

To: [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl; [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl; [redacted] 5.1.2e
 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Wed 10/6/2021 1:16:19 PM
Subject: RE: Centralisatie van IC zorg
Received: Wed 10/6/2021 1:16:19 PM

Helder, prima zo.

Van: [redacted] 5.1.2e <[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: woensdag 6 oktober 2021 15:13
Aan: [redacted] 5.1.2e <[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e <[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e <[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Centralisatie van IC zorg

Een aanvulling: Ik denk dat we ACM pas moeten betrekken als wij echt denken dat er een issue speelt. Ik zou dus eerst input CZ afwachten...

Grt [redacted] 5.1.2e

Van: [redacted] 5.1.2e <[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: dinsdag 5 oktober 2021 16:27
Aan: [redacted] 5.1.2e <[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e <[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>
CC: [redacted] 5.1.2e <[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Centralisatie van IC zorg

Hoi [redacted] 5.1.2e

Hieronder in rood mijn reactie, zover ik dat op basis van dit overleg kan inschatten. [redacted] 5.1.2e vul me vooral aan, want jij kent de context beter vanuit je tijd bij CZ.

Groet, [redacted] 5.1.2e

Van: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: dinsdag 5 oktober 2021 15:27
Aan: [redacted] 5.1.2e <[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e <[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>
CC: [redacted] 5.1.2e <[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Centralisatie van IC zorg

Ho [redacted] 5.1.2e

Dank voor de vraag. Lijkt me inderdaad wel een goede om vanuit de mededingingswet scherp op te zijn. Als het echt spannend wordt is het denk ik nuttig de ACM ook aan te haken. Weet jij of dat in dit stadium al gepast is? **denk dat dat te vroeg is en beter om af te wachten waar CZ mee komt en dan te beoordelen of betrokkenheid van de ACM nodig of gewenst is.**

Mijn eerste indruk is dat dit inderdaad door het veld mogelijk is, zolang:

- De afspraken over waar welke patiënten heen gaan puur op zorginhoudelijke gronden worden gemaakt (er mogen dus geen omzet- of prijsgerelateerde overwegingen zijn bij het bepalen wanneer welke patiënt waarheen gaat). **De zorginhoudelijke grond wordt gezocht in de capaciteit, dus of de patient ergens naartoe kan. De incentive is draaiende houden van de ic-zorg en ruimte vrijspelen om reguliere zorg te kunnen blijven bieden (dus niet afschalen). Niet financieel gedreven naar mijn inschatting.**
- De (extra) kosten door de aanbieders individueel met individuele verzekeraars onderhandeld worden. Eventueel kan ook ingezet worden op volgbepaald door verzekeraars, maar verdergaand kan niet binnen de Mw. Kan ik niet inschatten op basis van dit overleg. **Denk dat het kunnen voldoen aan de zorgplicht voor zorgverzekeraars ook belangrijk is, zowel voor covid als voor andere zorg. maar hoe LNAZ en/of CZ dat qua inkoop voor zich ziet, weet ik niet. Wete ook niet of ze daar al diepere gedachten over hebben gevormd, want het is nu vooral zoeken naar mogelijkheden om de behandelcapaciteit op peil te houden en waar mogelijk te vergroten.**

Is dit inderdaad hoe jullie/CZ de samenwerking voor je zien?

