

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 26 mei 2020 Concept-Uitvoeringsbesluit Wtza, concept-wijziging Bub Wmg, concept-AMvB acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 312).

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,  
Krijger

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>blz.</b>
<b>I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties</b>	<b>2</b>
<b>a. Inleiding</b>	<b>2</b>
<b>b. Concept-Uitvoeringsbesluit Wtza</b>	<b>2</b>
<b>c. Concept-wijziging Bub Wmg</b>	<b>5</b>
<b>d. Concept-AMvB acute zorg</b>	<b>7</b>
<b>II. Reactie van de Minister</b>	<b>11</b>

## **I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**

### **a. Inleiding**

De leden van de **VVD-fractie** hebben kennisgenomen van het concept-besluit, houdende regels ter uitvoering van de Wet toetreding zorgaanbieders (concept-Uitvoeringsbesluit Wtza), de concept-wijziging Bub Wmg (Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg (hierna: Bub Wmg) en het concept-besluit, houdende wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en het Besluit beschikbaarheidbijdrage Wmg in verband met het stellen van eisen omtrent de voorbereiding, beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg (hierna: concept-AMvB acute zorg). Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

De leden van de **CDA-fractie** hebben kennisgenomen van het concept-Uitvoeringsbesluit Wtza, de concept-wijziging Bub Wmg en de concept-AMvB acute zorg. Deze leden hebben hier enkele vragen bij.

De leden van de **D66-fractie** hebben kennisgenomen van het concept-Uitvoeringsbesluit Wtza, de concept-wijziging Bub Wmg en de concept-AMvB acute zorg. Zij hebben in dit verband nog enkele vragen.

De leden van de **SP-fractie** hebben kennisgenomen van het concept-Uitvoeringsbesluit Wtza, de concept-wijziging Bub Wmg en de concept-AMvB acute zorg. Deze leden hebben per conceptbesluit hun vragen opgesteld.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het concept-Uitvoeringsbesluit Wtza. Zij willen de Minister hierover graag op twee punten enkele vragen stellen.

### **b. Concept-Uitvoeringsbesluit Wtza**

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat de door bestaande instellingen reeds verkregen toelating tot de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) van rechtswege wordt omgezet in een Wtza-vergunning, als sprake is van een instelling die over een Wtza-vergunning moet beschikken. Voor andere al bestaande instellingen die over een Wtza-vergunning moeten beschikken (bijvoorbeeld instellingen die van rechtswege waren toegelaten op grond van de WTZi) geldt een overgangstermijn van twee jaar waarbinnen zij de vergunning moeten aanvragen. Genoemde leden vragen de Minister of hij aan kan geven wat het precieze verschil is tussen bovenstaande situaties voor instellingen. Kan de Minister voorts aangeven of in de overgangstermijn van twee jaar de WTZi-vergunning rechtsgeldig blijft? Kan deze vergunning in de overgangstermijn ingetrokken worden? Zo ja, welke consequenties heeft dit voor de aanvraag van een Wtza-vergunning? Hoe wordt na de overgangperiode gecontroleerd of alle instellingen die een

Wtza-vergunning moeten hebben, daadwerkelijk een vergunning hebben aangevraagd?

Voorts lezen de leden van de VVD-fractie dat instellingen die rechtstreeks onder een Minister ressorteren van de vergunningplicht worden uitgezonderd, omdat een vergunning hier niet van toegevoegde waarde wordt geacht. Kan de Minister aangeven wat de onderliggende argumentatie is bij deze stelling?

De leden van de VVD-fractie lezen dat met belangenvereniging Per Saldo is gesproken over een eventuele uitzondering van ouderinitiatieven voor het hebben van een interne toezichthouder. De Minister geeft aan dat voor ouderinitiatieven geen uitzondering wordt gemaakt. Kan hij aangeven in hoeverre Per Saldo zich hierin kan vinden? Hoe verhoudt het aanstellen van een intern toezichthouder voor deze ouderinitiatieven zich tot de administratieve lasten die daarbij komen kijken voor deze initiatieven?

