

Ministerie van VWS
T.a.v. Minister voor Medische Zorg en Sport
Mevrouw T. van Ark
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Datum: 23 februari 2021
Betreft: Reactie LNAZ op ministeriële regeling acute zorg
Kenmerk: Min.regeling-AZ-210223-1

Geachte mevrouw Van Ark,

Bij deze reageren we graag op de ministeriële regeling acute zorg.

Het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) heeft zich de afgelopen jaren ontwikkeld als het gremium waar partijen elkaar vinden om in gezamenlijkheid de acute zorgketen te verbeteren en de zorgcontinuïteit te borgen. Er wordt in toenemende mate een beroep gedaan op het ROAZ zoals ook duidelijk is geworden tijdens de COVID-crisis waarin we ons nog steeds bevinden.

In zijn algemeenheid zijn wij positief over de inhoud van de ministeriële regeling die op een aantal punten een nadere invulling geeft aan het besluit acute zorg, zoals het functioneren van het regionale overleg acute zorgketen. Belangrijk vinden wij dat er vrijheid blijft om het overleg acute zorgketen regionaal in te vullen, passend bij de dynamiek en behoeften in de regio. Wij hebben een aantal suggesties die we graag mee willen geven.

Het functioneren van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen

1. In artikel 8a wordt omschreven in welke situaties overleg in ROAZ-verband dient plaats te vinden in het geval van een mogelijke gehele of gedeeltelijk beëindiging of opschorting van het aanbod van acute zorg, waarbij er twee uitzonderingssituaties staan beschreven waarin het als disproportioneel wordt gezien dat er een ROAZ bijeen moet komen. Een daarvan is wanneer er sprake is van een afname van minder dan 10% van de behandelcapaciteit. Dit vinden wij een arbitraire grens en ons voorstel is om dit criterium te vervangen voor het criterium dat de zorgcontinuïteit op de betreffende locatie niet in gevaar komt. Voorbeeld: in de zomerperiode gaat de Eerste Hart Hulp van 3 naar 2 bedden vanwege afname van de instroom. Dit betekent een afname van 33%, wat inhoudt dat de beschreven stappen in de ministeriële regeling in gang zouden moeten worden gezet, terwijl de zorg voor de patiënten gewoon geboden kan worden. Daar komt bij dat er in kleinere instellingen of

afdelingen relatief snel sprake zal zijn van sluitingen die meer dan 10% van de behandelcapaciteit bedragen. Het uitgangspunt is wat ons betreft om te handelen vanuit proportionaliteit en wanneer het gaat om sluiting van zorgaanbod dat impact heeft op de omvang van het acute zorgaanbod in de regio. Dit kan binnen ROAZ-verband uitstekend worden ingeschat.

2. Met betrekking tot de zorgaanbieders die standaard worden uitgenodigd voor het ROAZ, pleiten wij ervoor om ook een afvaardiging van de huisartsenzorg in de dagpraktijken op te nemen. Ons inziens is het belangrijk dat er ook een afvaardiging van de huisartsen in de dagpraktijk aansluit bij het ROAZ.
3. Het traumacentrum dient alle zorgverzekeraars over het Regionaal Overleg Acute Zorgketen te informeren.

Dit lijkt ons niet praktisch. Ons voorstel is dat de verzekeraar (of verzekeraars) met het grootste aantal verzekerden in de ROAZ-regio deel uitmaakt van het ROAZ en op zijn beurt de andere zorgverzekeraars informeert. Dit is overeenkomstig de artikelsgewijze toelichting bij artikel 8b, waarin staat dat in de praktijk vooral de zorgverzekeraars met een groter belang in de regio daadwerkelijk aanwezig zijn, hetgeen de slagvaardigheid van het overleg bevordert.

4. De verplichting is opgenomen dat 1) alle zorgaanbieders met meer dan 25 zorgverleners die vallen onder een van de aangewezen categorieën (b t/m f en l t/m p) aanwezig moeten zijn bij het ROAZ en 2) dat zorgaanbieders met 25 of minder zorgverleners zich moeten laten vertegenwoordigen door een andere organisatie die zij machtigen om namens hen afspraken te maken.

We hebben grote vraagtekens bij de haalbaarheid en de mogelijke impact op de slagkracht van het overleg, zowel in de organisatie van volledig mandaat als in de praktische uitvoering wanneer een vaste ROAZ-partner niet kan aansluiten en een vervanger met mandaat aan tafel moet zitten. Op regionaal niveau moet met elkaar bekeken worden hoe de vertegenwoordiging van verschillende organisaties binnen een sector zo goed mogelijk, maar ook pragmatisch en werkbaar, ingericht kan worden. Op deze manier kan ook gebruik worden gemaakt van bestaande (sub)regionale samenwerkingsverbanden.

