

Vergaderjaar 2023–2024

29 247

Acute zorg

Nr. 432

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 december 2023

Op 3 oktober 2022 heeft u van mij de Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg (hierna: beleidsagenda) ontvangen.¹ De kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg zijn niet vanzelfsprekend; de houdbaarheid van de acute zorg staat onder druk. Personeelskrapte in de sector en de toenemende zorgvraag door vergrijzing dwingen ons om na te denken over hoe de acute zorg effectiever en efficiënter in de keten georganiseerd kan worden. Op aangeven van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de beleidsagenda zijn partijen met deze opdracht aan het werk gegaan. Zo hebben de Regionaal Overleggen Acute Zorgketen (hierna: ROAZ) allemaal een beeld opgeleverd, aan de hand waarvan zij nu concrete plannen kunnen maken voor de herinrichting van de acute zorgketen, om de kwaliteit en toegankelijkheid ook in de toekomst te kunnen borgen. Daarnaast zijn ook de gesprekken over de governance van het ROAZ en de positionering van de voorzitter van het ROAZ gestart.

Ik heb u in de beleidsagenda toegezegd u dit najaar te informeren over de uitvoering van deze beleidsagenda. Ik heb u eerder dit jaar geïnformeerd over zaken uit de beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg. Zo heeft u een brief ontvangen over de voortgang omtrent zorgcoördinatie², over de ontwikkelingen in het proces rondom het vervangen van de 45-minutennorm en tijdkritische aandoeeningen³ en heb ik u een voortgangsbrief IZA gestuurd.⁴ In de stand van zakenbrief moties en toezeggingen voor het verkiezingsreces 2023⁵ heb ik u geïnformeerd over de ontwikkelingen in de ambulancezorg, waaronder AI in de ambulancezorg. Met deze brief informeer ik u aanvullend hierop over de voortgang van de

¹ Kamerstukken II 2021/22, 29 247, nr. 362.

² Kamerstukken II 2022/23, 29 247, nr. 389.

³ Kamerstukken II 2022/23, 29 247, nr. 395; Kamerstukken II 2023/24, 29 247, nr. 428.

⁴ Kamerstukken II 2023/24, 31 765, nr. 812.

⁵ Kamerstukken II 2023/24, 36 410 XVI, nr. 18.

beleidsagenda, meer specifiek over de stand van zaken ten aanzien van moties en toezeggingen op het gebied van de acute zorg.

In deze brief ga ik per onderwerp in op de voortgang van de moties en toezeggingen.

Moties en toezeggingen over toegankelijkheid van acute zorg en de 45-minutennorm

Uw Kamer heeft een aantal moties aangenomen over de toegankelijkheid van de acute zorg en over de 45-minutennorm voor spoedeisende hulpdiensten (SEH) en afdelingen acute verloskunde. Deze (spreidings)norm regelt dat een SEH of afdeling acute verloskunde niet mag sluiten als hierdoor meer mensen niet binnen 45 minuten na de melding met een ambulance bij een SEH of afdeling acute verloskunde kunnen zijn. Op 16 juni 2023 heb ik een brief aan uw Kamer gestuurd over mijn voornemens om te werken aan een alternatief en het dan vervangen van de 45-minutennorm.⁶ Uw Kamer heeft deze brief controversieel verklaard, dus het demissionaire kabinet neemt geen besluiten over deze norm. Er loopt wel een ambtelijk traject waarin verkennende gesprekken worden gevoerd met onder andere burgers, gemeenten en veldpartijen. Ook worden verschillende varianten van normen in kaart gebracht ter voorbereiding op een nieuw kabinet. Bij dit ambtelijke traject worden de volgende moties betrokken:

- Motie van het lid Bushoff (PvdA) over waarborgen dat bij het uitwerken van alternatieven voor de 45 minutennorm de toegankelijkheid van acute zorg in Nederland niet verslechtert maar verbetert⁷;
- Motie van de leden Van den Berg (CDA) en Ellemeet (GL) over nabijheid en leefbaarheid van een regio meenemen bij het opstellen van de normen voor acute zorg⁸;
- Motie van het lid Van den Berg over behoud van capaciteit van de zorg in de regio door een bottom-upaanpak⁹;
- Motie van het lid Van den Berg over de Kamer voor de begrotingsbehandeling informeren over de uitvoering van de motie van de leden Van den Berg en Ellemeet en de vormgeving van het leefbaarheids criterium¹⁰;
- Motie van het lid Pouw-Verweij (JA21) c.s. over samen met het zorgveld komen tot een duidelijke definitie van termen als SEH, huisartsenpost+ en spoedpost¹¹ en
- Motie van de leden Den Haan (Fractie Den Haan) en Paulusma (D66) over inzetten op communicatie over de ontwikkeling van nieuwe normen voor toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg.¹²

Daarnaast heb ik toegezegd om de rapportage van Zorginstituut Nederland over tijdscritische aandoeningen aan de Kamer te zenden en te bepalen wat nodig is om tot normen voor tijdscritische aandoeningen te komen. Op 25 september 2023 heb ik deze rapportage aan de Tweede Kamer gestuurd.¹³ Het is aan een nieuw kabinet om inhoudelijk te reageren op dit rapport.

⁶ Kamerstukken II 2022/23, 29 247, nr. 395.

⁷ Kamerstukken II, 2022/23, 29 247, nr. 370.

⁸ Kamerstukken II, 2022/23, 29 247, nr. 366.

⁹ Kamerstukken II, 2022/23, 31 765, nr. 679.

¹⁰ Kamerstukken II 2022/23, 29 247, nr. 411.

¹¹ Kamerstukken II, 2022/23, 29 247, nr. 421.

¹² Kamerstukken II, 2022/23, 29 247, nr. 415.

¹³ Kamerstukken II, 2023/24, 29 247, nr. 428.

Toezegging over het advies van Zorginstituut Nederland over de multitraumanorm

Ik heb toegezegd dat ik uw Kamer zou informeren over de manier waarop de aanbevelingen uit het advies van Zorginstituut Nederland over de 90%-norm voor multitraumapatiënten zouden worden opgepakt en over hoe de norm zo snel mogelijk alsnog kan worden gehaald.¹⁴

In het IZA is opgenomen dat zorgaanbieders en zorgprofessionals concrete afspraken maken om ervoor te zorgen dat alle multitraumapatiënten worden behandeld in een level 1 traumacentrum, met de gestelde regionale norm van 90% als absolute ondergrens. Het Zorginstituut heeft in april 2023 het Advies bevordering implementatie multitraumanorm opgeleverd.¹⁵ Op basis van dit advies zijn op de IZA-thematafel samenwerking in de acute zorg werkafspraken gemaakt over welke partij(en) met welke aanbeveling aan de slag gaat. Periodiek wordt door VWS in het kader van de IZA-thematafel een uitvraag gedaan naar de stand van zaken en indien nodig kunnen afspraken op de thematafel worden geagendeerd.

Er zijn werkafspraken gemaakt over het verbeteren van de preklinische triage, bijvoorbeeld de afspraak dat medisch managers ambulancezorg en traumachirurgen structureel gaan samenwerken, onder andere aan het doorontwikkelen van het Landelijk Protocol Ambulancezorg. Ook is een onderzoeksvoorstel ingediend voor het prehospitale lactaatbepaling en andere innovatieve voorspellers. Ten behoeve van het leren en ontwikkelen en het vergroten van draagvlak onderneemt het LNAZ, in samenwerking met de managers van de ROAZ'en en de traumachirurgen actie. De IGJ houdt actief toezicht op de organisatie van de multitraumazorg in regio's. De IGJ bevraagt regio's en individuele ziekenhuizen op de acties die worden ingezet om aan de 90%-norm te voldoen. Wanneer een ziekenhuis niet voldoet aan de volumennorm van minimaal 240 ernstig gewonde multitraumapatiënten per jaar, onderneemt de IGJ gerichte actie richting het ziekenhuis en de betreffende regio. Hiermee beschouw ik de toezegging als afgedaan.

