

Vergaderjaar 2019–2020

**32 620**

## **Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**Nr. 264**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 juni 2020

Middels deze brief wil ik u op de hoogte stellen van de wijze waarop de toezeggingen die gedaan zijn tijdens het AO Medisch Zorglandschap/JZOJP van 28 november 2019 (Kamerstuk 32 620, nr. 246) en de voortzetting daarvan op 6 februari 2020 (Kamerstuk 32 620, nr. 260) nagekomen zullen worden, alsmede de wijze waarop de aangenomen moties die zijn ingediend tijdens het bijbehorende VAO van 4 maart 2020 (Handelingen II 201920, nr. 59, item 10) zullen worden uitgevoerd.

Motie van het lid Van Gerven (Kamerstuk 32 620, nr. 249); spreekt uit dat zorgverzekeraars hun zorgplicht moeten nakomen zodat verzekerden altijd een huisarts hebben.

#### **Aangenomen moties**

Ik vind het belangrijk dat huisartsenzorg voor iedereen toegankelijk is. Wanneer individuele patiënten geen huisarts kunnen vinden, kunnen zij zich richten tot hun zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft zorgplicht. De zorgplicht richt zich op de verplichting om ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij om zowel de inhoud en omvang van de zorg als om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet toe op deze toegankelijkheid van zorg en de zorgplicht van zorgverzekeraars.

De signalen dat het niet in alle gevallen lukt om tijdig een huisarts te vinden zijn mij bekend. In de regio's waar nu al knelpunten worden ervaren, verwacht ik dat het voor zorgverzekeraars steeds meer zal vragen om aan de zorgplicht te voldoen. De NZa ziet dat zorgverzekeraars voor hun regio's werk maken van de toegankelijkheid van huisartsenzorg. Mede vanwege de belangrijke poortwachtersfunctie van de huisarts en ondersteunend personeel in de huisartsenpraktijk (doktersassistente,

POH) in het zorgstelsel en het belang om daar op tijd terecht te kunnen, tonen zorgverzekeraars inzet om de zorgplicht na te leven. Om de huisartsenzorg in Nederland voor iedereen toegankelijk te krijgen is inzet van alle betrokken partijen nodig. Dit kunnen zorgverzekeraars voor de regio's waar zij preferent zijn niet alleen. Ook de inzet van zorgaanbieders is noodzakelijk om deze zorg toegankelijk te houden. Het is belangrijk dat partijen weten wat ze van elkaar mogen en kunnen verwachten. Daarom wordt er door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gewerkt aan een concretisering van wat kan worden verwacht van de zorgverzekeraar in relatie tot deze problematiek, in afstemming met de NZa. De NZa heeft er vertrouwen in dat er uiteindelijk scherpe, ambitieuze en realistische verwachtingen tot stand komen. Van de zorgaanbieders en overige partijen in de regio verwacht ik dat zij meewerken en zich samen met de zorgverzekeraar inspannen om tot oplossingen te komen.

Bovendien is structureel inzicht in de ernst van en mogelijke oplossingsrichtingen voor de problematiek nodig, en daarom wordt er landelijk gekeken naar de mogelijke disbalans in vraag en aanbod van huisartsenzorg in regio's. In april 2019 heb ik u mede namens de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) een plan van aanpak gestuurd om balans in vraag en aanbod in de huisartsenzorg te bevorderen (Kamerstuk 33 578, nr. 63). Speerpunten in het plan van aanpak richten zich op landelijk voldoende huisartsen en ondersteunend personeel opleiden, huisartsen ondersteunen bij de inzet van taakherschikking en meer aandacht binnen de opleiding voor praktijkhouderschap.

Veranderingen in de arbeidsmarktsituatie vinden niet plaats van de ene op de andere dag. In veel regio's zijn verschillende activiteiten opgezet en vinden er tussen de betrokken partijen regionale overleggen plaats. Om het succes te vergroten van de inzet in verschillende regio's, gaan VWS en LHV met medewerking van een bureau regio's in om ondersteuning te bieden en regio's te helpen de toegankelijkheid van huisartsenzorg voor de zowel de korte als lange termijn op het gewenste niveau te krijgen. De regionale urgentie van de problematiek en de wijze waarop ondersteuning kan worden geboden wordt momenteel in kaart gebracht.