Groet,

5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>

Verzonden: dinsdag 5 oktober 2021 13:52

Aan: 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>

CC: 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>

Onderwerp: FW: Centralisatie van IC zorg

Hoi 5.1.2e

5.1.2e en ik zaten net in overleg met CZ nav de vraag van de minister over concentratie van covid ic-zorg. de minister zoekt naar mogelijkheden om bovenop de basiscapaciteit van 1350 ic-bedden (waarvan ca. 200-400 beschikbaar zijn voor covid patiënten) extra voorzieningen te creëren om eventuele piek in het najaar op te kunnen vangen, bijvoorbeeld met aparte covid ic-behandelcentra op 3 a 4 locaties in Nederland. Daarbij is wel ontluisterend dat de minister ook zinspeelt op het 'toegeven' op de kwaliteitseisen die worden gesteld aan de voor die patiënten (lees: kan de IGJ niet wat door de vingers zien als we toegeven op de kwaliteit van zorg?). Op dat punt is hij overigens wel in het gareel gebracht door de 5.1.2e die pal staat voor de kwaliteit en toezicht daarop. Overigens lijkt het probleem vooral te zitten bij de beperkt capaciteit aan ic-personeel, wat niet wordt opgelost in een scenario met 'overloop-ic's'. Behalve mogelijk wat efficiency winst of bereidheid van professionals die nu niet in de zorg actief zijn om zich dedicated in te zetten voor de behandeling van covid patiënten (bv met gunstige arbeidsvoorwaarden).

In een scenario van zo'n overloop-ic, waarbij een aantal umc's en ziekenhuizen een aparte covid ic-voorziening zouden creëren om extra patiënten op te vangen en via het LNAZ te spreiden, is inzet van de Wbmv niet nodig om de zorg te centraliseren. We hebben CZ meegegeven om vooral te kijken naar oplossingen die het veld zelf kan organiseren, waarbij we vanuit PZO kunnen meedenken over eventuele juridische haken en ogen. Bijvoorbeeld wat het betekent voor de mededinging (5.1.2e) en voor de kwaliteit van zorg (5.1.2e).

Ten aanzien van het vervolg:

- CZ heeft het LNAZ een advies gevraagd over het opschalen van de ic-capaciteit of in ieder geval garanderen van de basiscapaciteit van 1350 bedden.
- CZ maakt op basis van dat advies een voorstel voor de minister en betreft PZO en WJZ om mee te denken over de juridische randvoorwaarden, (on)mogelijkheden en risico's.

Lijkt vooral logisch dat dit betrekking zal hebben op de Wkkgz en op de mededingingswetgeving/ACM. Tijdpad is niet heel concreet meegegeven, maar alles moet snel, dus ik verwacht dat CZ ergens de komende week/weken op de lijn zal komen. Dan weten jullie alvast dat dit speelt en dat het voor jullie mogelijk iets betekent.

Groet, 5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>

Verzonden: maandag 4 oktober 2021 21:14

Aan: 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>

CC: 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>;

5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>;

5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>;

5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>;

5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>

Onderwerp: RE: Centralisatie van IC zorg

Ha allen,

Wij hebben nog even naar de juridische opties gekeken en hierbij alvast een reactie, vooruitlopend op het overleg van morgen (overigens geheel in lijn met de opmerkingen van 5.1.2e). Met dank aan 5.1.2e

Tav WKKGZ:

De Wkkgz lijkt ons geen logisch route voor dergelijke centralisatie. Enig denkbare qua vormgeving is dat de IGJ zou constateren dat de decentrale covid-zorg geen goede zorg is (bijv. omdat je minimum x-aantal covid-patiënten moet hebben om de zorg goed te kunnen leveren) en dat de beroepsgroep vervolgens een kwaliteitsstandaard opstelt waarin een dergelijk ondergrenscriterium staat. Is niet goed begaanbaar en vergezocht pad, want:

- De (onderbouwing van de) kwaliteitsnorm is moeizaam. Centralisatie gebeurt niet omdat de kwaliteit van de decentrale covid-zorg niet goed zou zijn; is primair een efficiency vraagstuk.
- Onderbouwing via de route "kwaliteit is decentraal niet goed, moet centraal" kan gevoelig liggen bij zorgaanbieders/zorgverleners: in feite zeg je met deze route dat het veld de afgelopen anderhalf jaar geen goede zorg

geleverd zou hebben.

- Onderbouwing via band van kwaliteit kan daarnaast ook gevoelig liggen aan cliëntenzijde: Goede zorg is immers zorg die (o.a.) cliëntgericht is en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Hier komt druk op in deze Wkkgz route.
- Afhankelijkheid van de medewerking van de beroepsgroepen om een dergelijke kwaliteitsstandaard op te stellen.
- Lange duur van een dergelijk pad met ongewisse kans van slagen.