Genoemde leden lezen dat binnen de private instellingen voor forensische zorg er een bijzondere categorie van instellingen is, die bestemd zijn als private instellingen voor de verpleging van ter beschikking gestelden. Deze instellingen zijn niet uitgezonderd van de vergunningplicht, maar wel van de eisen met betrekking tot het intern onafhankelijk toezicht, omdat de Minister van Justitie en Veiligheid bevoegdheden heeft ten aanzien van de *governance*. Kan worden toegelicht welke bevoegdheden de Minister van Justitie en Veiligheid heeft ten aanzien van deze instellingen? Kan voorts worden aangegeven hoe vaak de Minister van J&V in de afgelopen vijf jaar zijn bevoegdheden hieromtrent heeft moeten gebruiken?

Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) adviseert (de verlaging van) de regeldruk beter in kaart te brengen. De exacte besparingen en kosten van dit besluit worden met een extern onderzoek in kaart gebracht. De leden van de VVD-fractie vragen of de Minister kan aangeven op welke termijn de publicatie van dit onderzoek verwacht kan worden.

Geregeld wordt dat de interne toezichthouder uit minimaal drie natuurlijke personen moet bestaan, zo lezen de leden van de VVD-fractie. Een lid van de interne toezichthouder kan zijn functie bij dezelfde instelling in beginsel vier jaar uitoefenen, met éénmaal de mogelijkheid tot verlenging van nogmaals vier jaar. Kan de Minister aangeven of de aanstelling van de drie natuurlijke personen, die samen de interne toezichthouder vormen, synchroon moet lopen? Kan tevens worden aangegeven op welke gronden een lid van de interne toezichthouder uit zijn functie kan worden ontheven?

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat eerstelijns zorgaanbieders met meer dan 25 zorgverleners verplicht worden een interne toezichthouder aan te stellen. De interne toezichthouder moet uit ten minste drie natuurlijke en van de zorgaanbieder onafhankelijke personen bestaan. De leden van de CDA-fractie vragen of bij de berekening van de administratieve lasten de vergoeding voor de leden van de Raad van Toezicht is meegenomen. Zo niet, waarom niet? Worden de kosten die deze wetswijziging met zich mee brengt meegenomen in de tarieven?

De leden van de CDA-fractie constateren dat er verschillende definities van het woord «zorgverlener» worden gebruikt in de concept-AMvB Wtza en in de concept-AMvB Bub Wmg. De Wtza sluit aan bij de definiëring uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), terwijl de AMvB Wmg aansluit bij de Wmg (Wet marktordening gezondheidszorg), maar bepaalde categorieën zorgaanbieders weer uitsluit van de werking van

deze bepaling (onder andere natuurlijke personen die geen zorg doen verlenen en natuurlijke personen die al via de maatschap zorg doen verlenen). De leden van de CDA-fractie vragen waarom niet gekozen is voor een eenduidige definitie van het begrip «zorgaanbieder». Waarom wordt op verschillende wijze onderscheid gemaakt tussen kleine ambulante, kleine intramurale en grote zorgaanbieders? Tenslotte vragen deze leden waarom überhaupt bepaalde categorieën van zorgaanbieders worden uitgesloten.

De leden van de **D66-fractie** constateren met bezorgdheid dat in het voorliggende concept-Uitvoeringsbesluit Wtza geen uitzonderingen zijn opgenomen ten aanzien van ouder-/familie-initiatieven. Genoemde leden maken zich zorgen over de hoge administratieve en financiële lasten die zouden kunnen worden veroorzaakt voor deze initiatieven. Op welke wijze zijn de zorgen van de ouder-/familie-initiatieven concreet betrokken bij de uitwerking van deze AMvB? Welke acties onderneemt de Minister nu om uitvoering te geven aan de motie om onnodige administratieve en financiële lasten te voorkomen, aangezien er geen uitzondering gemaakt wordt?<sup>1</sup> Is de Minister bereid te zoeken naar een alternatieve oplossing die recht doet aan de specifieke situatie van deze instellingen, waarbij ouders zelf al de regie voeren over de zorg van hun kinderen? Welke opties zijn in beeld gebracht voordat is besloten om deze uitzondering niet te maken? Is behalve met Per Saldo ook gesproken met de ouder-/familie-initiatieven zelf?

