd voor het ROAZ en welke zorgverzekeraars moeten worden geïnformeerd bij knelpunten;
- De proportionaliteit van wat een zorgaanbieder allemaal moet doen als hij het aanbod van acute zorg wil sluiten.

Voor meer informatie over deze aandachtspunten wordt verwezen naar bijlage 1 bij deze nota.

Proces

- De wettelijke basis voor de regelgeving m.b.t. de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg ligt in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, zoals die wordt aangepast met de Aanpassingswet toetreding zorgaanbieders (AWtza). Dit wetsvoorstel is aanvaard door beide Kamers maar is nog niet in werking getreden.
- De concept amvb acute zorg waarop deze regeling is gebaseerd, is samen met andere amvb's op grond van de (A)Wtza informeel voorgehangen bij de EK en TK. Over deze amvb's wordt door de TK nog een plenair VSO ingepland. Daarna worden de amvb's gestuurd naar CWIZO/MR voor adviesaanvraag aan Raad van State.
- De conceptregeling acute zorg zal na de toetsen op uitvoerbaarheid, handhaafbaarheid en regeldruk opnieuw aan u worden voorgelegd voor akkoord voor internetconsultatie en informele voorhang bij het parlement.
- Op dit moment is nog niet helder wat het plenair VSO betekent voor de datum van inwerkingtreding van wet, amvb en ministeriële regeling.

*wat is dit
van
procedure
?*

4. Draagvlak politiek

De Tweede Kamer heeft in debatten en schriftelijke stukken steeds aangedrongen op het goed regelen van het besluitvormingsproces bij een voorgenomen sluiting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie. De regeling voorziet in uitgebreide voorschriften voor dat proces. Met de onderhavige regeling wordt de motie Van den Berg (Kamerstukken 31016, nr. 198) afgedaan.



Voor de inhoud van die motie en de wijze waarop daarmee wordt omgegaan, wordt verwezen naar bijlage 2 bij deze nota.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
5.1.2e

Kenmerk
1745909-210283-CZ

5. Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie

Er volgt nog een internetconsultatie. In debatten met de Tweede Kamer en brieven aan en gesprekken met zorgaanbieders is reeds veelvuldig gevraagd alvast te handelen conform de lijn van de amvb acute zorg.

6. Financiële en personele gevolgen

N.v.t.

7. Juridische aspecten haalbaarheid

De Raad van State moet nog adviseren over de amvb acute zorg. Een advies kan doorwerken in de uitwerking van de onderhavige regeling. Juridisch aandachtspunt bij de regeling is de proportionaliteit van de vereisten in de regeling (zie aandachtspunten bijlage 1). Een ander juridisch aandachtspunt is dat in de regeling geen concrete termijnen zijn opgenomen en er geen vaste volgorde van te nemen stappen in het besluitvormingsproces is opgenomen. Dat zorgt voor niet altijd een hele heldere regeling. Gezien de praktijk is het echter niet mogelijk om concrete termijnen op te nemen. Een besluitvormingsproces om acute zorg te beëindigen verloopt immers altijd anders.

8. Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)

De regeling is opgesteld door CZ en WJZ met betrokkenheid van PZo. LNAZ, ZN, J&V, IGJ, RIVM en NZa hebben informeel de gelegenheid gehad voor een reactie. IGJ, NZa en ZN vinden dat de regels erg gedetailleerd zijn en daarmee verantwoordelijkheid wegnemen bij de zorgaanbieder die het aanbod van acute zorg wil sluiten. Diverse casussen hebben echter geleerd dat stakeholders niet vanzelf voldoende worden betrokken bij het besluitvormingsproces; de Kamer dringt daarom aan op het goed regelen van dat proces. J&V wilde graag het systeem dat inzicht biedt in actuele beschikbaarheid van acute zorg en IC-bedden uitbreiden met cohortlocaties (waar COVID-patiënten worden verpleegd) en persoonlijke beschermingsmiddelen. J&V had echter begrip voor onze uitleg dat bedden voor kort verblijf al in beeld zijn via de regionale coördinatiefunctie en dat de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen (bij wie? Alle zorgaanbieders? Alle dienstverleners? Burgers?) de reikwijdte van het systeem te buiten gaat.

9. Gevolgen administratieve lasten

De structurele regeldruk is berekend op ruim 8 ton per jaar, de eenmalige kosten op een halve ton.

10. Toezeggingen

N.v.t.

10. Fraudetoets

Wordt aangevraagd.