Gewijzigde motie van de leden Sazias en Veldman ter vervanging van die gedrukt onder Kamerstuk 32 620, nr. 252 (Kamerstuk 32 620, nr. 256); verzoekt de regering, in overleg met zorgverzekeraars te bevorderen dat informatie over welk ziekenhuis het beste is voor welke ingreep toegankelijker en gemakkelijker vindbaar wordt.

Het Ministerie van VWS verkent momenteel met ZN de mogelijkheden om te bevorderen dat informatie over welk ziekenhuis het beste is voor welke ingreep toegankelijker en gemakkelijker vindbaar wordt en in welke mate zorgverzekeraars die rol nu al hebben opgepakt. Ik ga ervan uit dat ik uw Kamer hierover in het derde of vierde kwartaal van dit jaar nader kan informeren.

Motie van de leden Bergkamp en Veldman (Kamerstuk 32 620, nr. 255); verzoekt de regering, in gesprek te treden met de zorgverzekeraars, zorgkantoren, ziekenhuizen en andere aanbieders van tijdelijk verblijf om te bezien welke capaciteit en financieringswijze voor het tijdelijk verblijf nu en in de toekomst nodig is, en de Kamer daar voor de zomer van 2020 over te informeren.

Tijdelijk verblijf wordt vanuit drie stelsels gefinancierd. Dat hoeft geen probleem te zijn als regionaal goede afspraken gemaakt kunnen worden door de drie partijen (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) over benodigde capaciteit en hoe de bekostiging voor de zorgaanbieders zo

slim mogelijk te organiseren. Mijn collega, de Minister van VWS, heeft al eerder aangegeven een bijdrage te willen leveren in het verbeteren van de werking binnen en tussen de stelsels. Ik ga daarom met partijen in gesprek over de gewenste financieringswijze van tijdelijk verblijf in de toekomst en of de acties die ik hierop al in gang gezet heb voldoende zijn. Daarbij agendeer ik ook, in afstemming met de NZa, toegankelijkheid en capaciteit van tijdelijk verblijf als onderdeel van de zorgketen. De opgedane ervaringen in de aanpak van de covidzorg en de rapportage van de NZa over de toegankelijkheid en de capaciteit van het eerstelijnsverblijf vormen hiervoor de basis. In verband met de coronacrisis zal dit gesprek na het zomerreces plaatsvinden. De Minister van VWS informeert u hierover in de voortgangsrapportage van programma Langer Thuis, conform de motie Bergkamp en Veldman<sup>1</sup>.

Motie van het lid Veldman (Kamerstuk 32 620, nr. 253); verzoekt de regering, te bevorderen dat bij het opstellen van de regiobeelden ook in kaart gebracht wordt welke zorg voorkomen, verplaatst of vervangen kan worden, zodat regio's bij een veranderend zorglandschap in kaart hebben welke zorg behouden moet blijven en welke zorg op een andere manier georganiseerd kan worden.

In het VAO van 4 maart 2020 heeft de heer Veldman (VVD) verzocht te bevorderen dat bij het opstellen van de regiobeelden ook in kaart wordt gebracht welke zorg voorkomen, verplaatst of vervangen kan worden, zodat regio's bij een veranderd zorglandschap in kaart hebben welke zorg behouden moet blijven en welke zorg op een andere manier georganiseerd kan worden. In de voortgangsrapportage over de Juiste Zorg op de Juiste Plek die voor het AO cure wordt verzonden aan uw Kamer, kom ik terug op deze motie.