De leden van de **SP-fractie** hebben per paragraaf de onderstaande vragen en opmerkingen.

### ***Uitzonderingen op de meldplicht, vergunningplicht en eisen bestuursstructuur***

#### ***Meldplicht***

Binnen zes maanden moeten nieuwe zorgaanbieders zich melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De leden van de SP-fractie hebben eerder bij de behandeling in de Tweede Kamer van de wetsvoorstellen aangaande de Wtza hun zorgen hierover geuit.<sup>2</sup> Heeft de Minister nagedacht over aanvullende maatregelen indien blijkt dat de meldplicht onvoldoende werkt? Voorts vragen genoemde leden of de uitbreiding van het personeel bij de IGJ inmiddels gereed is om uitvoering te kunnen geven aan zijn nieuwe aanvullende taken. Kan de Minister daar meer informatie over geven?

#### ***Bestuursstructuur (onafhankelijke interne toezichthouder)***

Een aantal vergunningplichtige instellingen is uitgezonderd van de verplichting tot het aanstellen van een interne toezichthouder omdat het toezicht op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van deze instellingen al op een andere wijze is geborgd dan wel omdat de eisen met betrekking tot de interne toezichthouder als disproportioneel worden beoordeeld. De leden van de SP-fractie vragen wat de Minister verstaat onder «het borgen op een andere wijze».

<sup>1</sup> Kamerstuk 34 767, nr. 52.

<sup>2</sup> Kamerstuk 34 767 Wet toetreding zorgaanbieders en 34 768 Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders.

## ***Categorieën zorgaanbieders die zijn uitgezonderd van de meldplicht, toelatingvergunning en eisen bestuursstructuur***

### ***Adviezen***

#### ***Toezicht- en Handhavingstoets (T&H-toets) IGJ***

De leden van de SP-fractie begrijpen de kritiek van de IGJ dat het aanstellen van een interne toezichthouder met minimaal drie natuurlijke personen voor kleine zorginstellingen niet proportioneel wordt geacht.

De IGJ wijst op de eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om het wettelijke en verplichte interne toezicht te regelen. Genoemde leden vragen welke regels dan wel gelden voor kleine instellingen als zij niet drie natuurlijke personen als toezichthouder hoeven in te zetten. Kan dit nader toegelicht worden?

### ***Artikelsgewijs***

#### ***Artikel 6***

De leden van de SP-fractie lezen dat een interne toezichthouder vier jaar zijn functie kan beoefenen in een instelling met eventuele verlenging tot maximaal acht jaar. Kan de Minister aangeven waarom voor deze termijnen is gekozen?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** zijn teleurgesteld dat de Minister ouderinitiatieven niet wil uitzonderen van de vergunningplicht en de verplichting tot het instellen van een onafhankelijk intern toezichthouder. Deze leden achten het disproportioneel om een vergunningsregime, met weigerings- en intrekingsgronden en verplicht extern toezicht, op te leggen aan ouderinitiatieven. Zij vragen de Minister alsnog alles in het werk te stellen om onnodige administratieve en financiële lasten voor ouderinitiatieven te voorkomen en gebruik te maken van de uitzonderingsmogelijkheid in artikel 4, vijfde lid van de Wtza. Verder wijzen de leden van de ChristenUnie-fractie erop dat de ouders of bestuursleden bij ouderinitiatieven juist het toezicht uitoefenen op de vaak externe zorgleverancier en de besteding van de middelen. Is de Minister het met genoemde leden eens dat zij daar een beter zicht op hebben dan een externe toezichthouder, nog afgezien van de vraag of geschikte toezichthouders gevonden zouden kunnen worden die dat onbezoldigd willen doen?