Tav WBMV:

Concluderend tav WBMV: het is in principe een mogelijke route om concentratie via de WBMV te organiseren, maar hier zitten heel wat haken en ogen aan en we vragen ons sterk af of dit juridisch stand houdt (met alle gevolgen van dien). Hieronder wat aandachtspunten. Ons advies op basis van deze lijst aandachtspunten is: niet doen. Maar de keuze is uiteraard aan de Minister.

- Doel van concentratie: 5.1.2e geeft in zijn mail aan dat het gaat om voldoende capaciteit creëren, mocht het aantal opnames dit najaar toch oplopen. Het is de vraag of je dat gaat bereiken met concentreren, want er komen niet direct meer bedden bij en ook niet meer personeel. We zullen maw scherp moeten onderbouwen 1. dat concentratie noodzakelijk is, 2. dat concentratie bijdraagt aan het gewenste doel en 3. dat regulering via de WBMV de oplossing is. Dat wordt juridisch echt een uitdaging.
- Beperkte wendbaarheid en flexibiliteit: Het vergunningensysteem op basis van art 2 Wbmv gaat uit van een 'verbod behoudens vergunning'. Dat betekent dat als je de bevoegdheid tot het verrichten van covid ic-zorg verstrekt aan bepaalde umc's en ziekenhuizen, dat automatisch betekent dat andere ziekenhuizen die zorg niet meer mogen bieden, tenzij je hen ook een vergunning verstrekt.

Wbmv brengt dus een bepaalde rigiditeit met zich mee, in de zin dat je de ministeriele regeling zult moeten wijzigen als blijkt dat er onvoldoende capaciteit is en je moet opschalen. Nu is het wel redelijk snel aan te passen, maar het vereist wel een handeling van ons/WJZ/de minister (regeling aanpassen, extra vergunningen verstrekken). Dit is een risico is als je snel wilt opschalen.

- Vaststellen benodigde capaciteit en aantal vergunningen: Het aantal vergunningen is in de regel gebaseerd op een behoeftestelling, waarbij je op basis van de zorgvraag irt de geraamde behandelcapaciteit per centrum bepaalt hoeveel vergunningen er worden verstrekt. Hierbij de vraag of een dergelijke behoeftestelling beschikbaar is of op korte termijn kan worden opgesteld, bijv door het RIVM. En wat te doen als de behoefte opeens toeneemt? Komt terug op eerste punt van mogelijkheid tot opschalen en inspelen op actuele ontwikkelingen. Daarbij moet je ook scherp onderbouwen wie die vergunning krijgt en waarom. Kan dat?
- Juridische houdbaarheid: De vergunningen staan open voor bezwaar en beroep, zowel voor andere ziekenhuizen als voor patiënten (die niet het land door willen reizen). Verdeel en heers werkt hierbij averechts, want dan zien ze ons voor de rechter en is de vraag of het stand houdt. Komt er dus op neer dat inzetten van de Wbmv kan, maar als daarbij sprake is van opleggen of afdwingen, er een grote kans is dat het leidt tot gerechtelijke procedures, met redelijke kans dat het geen stand houdt. Dit hebben we eerder meegemaakt met Regeling bijzondere hartinterventies (THI's), waarbij het aantal vergunningen en verdeling daarvan bij de rechter geen stand hield. Als je dus gebruik wilt maken van de WBMV, dan idealiter als sluitstuk op breed gedragen afspraken in het veld.
- Spreiding irt andere (vergunningplichtige) zorg: als je deze zorg gaat concentreren is het zaak goed na te denken wat je met andere zorg in deze centra doet. Bijv reguliere IC zorg, ga je die dan weer verplaatsen?
- definiëring/afbakening van medische verrichting: covid ic-zorg is in principe gewoon ic-zorg, maar dan voor een specifieke patiëntengroep/indicatie. Als we die zorg onder de Wbmv willen brengen, is de vraag hoe je de verrichting zo afbakent dan niet ook overige ic-zorg er onbedoeld onder komt te vallen.

Tot slot: is er nog ruimte om iets te doen met de geldende subsidieregeling voor de IC's? Daar zitten nu alle ziekenhuizen in, maar kan je die voor '22 niet meer toespitsen en daarmee concentratie afdwingen? Tot morgen!