## **Toezeggingen**

*Naar aanleiding van de vragen van Kamerlid Bergkamp (D66) en Van den Berg (CDA) om uw Kamer een resultaat aan te bieden van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik en een inhoudelijke reactie hierop te geven, wil ik u hierbij graag informeren dat ik u nog voor de zomer een brief zal sturen over de voortgang van de Hoofdlijnenakkoorden, waarin ik een terugkoppeling hierover zal geven.*

*Naar aanleiding van de vraag om uitgebreider in te gaan op de punten en voorbeelden uit het boekje «Patiënt tussen wal en schip» van Het roer moet om en een reactie te geven op de petitie, meld ik u dat mijn ambtsvoorganger dit in een brief aan uw Kamer van 31 januari<sup>2</sup> reeds heeft gedaan.*

*De commissie heeft mijn ambtsvoorganger gevraagd om uw Kamer in het voorjaar een nota toe te sturen over de MedTech-agenda. De Nationale Agenda MedTech zal concrete acties voor de komende jaren omvatten op het terrein van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg met medische technologie en hulpmiddelen. De agenda stond voor eerder dit jaar gepland, maar de COVID-19 crisis heeft de agenda in een nieuw perspectief geplaatst, o.a. als het gaat over de beschikbaarheid van medische hulpmiddelen. Samen met de sector wil VWS lessen trekken uit de crisis en deze meenemen in het verder vormgeven van de acties in de Nationale Agenda. De verwachting is dat de agenda in het najaar gereed zal zijn.*

*Naar aanleiding van de vraag van Kamerlid Van den Berg (CDA), om schriftelijk terugkoppeling te geven van de gesprekken die ik met de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) heb gevoerd over het*

<sup>1</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 255

<sup>2</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 247

*beleid en de wet- en regelgeving ten aanzien van ablaties met betrekking tot de introductie van minder complexe vormen van ablaties bij ziekenhuizen zonder hartchirurgie, meld ik u graag het volgende. In de huidige wet- en regelgeving (Wet op bijzondere medische verrichtingen, Wbmv) is de voorwaarde gesteld dat ablaties alleen mogen worden uitgevoerd in ziekenhuizen waar hartchirurgie aanwezig is. Afgelopen december heeft mijn ambtsvoorganger een gesprek gevoerd met de NVVC over de vraag of deze voorwaarde nog steeds noodzakelijk is, ook voor minder complexe vormen van ablaties. Ook heeft hij de NVVC gevraagd wat het perspectief is voor patiënten die wachten op een ablatie, gelet op de wachttijden bij een aantal hartcentra.*

De NVVC geeft aan dat het te vroeg is om de wet- en regelgeving voor ablaties te wijzigen. Er is nog onvoldoende duidelijk wat de risico's zijn voor de patiëntveiligheid en de noodzaak van hartchirurgische back-up bij verschillende vormen van ablaties. De NVVC laat op dit moment een onderzoek uitvoeren naar de complicatie- en mortaliteitsgegevens uit de Nederlandse Hartregistratie (NHR), dat de gewenste duidelijkheid moet bieden. De resultaten van dit onderzoek zijn naar verwachting medio 2021 beschikbaar. In de tussentijd acht de NVVC het niet verantwoord om de voorwaarde van hartchirurgische back-up los te laten. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) onderschrijft dit en benadrukt het belang van zorgvuldigheid. Verder geeft de NVVC aan dat de behandelcapaciteit bij de hartcentra zowel landelijk als regionaal voldoende is om aan de zorgvraag te voldoen en er geen directe noodzaak is om het aantal ablatiecentra uit te breiden. Bij enkele hartcentra is de wachttijd weliswaar langer dan gewenst, maar gezien de kortere wachttijden bij de andere centra moeten die het kunnen opvangen. Voor patiënten kan dit soms betekenen dat zij moeten worden verwezen naar een ander hartcentrum in of buiten de regio. De veiligheid en kwaliteit van de zorg wegen zeker bij dit soort complexe ingrepen echter zwaarder dan een kortere reisafstand. Overigens heeft het ziekenhuis waar het knelpunt het grootst is inmiddels afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar over het uitbreiden van de behandelcapaciteit, zodat op termijn minder patiënten naar andere hartcentra hoeven te worden verwezen.

Gezien de onduidelijkheid over de veiligheid van ablaties ben ik van mening dat het niet verantwoord is om de wet- en regelgeving te verruimen en daarbij onderscheid te maken tussen hoog- en laagcomplexe ablaties. Ik wacht eerst de resultaten van het onderzoek van de NVVC af en zal dan bezien of het mogelijk en ook noodzakelijk is om het aantal ablatiecentra uit te breiden. Vooralsnog houd ik echter vast aan de voorwaarde van hartchirurgische back-up en blijven ablaties voorbehouden aan de hartcentra.