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn voorts blij met de uitwerking van de nadere regels, bedoeld in het tweede lid van artikel 3, Wtza. Op het punt van de taken en/of bevoegdheden van de interne toezichthouder missen deze leden echter een concretisering. Is de Minister bereid om een nader invulling te geven van de taken en bevoegdheden die een onafhankelijke interne toezichthouder minimaal dient te hebben?

### ***c. Concept-wijziging Bub Wmg***

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat in dit besluit een aantal categorieën van zorgaanbieders wordt uitgezonderd van de in paragraaf 1 van de nota van toelichting genoemde verplichtingen voor een transparante financiële bedrijfsvoering, het gebruik van financiële derivaten en openbare jaarverantwoording. Kan de Minister een inschatting geven van het aantal zorgaanbieders dat onder categorie a valt: zorgaanbieders die uitsluitend zorg verlenen die niet wordt gefinancierd vanuit collectieve middelen?

De leden van de VVD-fractie lezen dat bij de MKB-toets zorgen zijn geuit over de extra lasten met betrekking tot de jaarverantwoordingsplicht. De Minister stelt in zijn reactie dat het lastenvriendelijkere alternatief van het gesprekspanel niet als een voldoende effectief alternatief wordt gezien. Is de Minister voornemens om de lastendruk omtrent de jaarverantwoordingsplicht in de toekomst te evalueren en eventueel aan te passen mocht dit disproportionele situaties met zich meebrengen?

Het ATR heeft bij een eerder concept geadviseerd de wijziging van het Bub Wmg niet in te dienen, omdat een heldere probleemanalyse ontbreekt. In de reactie van de Minister lezen genoemde leden dat het advies van het ATR ter harte is genomen en dat in de toelichting bij het besluit duidelijk is gemaakt waarom de maatregelen noodzakelijk zijn. Kan de Minister aangeven of het ATR ook nog een reactie op de toelichting heeft gegeven? Is het ATR van standpunt veranderd?

De leden van de **CDA-fractie** constateren dat de Wtza «alle» zorgaanbieders verplicht jaarlijks openbaar verantwoording af te leggen over hun financiële bedrijfsvoering, resultaat en vermogen. Het uitgangspunt is dat zorgaanbieders die (deels) met collectieve middelen bekostigd worden, aanspreekbaar moeten zijn op de professionaliteit en de integriteit van hun bedrijfsvoering. Solisten, waarnemers en individuele leden van een maatschap ((kosten)maatschap zelf wel) zijn uitgezonderd van deze verplichting. De leden van de CDA-fractie vragen wie precies vallen onder de definitie van een «solist». Waarom worden solisten, waarnemers en individuele leden van een maatschap uitgezonderd? Hoe wordt geborgd dat ook zij gecontroleerd kunnen worden?

Ter voorbereiding op de jaarverantwoordingsplicht heeft het Ministerie van VWS de zorgverleners bevraagd op de lasten die hieruit voortvloeien. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan aangeven welke informatie dit heeft opgeleverd? Wat is de omvang van deze administratieve lasten?

Ondernemers leveren al fiscale gegevens aan. De leden van de CDA-fractie vragen of onderzocht is op welke manier de overheid intern deze gegevens met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zou kunnen delen om daarmee de integriteit te kunnen toetsen. Waarom wordt ervoor gekozen om dit bij zorgaanbieders te leggen, zeker aangezien het uitgangspunt is dat dezelfde gegevens gebruikt zouden worden?

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister meer informatie kan verstrekken over de inhoud van de financiële jaarverantwoording. Welke gegevens dienen aangeleverd te worden? Dient enkel over Wlz- (Wet langdurige zorg) en Zvw (Zorgverzekeringswet)-zorg gerapporteerd te worden? Of over alle geleverde zorg? Deze leden vragen of de Minister bereid is om met de eerstelijnszorg in gesprek te gaan over de uitwerking van deze verplichting.