Bijlage 1

Aandachtspunten m.b.t. de inhoud van de concept regeling

De regeling is nog niet "af". Op een aantal punten is nog verdere doorontwikkeling nodig, in overleg met veldpartijen en n.a.v. de toetsen die worden uitgebracht. Hiervoor is ook nog gelegenheid nadat de toetsen zijn aangevraagd. Het gaat bijvoorbeeld om

- De deelname van de aanbieders van verpleging, verzorging en thuiszorg aan het ROAZ. Per ROAZ-regio zijn er veel van deze aanbieders, als deze allemaal moeten deelnemen, wordt het overleg te groot. Tegelijk willen we wel dat deze aanbieders de afspraken die worden gemaakt in het ROAZ naleven, zij moeten zich niet kunnen verschuilen achter het feit dat ze niet bij het overleg waren. Het beste zou zijn als LNAZ en Actiz samen met een voorstel komen voor eventuele vertegenwoordiging met mandaat.
- We worstelen nog met welke zorgverzekeraars moeten worden uitgenodigd voor het ROAZ, welke zorgverzekeraars moeten worden geïnformeerd bij knelpunten in het aanbod van acute zorg in de regio en welke zorgverzekeraars de zorgaanbieder die aanbod van acute zorg wil sluiten moet betrekken bij zijn besluitvormingsproces. Enerzijds moeten lasten en overleggen beperkt gehouden worden, anderzijds hebben alle zorgverzekeraars zorgplicht voor hun verzekerden. Dit zullen we ook met ZN bespreken.
- De proportionaliteit van wat een zorgaanbieder allemaal moet doen als hij het aanbod van acute zorg wil sluiten. In de toelichting bij de amvb staat dat we bij de uitwerking in de regeling zullen kijken naar de proportionaliteit. Tegelijkertijd is er druk om zo goed mogelijk te borgen dat alle betrokkenen invloed kunnen uitoefenen op het besluitvormingsproces en op hoe de continuïteit van de zorg na een sluiting geborgd blijft. In de concept regeling is nu opgenomen dat bij een tijdelijke sluiting van maximaal 2 weken of een beperking van maximaal 25% van de capaciteit, niet hoeft te worden voldaan aan de volgende verplichtingen:
 - het organiseren van een ROAZ door het traumacentrum nadat het geïnformeerd is over een sluiting,
 - het aanvragen van een bereikbaarheidsanalyse bij het RIVM,
 - het organiseren van een bijeenkomst met burgemeester en wethouders, de voorzitter van de veiligheidsregio te organiseren en inwoners. Zij moeten wel geïnformeerd worden.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
5.1.2e

Kenmerk
1745909-210283-CZ



Bijlage 2

Motie Van den Berg

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team A

Kenmerk
1745909-210283-CZ

De motie Van den Berg (31016, nr. 198) verzoekt de regering, te borgen dat bij voorstellen tot aanpassingen in de acute zorg altijd:

1. de effecten op de benodigde extra capaciteit bij andere ziekenhuizen in kaart worden gebracht;
2. de effecten op de aanrijtijden van ambulances in kaart worden gebracht;
3. de adherentiecijfers in de regio in kaart worden gebracht;
4. en bovenstaande gedeeld wordt met betrokken regiobestuurders en zorgverleners in de keten voordat besluitvorming plaatsvindt.

Hier wordt als volgt mee omgegaan:

Ad 1. In het continuïteitsplan moet komen te staan welke afspraken met andere zorgaanbieders zijn gemaakt om te zorgen dat er voldoende capaciteit beschikbaar is bij andere zorgaanbieders.

Ad 2. In de amvb is nu opgenomen (wijkt af van versie die naar de TK is gegaan) in art. 8A.4 eerste lid onder g dat het RIVM berekent wat de effecten zijn op de rijtijden voor patiënten per ambulance naar de dichtst bij zijnde locatie waar de betreffende acute zorg wordt aangeboden (dit is volgens ons ook wat de motie bedoelt te zeggen).

Ad 3. Op het punt van de adherentie (inzicht in waar de patiënten vandaan komen) wordt niet voldaan aan de motie Van den Berg, de adherentie wordt niet in beeld gebracht, die indruk is ook nooit gewekt. Het gaat hier om bedrijfsgevoelige informatie van de zorgaanbieder zelf.

Ad 4. Ketenpartners (zoals andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars) krijgen het concept continuïteitsplan (amvb art. 8A.4, eerste lid onder h) waarin deze informatie is opgenomen en gemeenten en inwoners krijgen voorafgaand aan de besluitvorming een onderbouwing van het waarom van de eventuele sluiting en na besluitvorming informatie over waar welke zorg te verkrijgen is.

Is dat bekend?
Wat zijn
conse-
quenties?
moet dit
nog
gesondeerd
worden?