*In april 2020 kan ik uw Kamer meer kwantitatief inzicht geven over de verschuivingen op basis van de beweging de Juiste Zorg Op de Juiste Plek naar aanleiding van de evaluatie door het RIVM.*

De lerende evaluatie naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) die het RIVM uitvoert heeft als doel om partijen, of dit nu lokaal, regionaal of landelijk is, te stimuleren, te ondersteunen en te inspireren om de beweging naar de JZOJP verder te brengen door inzicht te geven in de ontwikkelingen en ervaringen. Het gaat bij de JZOJP om een beweging die al enige tijd gaande is, ook voordat de term JZOJP werd gebruikt. Een feitelijk nulmeting kan daarom niet worden uitgevoerd. Wel zal de evaluatie de ontwikkelingen in het vervangen, verplaatsen en voorkomen van zorg en het functioneren van mensen in beeld brengen. De gegevensverzameling beslaat voor zover mogelijk/beschikbaar de gehele looptijd van de evaluatie (2019–2023). Ik zal u voor de zomer nog informeren over het plan van aanpak van deze evaluatie. Het is op dit moment helaas nog te vroeg om op basis van deze evaluatie inzicht te verschaffen in de

verschuivingen naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Later dit jaar zal ik u informeren over de eerste inzichten.

*Voor de zomer van 2020 wordt bij het verschijnen van de contourennota uw Kamer nader geïnformeerd over de financiering van preventie en worden ingegaan op de elementen om het vak huisarts aantrekkelijk te houden*

In de begroting van VWS voor 2020 (Kamerstuk 35 300 XVI, nr. 2) is aangekondigd dat het kabinet een Contourennota zal uitbrengen over de organiseerbaarheid en toekomstbestendigheid van onze gezondheidszorg. De planning was erop gericht dat het kabinet de Contourennota voor de zomer naar uw Kamer zou sturen. Vanwege de Coronacrisis is dit echter geen realistisch scenario en is de planning nu gericht op het uitbrengen van de Contourennota in het najaar van 2020.

*Mijn ambtsvoorganger heeft toegezegd in het eerste kwartaal van 2020 aan uw Kamer een schets aan te bieden over de acute zorg. Deze Houtskoolschets Acute Zorg heeft enige vertraging opgelopen door de coronacrisis, maar zal ik uw Kamer nog voor het zomerreces toesturen.*

*Ik zal na het verschijnen van het rapport «De aangekondigde ondergang» van de Commissie van Manen met een gebundelde reactie komen. Ik streef ernaar om de gebundelde beleidsreactie op de tot dusver verschenen rapporten over de faillissementen van het MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen (waaronder commissie Van Manen) voor het AO cure aan uw Kamer toe te zenden.*

*Voor de zomer zal ik uw Kamer nader informeren over het versterken van de zorgbemiddeling*

Alle zorgverzekeraars hebben speciale afdelingen waar verzekerden terecht kunnen voor zorgadvies en zorgbemiddeling. Om de bekendheid van het werk van deze afdelingen te vergroten heeft ZN – in samenwerking met de individuele zorgverzekeraars – begin dit jaar het platform «MijnZorgverzekeraar.nl» gelanceerd. Op deze website kunnen verzekerden en verwijzers de contactgegevens van de zorgadviesafdelingen van de verschillende zorgverzekeraars terugvinden. Dit vind ik een goed initiatief. Ik ben met ZN in overleg om te bepalen of aanvullend hierop nog andere acties nodig zijn om de positie van het platform verder te versterken en de bekendheid van zorgadvies en zorgbemiddeling door zorgverzekeraars te vergroten.