Er wordt gesproken over het zoveel mogelijk aansluiten bij bestaande verplichtingen, maar op dit moment is de inhoud van de financiële jaarverantwoording nog niet bekend. De leden van de CDA-fractie vragen wanneer hier meer informatie over komt en of er al meer duidelijkheid is omtrent de uitvoering van de motie-Van den Berg<sup>3</sup> met betrekking tot een eenduidige modeljaarrekening.

---

<sup>3</sup> Kamerstuk 34 747, nr. 47.

De leden van de CDA-fractie vragen of onderscheid gemaakt wordt tussen grote en kleine (eerstelijns) zorgaanbieders. Zo ja, wordt dan aangesloten bij de grens van 25 uit de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) en de bestuursstructuur?

#### **d. Concept-AMvB acute zorg**

De leden van de **VVD-fractie** lezen in de nota van toelichting bij de concept-AMvB acute zorg dat de samenwerking in de regio tot doel heeft (mogelijke) knelpunten in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg te signaleren, te voorkomen dan wel op te lossen. Alle betrokken partijen moeten actief zoeken naar eventuele knelpunten die zich voordoen in de praktijk of die in de toekomst aan de orde kunnen zijn, bijvoorbeeld als gevolg van ontwikkelingen in de vraag naar acute zorg of in het aanbod daarvan. Kan de Minister aangeven of alle betrokken partijen op de hoogte, en doordrongen zijn van hun verantwoordelijkheden?

De leden de VVD-fractie lezen in de passage over de normen voor de acute zorg dat de bereikbaarheidsnormen zodanig zullen worden omschreven dat bij een voorgenomen opschorting of beëindiging van acuut zorgaanbod op een bepaalde locatie door het RIVM een bereikbaarheidsanalyse kan worden gemaakt. In de bereikbaarheidsanalyse wordt omschreven of door de opschorting of sluiting de norm in gevaar komt of dat een naburige zorgaanbieder door de opschorting of sluiting gevoelig wordt voor de norm. Kan de Minister aangeven of bij de omschrijving van de normen nu ook al rekening gehouden wordt met potentiële risico's voor de norm?

Voorts lezen de leden van de VVD-fractie dat het voornemen is om in de ministeriële regeling te bepalen dat zorgaanbieders afspraken moeten maken over het goed functioneren van de afzonderlijke schakels in de keten van de acute zorg, met goede afspraken en een goede afstemming en samenwerking tussen die schakels alsmede met de partijen die onnodige instroom in de keten kunnen beperken of de uitstroom uit de keten kunnen bevorderen. Kan de Minister aangeven wat de vervolgcacties zijn indien zorgaanbieders niet in staat blijken te zijn afspraken hierover vast te leggen?

In de nota van toelichting wordt gesteld dat de bureaus van de traumacentra worden ondersteund door het bureau van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), zo lezen de leden van de VVD-fractie. Het LNAZ wijst er in het kader van de regeldruk op dat nieuwe partijen gaan deelnemen aan het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) en dat van het overleg meer en nieuwe activiteiten worden verwacht, hetgeen zal leiden tot een toename van kosten. Ook de toenemende drukte in de acute zorg vergt extra activiteiten van de ondersteunende bureaus. De NZa doet onderzoek naar de desbetreffende kosten. Kan de Minister aangeven wanneer de resultaten van dit onderzoek verwacht kunnen worden?

De leden van de **CDA-fractie** lezen in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel d van de concept-AMvB acute zorg, dat indien een zorgaanbieder het aanbieden van acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk wil beëindigen of opschorten, dat de colleges van burgemeester en wethouders van de gemeenten in de omgeving vooraf betrokken moeten zijn. Deze leden vragen op welke wijze gemeenten volgens de Minister betrokken moeten worden. Moeten zij bijvoorbeeld tijdig genoeg geïnformeerd worden, zodat zij niet met een reeds genomen en onomkeerbaar besluit geconfronteerd worden? Hebben gemeenten in een dergelijk geval mogelijkheden om de sluiting van acute zorg tegen te

houden? Is de Minister het met de leden van de CDA-fractie eens dat regionale bestuurders niet alleen geïnformeerd, maar ook geconsulteerd moeten worden? Welke stappen moet een aanbieder van acute zorg in een dergelijke situatie in ieder geval doorlopen? Hoe kan gecontroleerd worden dat in het hele proces aan deze vereisten is voldaan?