Grt 5.1.2e

Van: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>

Verzonden: vrijdag 1 oktober 2021 20:44

Aan: 5.1.2e 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e)

< 5.1.2e @minvws.nl>

CC: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e)

< 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>;

5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: RE: Centralisatie van IC zorg

Hoi 5.1.2e

1. De ziekenhuizen kunnen niet zelf het centraliseren van IC-zorg overeenkomen.

2. De overeenkomsten voor het centraliseren vallen namelijk normaal gesproken onder het kartelverbod van de Mededingingswet omdat het marktverdelingsafspraken betreft. Het is niet aannemelijk dat die afspraken onder de wettelijke uitzonderingscriteria van het kartelverbod kunnen vallen.
3. 5.1.2e heeft in zijn mail van gisteren al gewezen op de vergunningprocedure van de Wbmv.
4. Elke IC die IC-zorg mag leveren en levert op grond van behandelingsovereenkomsten met patiënten, ontvangt daarvoor bekostiging voor die zorg. Je kan een ziekenhuis dat IC-zorg mag leveren niet de mogelijkheid onthouden om daarmee bekostiging te genereren.
5. Subsidies in de vorm van compensatie voor diensten van algemeen economisch belang (DAEB's) leiden ook niet tot de beleidsmatig gewenste concentratie. Er dient eerst sprake te zijn van marktfalen zoals te weinig IC-capaciteit (landelijk/regionaal).

Groet,

5.1.2e

Van: 5.1.2e 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>

Verzonden: donderdag 30 september 2021 20:21

Aan: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>

CC: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: RE: Centralisatie van IC zorg

Beste 5.1.2e

Zoals 5.1.2e al aangeeft hebben we het intern WJZ even gehad over de vraag hoe je deze wens kunt benaderen. Centraliseren van zorg komt juridisch neer op contractsdwang en daarvoor is binnen ons privaatrechtelijke systeem een wettelijke basis vereist. Wij kwamen op drie denkbare oplossingsrichtingen (die in een verschillende kader passen, dus de vraag is dus nogal breed):

- kwaliteit van zorg; via de Wkkgz zou de IJG dan actie moeten ondernemen om wegens een gebrek aan kwaliteit van zorg 'decentraal', de zorgverlening aan covid-patiënten te centraliseren. Lijkt ons op voorhand geen begaanbare route;
- sturen door middel van financiering of subsidieverlening; ik leg de vraag even neer bij mijn collega 5.1.2e of daarvoor mogelijkheden zijn, maar dat lijkt niet waarschijnlijk;
- inzet van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv); onze laatste echte 'planningswet' een restant van de oude Wet ziekenhuisvoorzieningen van vóór het nieuwe zorgstelsel. De Wbmv maakt het mogelijk om aangewezen medische verrichtingen aan een vergunning te verbinden en daarmee centralisatie mogelijk te maken. De gronden voor de toepassing van de Wbmv zijn heel ruim geformuleerd en kan formeel relatief eenvoudig bij ministeriële regeling, maar de uitvoering van de wet heeft een flinke hoeveelheid complexe haken en ogen. De wet wordt daarom alleen nog toegepast op een aantal verrichtingen die er al in de jaren '80 en '90 onder zijn gebracht, met nieuwe verrichtingen is dat in het recente verleden zeer sporadisch gebeurd. PZo is beleidsverantwoordelijk voor de Wbmv, vandaar mijn c.c. aan 5.1.2e dus PZo gaat over de beleidsmatige (on)wenselijkheid de Wbmv voor dit doel in te zetten. Voor de juridische kant van de Wbmv kun je bij mij of mijn collega 5.1.2e terecht.

Hoop dat je hiermee een antwoord op je vraag hebt wie kan meedenken.

Vriendelijke groet,

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

Directie Wetgeving en Juridische Zaken
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 Parnassusplein 5 | 2511 XP | Den Haag | 5.1.2e
 Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag

T 070 5.1.2e
 F 070
 5.1.2e @minvws.nl

Van: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>

Verzonden: woensdag 29 september 2021 17:12

Aan: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>

CC: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e)

< 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: RE: Centralisatie van IC zorg

Urgentie: Hoog

Dag 5.1.2e

Ik heb je vraag van gister bij ons MT uitgezet. Zelf ben ik ieder geval niet de aangewezen persoon om in dit dossier mee te denken.