*De toezegging dat de Kamer een terugkoppeling ontvangt over het honorarium van medische specialisten in het kader van een nadere duiding van het bedrag van drie ton, zal worden meegenomen in de brief over het bevorderen van gelijkgerichtheid die ik u na de zomer stuur. Naast navraag bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), zal ik voornamelijk bij de Federatie Medisch Specialisten (FMS) dit nagaan.*

*Het betrekken van de uitkomsteninformatie bij het samen beslissen zal ik in het tweede of derde kwartaal van 2020 op terugkomen. Ook zal ik voor de zomer van 2020 uw Kamer informeren over de voortgang van de ziektelast uitkomsteninformatie.*

In het Hoofdlijnenakkoord Medisch-Specialistische Zorg 2019–2022 (MSZ) (Kamerstuk 29 248, nr. 311) heb ik met partijen uit de MSZ de ambitie vastgelegd om in 2022 voor ruim 50% van de ziektelast te komen tot uitkomstinformatie die er voor patiënten toe doet. Deze uitkomstinformatie moet te gebruiken zijn (i) door zorgprofessionals om de kwaliteit van hun handelen verder te verbeteren, (ii) door patiënten om een betere keuze te kunnen maken voor een spreekkamer en voor het samen met de behandelaar beslissen over de behandelkeuzes in die spreekkamer en (iii)

door zorgbestuurders en zorgverzekeraars voor het organiseren en belonen van zorg rond uitkomsten. Deze ambitie wordt uitgewerkt het programma Uitkomstgerichte Zorg. Zoals toegezegd was mijn voornemen u deze zomer een tweede voortgangsrapportage van dit programma te sturen. Door de COVID-19 crisis treedt echter vertraging op in het programma. Het programma wordt in nauwe samenwerking met alle betrokken partijen in de medisch-specialistische zorg uitgevoerd. Deze partijen hebben de afgelopen maanden ontzettend veel energie gestopt in het bestrijden van de COVID-19 crisis. En doen dat nog steeds. Daarnaast wordt door diezelfde partijen nu en de komende maanden hard gewerkt aan het (her)opstarten van de reguliere zorg. Gezien de bestaande onzekerheden in het verloop van de crisis en daarmee voor de inzet van partijen in dit programma, ligt een voortgangsrapportage Uitkomstgerichte Zorg op dit moment niet in de rede. Ik streef ernaar om u na de zomer (uiterlijk vierde kwartaal van 2020) nader te informeren.

*De Minister verwacht de evaluatie van de ambulancepost op Urk in februari 2020.*

Op 13 maart 2020 heeft mijn ambtsvoorganger u het evaluatierapport over de extra ambulance op Urk aangeboden<sup>3</sup>, zoals aan de heer van der Staaij (SGP) in het Algemeen Overleg Medisch Zorglandschap van 28 november 2019 was toegezegd. In de procedurevergadering op 12 mei 2020 heeft de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) besloten mij te verzoeken om op korte termijn tot een besluit te komen over de ambulancepost op Urk en uw Kamer hierover te informeren. Bij deze kom ik tegemoet aan uw verzoek.

Allereerst wil ik mijn dank uitspreken richting de (medewerkers van de) Regionale Ambulancevoorziening (RAV) Flevoland en zorgverzekeraars Zilveren Kruis en VGZ voor hun aanhoudende inzet waarmee continue voldoende goede ambulancezorg in de regio Flevoland is gerealiseerd. Direct na het wegvallen van de MC IJsselmeerziekenhuizen is er extra ambulancecapaciteit ingezet om de ontstane langere rijtijd naar de ziekenhuizen buiten de regio op te vangen. Daarnaast hebben zij vanaf 2 januari 2019 gezorgd voor een extra ambulance die 24/7 beschikbaar is op Urk.

De onafhankelijke evaluatie<sup>4</sup> is primair bedoeld voor het lokaal overleg tussen de RAV Flevoland en de zorgverzekeraars Zilveren Kruis en VGZ. De adviezen zijn dan ook aan hen gericht. Zij rapporteren vervolgens op basis van deze evaluatie aan de Zorgtafel Flevoland. De evaluatie heeft duidelijkheid gegeven over de continuïteit van de extra ambulancecapaciteit; hier was in de regio voor velen behoefte aan.