De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze een aanbieder van acute zorg volgens de Minister in voldoende mate voldoet aan de eis om zich aantoonbaar in te spannen om onzekerheid te voorkomen bij de inwoners uit de omgeving die belang hebben bij de door de zorgaanbieder geboden acute zorg (artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel e, concept-AMvB acute zorg).

De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte waarom een aanbieder van acute zorg die van plan is zijn zorgaanbod te wijzigen, niet ook verplicht wordt om in overleg te gaan met de ketenpartners.

De leden van de **D66-fractie** vinden het goed dat de nieuwe versie van de concept-AMvB acute zorg er nu ligt. Deze leden vinden het van groot belang dat de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg in iedere regio adequaat worden geborgd en dat inwoners, patiënten en andere zorgaanbieders aan de voorkant bij wijzigingen in het aanbod worden betrokken. Wel hebben deze leden nog enkele vragen. Ten eerste over de betrokkenheid van inwoners en patiënten bij de besluitvorming. De Kamer heeft met de motie Slootweg/Raemakers<sup>4</sup> de regering verzocht om wettelijk te borgen dat ook een vertegenwoordiging van burgers en patiënten betrokken wordt bij de planontwikkeling en besluitvorming in het ROAZ over wijzigingen in het regionale medisch zorglandschap. Kan de Minister nader toelichten hoe aan deze motie invulling is gegeven, specifiek in de voorliggende concept-AMvB? Genoemde leden lezen voorts in artikel 8A.4 dat een zorgaanbieder het aanbieden van acute zorg op een bepaalde locatie slechts geheel of gedeeltelijk kan beëindigen of opschorten als de zorgaanbieder zich aantoonbaar inspant om onzekerheid te voorkomen bij de inwoners uit de omgeving die belang hebben bij de door de zorgaanbieder geboden acute zorg. Wat verstaat de Minister hier precies onder? Hoe wordt dit (al dan niet per ministeriële regeling) ingekleurd en wanneer is aan deze inspanningsverplichting voldaan? Deze leden hechten verder veel waarde aan tijdige melding door zorgaanbieders van het voornemen om een deel van de acute zorg niet langer aan te bieden, zodat in de regio kan worden ingespeeld op een verandering in het acute zorglandschap. Gelden op het gebied van tijdige melding harde vereisten voor de verschillende informatieverplichtingen, als neergelegd in artikel 8A.4? Wat is volgens de Minister een redelijke termijn om de daarin genoemde partijen te informeren?

De leden van de D66-fractie lezen daarnaast in artikel 8A.4, tweede lid van de concept-AMvB dat als de normen inzake de bereikbaarheid van de acute zorg in gevaar komen bepaalde zorgaanbieders op verzoek van een zorgverzekeraar de medewerking moeten verlenen die redelijkerwijs kan worden geleverd en die noodzakelijk is voor het door de zorgverzekeraar voldoen aan de zorgplicht. Kan de Minister dit nader toelichten? Wat kan precies door de verzekeraars van deze zorgaanbieders worden geleverd? Is dit een (harde) eis om het acute zorgaanbod te vergroten? Wie toetst of zorgaanbieders hieraan hebben voldaan en hoe?