Groet,

5.1.2e

Van: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>

Verzonden: woensdag 29 september 2021 15:04

Aan: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>

CC: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: FW: Centralisatie van IC zorg

Beste 5.1.2e

Inmiddels is er een concept opdrachtbrief [aan](#) het LNAZ gereed om te onderzoeken of concentratie mogelijk is. Ik citeer hieruit:

5.1.2i Concept

In onze afstemmingsoverleggen intern is na overleg met Hugo gisteren gesproken over het volgende:

Als we geen wetten veranderen (want kort tijdsbestek, situatie nood aan de man), maar we wel concessies doen op randvoorwaarden (gelijk speelveld kwaliteit (big en taal-eisen), toegankelijkheid (verplichte verplaatsing), en we willen dat de IGJ akkoord kan gaan op deze concessies, wat te doen? Moet de minister dan een 'door de vingers' brief afgeven aan de IGJ, welke langs de Kamer moet? Hoe verloopt dit proces?

Dit onderwerp moet op korte termijn (deze week) besproken worden met WJZ en PZo, en het makkelijkste is wanneer dit kan in aanvulling op de twee onderwerpen van mijn voorgaande mail.

Ik kan mij zo voorstellen dat het misschien handig is wanneer de accounthouder IGJ aansluit?

Hoor graag van je.

Met vriendelijke groet,



5.1.2e

Medisch Specialistische en COVID Zorg |

[Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport](#) | Directie Curatieve Zorg |

(06) 5.1.2e

✉ 5.1.2e @minvws.nl |

Van: 5.1.2e)

Verzonden: dinsdag 28 september 2021 18:06

Aan: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>

CC: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: Centralisatie van IC zorg

Hoi 5.1.2e

Ik heb je naam doorgekregen van 5.1.2e

Ik wil je vragen of je eens zou willen meedenken – wie we van jullie directie het beste kunnen aanhaken in dezen.

Op dit moment wordt door VWS en het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) gekeken of het misschien toch mogelijk is Covid IC-zorg te centraliseren.

Denk aan één tot drie locaties in Nederland (liefst binnen de bestaande structuren) waar Covid zorg gecentraliseerd wordt. Dit is één van de twee varianten (de andere is uitwijken naar Duitsland) om hopelijk toch voldoende capaciteit te creëren, mocht het aantal opnames (covid icm evt. griepgolf) toch oplopen dit najaar.

Dit is overigens een buitengewoon complex traject. Maar één van de zaken waar duidelijkheid over moet komen, betreft het juridisch kader.

Op het moment dat we afspreken dat we Covid zorg centraliseren, dan zou je daar ook op moeten kunnen sturen.

Dat betekent dat je moet kunnen afdwingen dat patiënten daadwerkelijk worden verplaatst naar de centrale Covid locaties.

Dit werkt twee kanten op:

1. Patiënten verplichten (misschien niet het goede woord maar voor de duidelijkheid gebruik ik het toch) zorg te genieten op een centrale locatie. Dit kan dus een ander ziekenhuis zijn.
2. Artsen verplichten patiënten die onder behandeling staan, op basis van een af te spreken kader, los te laten en te laten spreiden naar een centrale Covid locatie.

We proberen in kaart te brengen waar de juridische (on)mogelijkheden zitten. In hoeverre is het mogelijk om binnen het huidige juridisch kader centralisatie af te dwingen.

Of, wat is daar voor nodig?

Mogelijk moeten we ook iemand van PZO aanhaken – mocht je daar ook suggesties voor hebben, horen wij dat ook graag.

We zouden liefst deze week alvast even kort doornemen welke eerste overwegingen er zijn.

Met vriendelijke groet,



5.1.2e

Medisch Specialistische en COVID Zorg |

[Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport](#) | Directie Curatieve Zorg |

(06) 5.1.2e

✉ 5.1.2e [@minvws.nl](mailto:5.1.2e@minvws.nl) |