#### Ambulance Urk structureel ingezet

De RAV Flevoland en zorgverzekeraars Zilveren Kruis en VGZ hebben mij laten weten dat de adviezen met betrekking tot de ambulancecapaciteit

<sup>3</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 258

<sup>4</sup> Uitgevoerd door INFINITIEF advies + interim- management bv.



worden opgevolgd en de ambulance op Urk structureel zal worden ingezet volgens de voorgestelde schuifregels<sup>5</sup>. Hiermee houdt Urk een ambulancepost die zwaar telt in de schuifregels vanwege de langere rijtijd naar het ziekenhuis en wordt daarmee beschikbaar voor een grotere groep inwoners van cluster Noord. Zo wordt ook tegemoet gekomen aan het belang dat een professionele afweging ten grondslag moet liggen aan de inzet van een ambulance. Die afweging ligt bij de meldkamer centralisten die het overzicht hebben en de per definitie schaarse ambulancecapaciteit goed moeten toewijzen over de regio. Ik ben het met de RAV Flevoland eens dat «toewijzing van ambulances over het gebied boven alles een professionele basis moet kennen».

Dit neemt niet weg dat de extra ambulancecapaciteit leegloopuren kent. In 2019 is in Flevoland met alle extra ingezette ambulances een extra beschikbaarheid gerealiseerd van 26.200 uur. Hiervan is circa 3.000 uur besteed aan daadwerkelijk patiëntencontact.<sup>6</sup> Zoveel uur beschikbaar moeten zijn met relatief weinig patiëntencontact kan leiden tot motivatie verlies bij de ambulancezorgprofessionals. Het is daarom goed dat in de evaluatie ook advies is gegeven om te onderzoeken of de extra capaciteit alternatief kan worden ingezet, zonder daarmee de beschikbaarheid van het ambulancepersoneel in geval van een melding in gevaar te brengen. In relatie tot dit advies werken de huisartsenpost van Medrie en de RAV aan de gezamenlijke inzet van Verpleegkundig Specialisten. Ook een project zorgcoördinatie, waarvan de start dit najaar is gepland, beoogt betere zorg en efficiënte inzet van ambulancepersoneel.

De adviezen met betrekking tot de ambulancecapaciteit hebben ook nog een technisch aspect, daar waar het gaat om de aansluiting bij de capaciteitsberekening van het Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid Ambulancezorg 2020 (referentiekader) en de geconstateerde krapte voor Flevoland door een beperkte meervoudige dekking in de capaciteitsberekening. Dit najaar wordt door het RIVM het referentiekader 2020 doorgerekend met de ambulanceritstatistieken van 2019. Hieruit zal blijken hoe de uitbreiding van de capaciteit in Flevoland in 2019 zijn weerslag vindt in de capaciteitsberekening van het referentiekader 2020. Daarnaast is in het actieplan ambulancezorg afgesproken om te onderzoeken of het huidige referentiekader kan worden verbeterd, onder andere op het punt van de enkele en meervoudige dekking. Het onderzoek van het RIVM is afgerond en zal spoedig, samen met een besluit over een

<sup>5</sup> Schuifregels ondersteunen de meldkamer centralist in het schuiven van capaciteit over de regio (Dynamisch Ambulance Management (DAM)). Ambulances staan bij DAM niet vast op een standplaats, maar worden met voorwaarde scheppende ritten continue optimaal gepositioneerd binnen een regio aan de hand van die schuifregels. Hierbij wordt naast de dekkingseis dat 97% van de bevolking tijdig bereikt moet worden, ook rekening gehouden met het risicoprofiel van de regio. Dit betekent dat meer capaciteit wordt toegekend aan die gebieden in de regio waar meer kans is op een incident. Dit kan zijn een agglomeratie maar ook bijvoorbeeld de snelweg waar op bepaalde tijden van de dag veel verkeer en dus een mogelijke kans op incidenten is. Hiermee wordt een deel van het risico op gelijktijdigheid afgedekt. In geval van krapte (er zijn tijdelijk te weinig ambulances beschikbaar) maakt de centralist een afweging waar de op dat moment schaarse ambulance-eenheden het meest optimaal bijdragen aan goede tijdsprestaties. De schuifregels geven hiervoor een goed voorbereid scenario. Maar de centralist kan om goede redenen hier altijd van afwijken. In de regio Flevoland wordt dit proces van schuifregels ondersteund door een algoritme. In dit algoritme wordt aan postcodegebieden waar er een grote kans is op een incident een zwaarder gewicht toegekend. Bijvoorbeeld: de A6 krijgt een zwaarder gewicht tijdens de spitsuren. Almere en Lelystad hebben vanwege de bevolkingsdichtheid al een zwaarder gewicht. Urk krijgt op basis van dit onderzoek eveneens een zwaarder gewicht. Niet vanwege de aanrijtijd (tijdsprestaties) maar vanwege de verwachte rijtijd naar het ziekenhuis als gevolg van zijn excentrische ligging.