5. De verplichting is opgenomen dat de DPG, die tevens de leiding heeft over de GHOR in de regio, de gemeentelijke gezondheidsdiensten vertegenwoordigt in het ROAZ. De GGD GHOR-regio's komen niet overeen met de ROAZ-regio's, waardoor het kan voorkomen dat een DPG aan 3 verschillende ROAZ'en zou moeten deel nemen of meerdere DPG'en aan 1 ROAZ. In de praktijk wordt vaak voor een werkwijze gekozen waarbij in de regio alle of een gemandateerde vertegenwoordiging van de DPG'en deelneemt aan het ROAZ. We willen graag vasthouden aan deze werkwijze.

Voorgenomen beëindiging of opschorting

6. In het geval van een opschorting van ten hoogste twee weken of afname van capaciteit van minder dan 10% (wanneer er dus geen ROAZ-bijeenkomst georganiseerd hoeft te worden) moeten colleges van burgemeesters en wethouders van de betrokken gemeenten, en in sommige gevallen de voorzitter van de veiligheidsregio, schriftelijk of elektronisch worden geïnformeerd. Tevens moeten zorgaanbieders ook in deze gevallen burgers informeren via een bericht in de plaatselijke krant én op de website van de zorgaanbieder. Ook de inspectie moet in alle gevallen geïnformeerd worden. Niet geheel duidelijk wordt of ook een continuïteitsplan moet worden opgesteld.

We vinden het schriftelijk informeren van de inspectie, de burgemeesters en wethouders, de burgers en het opstellen van een continuïteitsplan in deze gevallen (een opschorting van ten hoogste twee weken of afname van behandelcapaciteit van minder dan 10%) niet proportioneel. Het levert een bureaucratische last op voor de zorgaanbieder en het kan tevens een hoop onnodige onrust veroorzaken. Het is juist de kracht van het ROAZ om per situatie te beslissen welke vervolgstappen al dan niet genomen moeten worden en proportioneel zijn. Het is overigens ook niet duidelijk in welke situaties de zorgaanbieder naast het college van B&W ook de voorzitter van de veiligheidsregio moet informeren.

7. Over de beëindiging van het acute zorgaanbod wordt in de algemene toelichting (punt 4, op pag. 11 bovenaan) beschreven dat aanbieders verplicht worden melding te doen, óók als de zorgverzekeraar de betrokken zorg niet langer inkoop. Daarmee is het in feite de zorgverzekeraar die het aanbod beëindigt, maar is het de aanbieder die het moet uitleggen. Dit lijkt ons niet redelijk.
8. Vanaf artikel 8g staat omschreven welk besluitvormingsproces een zorgaanbieder met alle betrokkenen moet doorlopen, in geval van een mogelijke gehele of gedeeltelijk beëindiging of opschorting van het aanbod van acute zorg. Dit besluitvormingsproces geldt specifiek voor aanbod van acute zorg in ziekenhuizen, huisartsenposten, beoordelingslocaties acute ggz en dienstapotheken.

Wij vinden dat een zorgvuldig besluitvormingsproces zou moeten gelden voor alle aanbieders die betrokken zijn bij de acute zorg (denk bijvoorbeeld ook aan crisisbedden in de VVT en acute zorg in de wijkverpleging). Dit sluit ook aan bij het doel van de concept AMvB, namelijk het verbreden van de reikwijdte van ROAZ: van een overleg over acute zorg in 'enge zin' naar een overleg dat betrekking heeft op instroom, doorstroom en uitstroom uit de acute zorg. Hierbij geldt dan wel zoals eerder vermeld, dat het dient te gaan om beëindiging of opschorting van zorgaanbod dat impact heeft op de omvang van het acute zorgaanbod in de regio.

Wij merken op dat bovenstaande beschrijving past bij een werkwijze in reguliere omstandigheden. De afgelopen periode heeft ons geleerd dat het bij de (pandemie)crisis van belang is in ROAZ-verband snel te kunnen acteren om de zorgcontinuïteit te borgen. Hierbij wordt op basis van afspraken in de regio gewerkt met gemaandte structuren en kernteams. De besluitkracht en doorzettingsmacht in het ROAZ betreft een aspect dat aandacht behoeft. Hier hebben wij reeds eerder aandacht voor gevraagd.

Tenslotte wordt er in de kosten over regel druk gesproken. Wij signaleren op basis van deze ministeriële regeling een substantiële toename van activiteiten en overleggen. Dit zal leiden tot een toename van de intensiteit en de omvang van het werk van de regionale overleggen acute zorgketen en daarmee ook voor de ondersteunende bureaus. Deze belasting is nu ook al aanwezig vanwege de COVID-pandemie. Wij gaan graag met VWS in overleg over een adequate bekostiging hiervan.

Met vriendelijke groet,


Prof. Dr. E.J. Kuipers
Voorzitter Landelijk Netwerk Acute Zorg