Het lijkt de leden van de D66-fractie tevens van belang dat de NZa tijdig wordt geïnformeerd over een voorgenomen sluiting van een deel van het aanbod van acute zorg in een regio. Nu begrijpen deze leden dat dit informeren van de NZa zal worden geregeld in regels van de NZa en niet in de voorliggende concept-AMvB. Kan de Minister nader toelichten

<sup>4</sup> Kamerstuk 35 138, nr. 5.



waarom deze keuze – op verzoek van de NZa – is gemaakt? Kan de Minister tevens toelichten hoe deze informatieplicht zal worden vastgelegd in de regels van de NZa? Welke eisen en voorwaarden worden aan de informatieplicht gesteld? Kunnen deze na verloop van tijd worden aangepast, en zo ja, hoe wordt de Kamer daar dan over geïnformeerd? Genoemde leden begrijpen dat ook de verplichting voor het traumacentrum om de NZa te informeren over knelpunten in het aanbod acute zorg in regels van de NZa zal worden vastgelegd. Kan de Minister op dit punt eveneens de hiervoor gestelde vragen beantwoorden? Hoe verhoudt zich dit tot de informatieplicht jegens de IGJ en de zorgverzekeraars, conform artikel 8A.3 van de concept-AMvB?

De leden van de **SP-fractie** menen in het algemeen dat een goede samenwerking in de acute zorg onmisbaar is. Deze leden vinden het een goede zaak dat een AMvB is ontwikkeld om deze goede samenwerking van de acute zorg te organiseren. Deze leden steunen dan ook het principe van een dergelijke AMvB. Over de inhoud hebben zij nog verschillende vragen.

### ***Doel van de AMvB***

Met ingang van 2020 geldt een bereikbaarheidsnorm voor beoordeling van patiënten met een acute psychische zorgvraag. Kan, zo vragen de leden van de SP-fractie, deze bereikbaarheidsnorm nader worden toegelicht inclusief de ervaringen met de norm tot nu toe.

Het bestuur van de veiligheidsregio legt in het beleidsplan de ambities en taken voor de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) vast die gebaseerd zijn op de aanwezige risico's in de veiligheidsregio en de gestelde eisen in het Besluit veiligheidsregio's. Hierbij houdt de GHOR rekening met het in de regio aanwezige en beschikbare aanbod van acute zorg. Wat zijn precies de rol en de verantwoordelijkheid van de GHOR bij signalen van een tekort aan aanbod?

### ***Normen voor acute zorg***

In de voorliggende nota van toelichting lezen de leden van de SP-fractie dat de huisartsenposten (HAP) als norm hebben dat minimaal 90% van de inwoners van het werkgebied van een HAP binnen 30 minuten met de auto bij de HAP moet kunnen zijn. Wat zijn op dit moment precies de resultaten met betrekking tot deze norm? Moet deze norm niet worden aangescherpt aangezien het hier een eerstelijnsvoorziening betreft?

### ***Noodzaak van afstemming, samenwerking en goede afspraken bij acute zorg***

Het doel van het regionaal overleg is geregeld in artikel 8A.2 van de onderhavige concept-AMvB en houdt in: «het maken van zodanige afspraken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg alsmede over de voorbereiding op het verlenen van die zorg dat op doelmatige wijze wordt bevorderd dat een persoon die binnen die regio acute zorg nodig heeft, die zorg tijdig ontvangt van een zorgaanbieder die daarvoor voldoende is toegerust en over de voor die zorg noodzakelijke deskundigheid beschikt». Het is goed dat hier aandacht voor is en dat specifiek aandacht is voor knelpunten. De leden van de SP-fractie vragen echter wel of toegelicht kan worden wat de doelen en verantwoordelijkheden zijn van de betrokkenen voor wat betreft de evaluatie. De leden van het ROAZ maken afspraken met elkaar, maar wat gebeurt er precies als leden van dat netwerk zich niet aan de afspraken houden?