<sup>6</sup> Hier zit het aantal extra uren – voor het administratief afwikkelen van een rit, het aan aanvullen en schoonmaken van de ambulance en het weer naar de juiste positie in de regio rijden – niet bij inbegrepen.

verbeterd referentiekader, aan uw Kamer worden aangeboden. Ongeacht of de berekende capaciteit in het referentiekader 2020 voor Flevoland uitkomt op de geadviseerde en gewenste 254 diensten, is het goed om te benoemen dat in de beleidsregels van de NZa voor de ambulancezorg de mogelijkheid bestaat om onder voorwaarden extra capaciteit te contracteren.<sup>7</sup>

*In het voorjaar van 2020 zal ik uw Kamer informeren over de voortgang die is gemaakt met het overleg aan de zorgtafel in Flevoland.*

Zoals ik uw Kamer heb toegezegd zou ik u nader informeren over de voortgang van de Zorgtafel Flevoland. In Flevoland werken zorgverleners, patiëntenorganisaties, brancheorganisaties, gemeenten, provincie en zorgverzekeraars sinds 2019 intensief samen aan goede en toegankelijke zorg op de juiste plaats voor de inwoners van de provincie. Dat doen ze via de Zorgtafel Flevoland. Er zijn inmiddels twee Zorgtafels geweest op 22 november 2019 en op 6 maart 2020. De volgende Zorgtafel staat gepland op 26 juni 2020. Leden van deze Zorgtafel zijn de deelnemers van de bestuurlijke werkgroepen zoals die de afgelopen maanden zijn vormgegeven. De Zorgtafel wordt geleid door de onafhankelijke voorzitter. Er zijn naar aanleiding van de Zorgtafel ook drie Voortgangsoverleggen geweest. Op 8 oktober 2019, op 9 december 2019 en op 18 mei 2020. Deelnemers aan dit overleg zijn de NZa, de IGJ, een vertegenwoordiger van het openbaar bestuur, vertegenwoordigers vanuit de patiënten, zorgverzekeraars Zilveren Kruis en VGZ en de onafhankelijk voorzitter van de Zorgtafel. Doel van dit Voortgangsoverleg is om de voortgang en eventuele knelpunten te bespreken.