Motie van het lid Den Haan over de trauma triage app

De motie van het lid Den Haan verzoekt de regering te onderzoeken hoe structurele bekostiging geregeld kan worden voor de trauma triage app, zodat de ambulancezorg geen belemmeringen heeft om de app te implementeren en te gebruiken.¹⁶ Het Ministerie van VWS heeft overleggen over de governance en financiering van de trauma triage app en bijbehorende werkwijze gefaciliteerd. Afgesproken is dat een projectteam met onder andere LNAZ, AZN en zorgaanbieders uit een aantal regio's een voorstel uitwerken voor een pilot met de app in een aantal regio's en een aanvraag voorbereiden voor IZA-transformatiemiddelen. Die doen ze in nauw overleg met de zorgverzekeraar, omdat zorgverzekeraars de aanvragen voor transformatiemiddelen beoordelen. Gedurende de pilotfase kan een voorstel voor structurele bekostiging verder worden uitgewerkt. Hiermee beschouw ik de motie van het lid Den Haan als afgedaan.

¹⁴ Kamerstukken II 2022/23, 29 247, nr. 387.

¹⁵ Kamerstukken II 2022/23, 29 247, nr. 387.

¹⁶ Kamerstukken II, 2022/23, 29 247, nr. 416.

Motie van het lid Hijink over onafhankelijk onderzoek bij mogelijke sluitingen

De motie van het lid Hijink (SP) verzoekt te bewerkstelligen dat bij een mogelijke sluiting van een spoedeisende hulppost, acute zorg en/of ic-afdeling, altijd een onafhankelijk onderzoek wordt gedaan naar de effecten op de toekomst van het ziekenhuis, het personeel, omliggende ziekenhuizen en zorgaanbieders, zodat op basis van onafhankelijk onderzoek een besluit kan worden genomen door betrokken partijen.¹⁷ In het debat met uw Kamer van 22 juni jl. (Handelingen II 2022/23, nr. 97, items 6 en 12) zijn vervolgens diverse moties ingediend over de betrokkenheid van burgers, lokaal bestuur en zorgprofessionals bij de besluitvorming over het aanbod van acute zorg.¹⁸

Hierbij informeer ik uw Kamer over de wijze van uitvoering van deze moties in samenhang. Ze hebben immers alle betrekking op het proces van besluitvorming over de eventuele sluiting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie.

Uitgangspunten voor de huidige praktijk van besluitvorming over het aanbod van zorg

Allereerst wil ik benadrukken dat de raad van bestuur van een zorgaanbieder verantwoordelijk is voor goede zorg voor patiënten, een veilig werkklimaat voor werknemers en de eigen bedrijfsvoering. Als overheid kunnen we normen stellen en stimuleren dat kwaliteitskaders tot stand komen. De zorgverzekeraars baseren hun zorginkoop mede hierop. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt onder andere toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars. De zorgaanbieder beslist binnen de wettelijke en kwaliteitskaders zelf welke zorg zij aanbiedt, ervan uitgaande dat deze zorg ook wordt ingekocht door zorgverzekeraars. Op die manier moet zij invulling geven aan de verschillende verantwoordelijkheden. Verschillende redenen en belangen kunnen hierbij een rol spelen, welke ook financieel van aard kunnen zijn. De zorgaanbieder moet dus zelf afwegingen (kunnen) maken.

Wat er al geregeld is voor besluitvorming over het aanbod van acute zorg

Wanneer een zorgaanbieder het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk gaat beëindigen of opschorten, bestaan in de huidige praktijk een aantal waarborgen zodat besluiten zorgvuldig worden genomen. Deze houden in dat de zorgaanbieder de IGJ over de voornemens informeert, een bereikbaarheidsanalyse vraagt bij het RIVM, het traumacentrum informeert, een bijeenkomst organiseert voor gemeenten en voor inwoners en een continuïteitsplan opstelt, waarvan het concept wordt gedeeld met de IGJ, het traumacentrum, de belanghebbende zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het traumacentrum organiseert een Regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ). De IGJ houdt hier

¹⁷ Kamerstukken II, 2022/23, 29 247, nr. 372.