## ***Afspraken over continuïteit van zorg bij plannen om het aanbod van acute zorg te beëindigen of op te schorten***

De netwerken van ketenpartners in de acute zorg maken afspraken over continuïteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg. De leden van de SP-fractie vragen wat partners in dit netwerk precies kunnen doen als één van de partijen besluit niet langer bepaalde acute zorg te leveren. Partijen moeten erbij betrokken worden, maar betekent dit dat zij geen definitieve stem hebben in dit proces? Hoe zit het ermee indien deze specifieke partij de gemaakte afspraken in het netwerk in het besluit niet nakomt? Er moet bij een dergelijk besluit en/of voornemen tot beëindigen of opschorten van acute zorg overleg plaatsvinden. Genoemde leden vragen wat precies de waarde is van een dergelijk overleg. Kan een overleg in de keten een partner «dwingen» alsnog deze acute zorg aan te bieden?

De leden van de SP-fractie lezen dat aangegeven wordt dat het in de overleggen ook kan gaan om randvoorwaardelijke zaken als opleiden. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat afspraken over opleiden in een ander verband worden gemaakt. Hoe gaat dit precies in zijn werk? Welke rol hebben de partijen in de zorgketen bij het opleiden en hoe ver gaat hun macht op dit terrein? Welke afstemming is er met dit andere netwerk?

### ***Regeldruk***

De concept-AMvB acute zorg zal in de praktijk nauwelijks tot een toename van regeldruk leiden, zo wordt gesteld. Alleen in regio's waar bepaalde partijen nog niet altijd aan tafel zitten zal de AMvB wellicht tot een toenemende regeldruk leiden. In dat kader vragen de leden van de SP-fractie in welke regio's het netwerk nog niet volledig is. In welke regio's zijn nog niet alle relevante partijen aangesloten en wanneer zal dit overal geregeld zijn?

### ***Consultatie***

In de nota van toelichting bij de concept-AMvB wordt op verschillende momenten aangegeven dat een onderdeel nog wordt uitgewerkt in een ministeriële regeling. Graag ontvangen de leden van de SP-fractie een volledig overzicht van de nog te ontvangen ministeriële regelingen.

Als de leden van de SP-fractie het goed begrijpen is het mogelijk dat in bepaalde omstandigheden de zorgverzekeraar zijn zorgplicht niet kan voldoen. Over welke situaties in de acute zorg gaat dit? Welke rol en/of taak en/of verantwoordelijkheid hebben zorgverzekeraars precies als een aanbieder van acute zorg in het netwerk besluit dergelijke zorg niet langer te verlenen? Er is gekozen voor een verplichting van zorgaanbieders om, voor zover dit redelijkerwijs van een aanbieder kan worden gevergd, aan de zorgverzekeraar de medewerking te verlenen die noodzakelijk is voor het realiseren van de zorgplicht van de zorgverzekeraar met betrekking tot de bereikbaarheid van de acute zorg. Wat wordt bedoeld met «redelijkerwijs kan worden gevergd», zo vragen de leden van de SP-fractie. Kan een zorgaanbieder gedwongen worden acute zorg aan te bieden? Zo nee, geldt dit ook als daardoor bepaalde normen niet meer worden gehaald? Waar eindigt precies de taak van de zorgaanbieder en waar begint precies de taak van de zorgverzekeraar in het aanbieden van acute zorg?

#### **Artikel 8A.4**

In het eerste lid, onderdeel e, van de concept-AMvB is daarom geregeld dat de betrokken zorgaanbieder zich in geval van voorgenomen (gehele of gedeeltelijke) beëindiging of opschorting van de acute zorg, moet inspannen om onzekerheid onder de inwoners uit de regio te voorkomen over waar zij met hun acute zorgvraag terecht kunnen en of zij tijdig geholpen kunnen worden. Welke maatregelen hiervoor nodig zijn, hangt af van de inhoud en omvang van de voorgenomen opschorting of beëindiging. De leden van de SP-fractie vinden het onvoldoende dat de zorgen van bewoners gehoord worden en er eventueel kan worden aangegeven wat met die opmerkingen is gedaan. Zowel gemeenten als inwoners zouden een doorslaggevende stem moeten hebben in dit proces. Waarom is hier niet voor gekozen, zo vragen genoemde leden.

#### **II. Reactie van de Minister**