Op basis van deze overleggen kan worden geconstateerd dat op vrijwel alle punten van de agenda van de zorg in Flevoland acties zijn uitgezet en op sommige onderdelen al zijn afgerond. Dat zijn concrete acties op de thema's acute zorg, geboortezorg en zorg en ondersteuning voor kwetsbare groepen. De corona-crisis heeft echter wel zijn weerslag gehad op sommige punten van de agenda van de zorg in Flevoland. Zo loopt de ontwikkeling van de spoedpoli bijvoorbeeld iets vertraging op omdat de tijd en energie van ziekenhuis Sint Jansdal de afgelopen periode voor een groot deel is uitgegaan naar Corona. Wel is op basis van een evaluatie van de extra inzet van een ambulance op Urk besloten tot het structureel beschikbaar stellen van deze extra capaciteit. Op het gebied van de geboortezorg zijn veel ontwikkelingen te zien. Zo zijn de bestaande samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners in de regio verder verstevigd en is een externe projectleider gestart om verloskundigen in Lelystad te ondersteunen bij het inrichten van toekomstbestendige geboortezorg. De huisartsen in Lelystad zijn gestart met een impactanalyse huisartsenzorg. Het doel is te komen tot toekomstbestendige huisartsenzorg in de regio. Resultaten hiervan zullen worden gepresenteerd aan de Zorgtafel. Daarnaast zijn het ziekenhuis Sint Jansdal, de huisartsen en de VVT-sector aan het bekijken hoe de samenwerking tussen de partijen zo verbeterd kan worden dat de in- en uitstroom van kwetsbare patiënten op een juiste manier georganiseerd kunnen worden. Concrete acties waaraan wordt gedacht is dat huisartsen beter geïnformeerd worden over de beschikbare eerstelijnsbedden bij de VVT-instellingen in de regio en het toevoegen van de expertise van een specialist ouderengeneeskunde aan de huisartsenpost. Door de corona-crisis is een aantal ontwikkelingen, zoals de digitale zorg, in een stroomversnelling geraakt. Daarom wordt op initiatief van de Zorgtafel een inventarisatie uitgevoerd wat nu allemaal is ontwikkeld en hoe initiatieven kunnen worden samengebracht. De gemeenten Noordoostpolder en Urk werken aan een nieuw gezondheidscentrum in Emmeloord. Naast poliklinische zorg, dagverpleging en revalidatie moet in het gezondheidscentrum ook

<sup>7</sup> Middels de budgetparameter «Flexibilisering S&B-vergoeding».



een spoedpost komen voor eenvoudige chirurgie. De betrokken partijen hopen dat het gezondheidscentrum binnen drie jaar gereed is. Kortom, de Zorgtafel is voortvarend aan de slag gegaan de afgelopen maanden en heeft mooie resultaten geboekt.

De Zorgtafel loopt tot oktober 2020. In de regio zal worden gekeken naar een toekomstbestendige structuur voor de Zorgtafel zodat de resultaten vanuit de Zorgtafel kunnen worden geborgd. Het laatste deel van het jaar wordt besteed aan het implementeren van een nieuwe overlegstructuur.

### **Evaluatie Drenthe en Zuidoost-Groningen**

Naar aanleiding van het Dertigledendebat over acute verloskunde in Drenthe en Zuidoost-Groningen op 15 januari jl.<sup>8</sup> heeft uw Kamer de motie van het lid Van den Berg over een evaluatie van de nieuwe situatie in Drenthe en Zuidoost-Groningen<sup>9</sup> aangenomen. In mijn brief van 4 februari jl.<sup>10</sup> heb ik laten weten dat het Acute Zorgnetwerk Noord-Nederland (AZNN, het ROAZ voor Drenthe, Groningen en Friesland), in samenwerking met het Regieteam Zorg voor de Regio en adviesbureau Gupta, een evaluatie zal laten uitvoeren. Deze evaluatie heeft betrekking op de wijzigingen in de acute zorg in Drenthe / Zuidoost-Groningen en de (effecten hiervan op de) toegankelijkheid van de acute zorg in de regio. In deze evaluatie zullen, zo heb ik begrepen, ook de in de motie genoemde onderwerpen – SEH-stops, de aanrijtijden van ambulances en de patiëntenstromen – aan de orde komen. Ik heb uw Kamer in mijn brief van 4 februari jl. laten weten dat deze evaluatie op 25 juni 2020 in het Bestuurlijk ROAZ Noord-Nederland zou worden besproken en dat ik deze evaluatie na ontvangst zou delen met uw Kamer. Het ROAZ heeft zich echter genoodzaakt gezien om dit Bestuurlijk ROAZ te verzetten naar 3 juli aanstaande. De verwachting is dat de evaluatie in dit overleg kan worden vastgesteld, en daarna aan mij kan worden toegezonden. Aangezien het zomerreces van uw Kamer dan al is begonnen, zal ik de evaluatie onmiddellijk na het zomerreces aan uw Kamer toesturen.

De Minister voor Medische Zorg,  
M.J. van Rijn

---

<sup>8</sup> Handelingen II 2019/20, nr. 41, item 7

<sup>9</sup> Kamerstuk 31 016, nr. 273

<sup>10</sup> Kamerstuk 31 016, nr. 279