¹⁸ Het gaat om de moties:

- Kamerstuk 29 247, nr. 403, Vd Plas, in gesprek met VNG over betrokkenheid gemeenten bij ROAZ;
- Kamerstuk 29 247, nr. 404, Vd Plas, betrokkenheid verloskundigen en evaluatie amvb;
- Kamerstuk 29 247, nr. 410, Vd Berg en Bushoff, betrokkenheid patiëntenvertegenwoordiger en professionals bij ROAZ en verduidelijking rol DPG;
- Kamerstuk 29 247, nr. 413, Westerveld en Tielen, inhoudelijk gemotiveerd afwijken, eisen aan reactie zorgaanbieders;
- Kamerstuk 29 247, nr. 419, Drost en Tielen, aandacht bij sluitingen voor behoud personeel.

onafhankelijk toezicht op.¹⁹ De grootste zorgverzekeraar in de regio moet de NZa vroegtijdig informeren als er een gerede kans bestaat dat het aanbod van acute zorg (tijdelijk) geheel of gedeeltelijk zal worden gesloten. Het traumacentrum moet de NZa zo snel mogelijk informeren als knelpunten in de regio in het ROAZ niet worden opgelost. De zorgverzekeraar moet voldoen aan zijn zorgplicht en de NZa houdt onafhankelijk toezicht op de naleving van die zorgplicht.

Wat ik wil versterken

Er zijn dus al veel waarborgen gecreëerd voor een goed proces van besluitvorming over het aanbod van acute zorg. Op een aantal punten wil ik nog beter borgen dat een zorgaanbieder bij zijn keuzes maatschappelijke belangen meeweegt. Het gaat hierbij onder andere om de aspecten die in de genoemde motie van het lid Hijink worden genoemd: de effecten op het personeel en op de omliggende ziekenhuizen en zorgaanbieders. Ook gaat het om het meewegen van het perspectief van professionals en burgers/patiënten en de inbreng van lokaal bestuur, zoals genoemd in de moties die op 22 juni jl. zijn ingediend.

Ten eerste kan ik aan de bestaande context toevoegen dat de IGJ en de NZa, als zij worden geïnformeerd over mogelijke sluitingen van het aanbod van acute zorg in ziekenhuizen, altijd nagaan of de AMvB wordt gevolgd en of zorgverzekeraars voldoende betrokken zijn. De zorg aan patiënten moet geborgd zijn, de bereikbaarheidsanalyse van het RIVM en het continuïteitsplan worden bestudeerd en getoetst op samenwerkingsafspraken in de regio. De IGJ en de NZa doen dit daar waar nodig in overleg met elkaar. IGJ en NZa hebben dan ook in alle recente casuïstiek, dan heb ik het over het Zuyderland ziekenhuis in Heerlen, het Gelre ziekenhuis in Zutphen en het HagaZiekenhuis Zoetermeer, hun toezichthoudende taken uitgeoefend en de situatie beoordeeld op risico's. In de recente praktijk heeft toezicht door de IGJ en NZa bij sluiting van acute (ziekenhuis)zorg dus altijd al plaatsgevonden.

Ten tweede vraag ik de ROAZ-en om in de afspraken die worden gemaakt bij een eventuele sluiting van het aanbod van acute zorg expliciet aandacht te besteden aan de toegankelijkheid van de acute zorg en het behoud van medewerkers in de betreffende regio. In het ROAZ worden alle relevante aspecten bekeken en goed gewogen. Dat geldt zeker ook voor de in de motie van het lid Hijink genoemde aspecten van de effecten op andere ziekenhuizen en zorgaanbieders en het personeel. Ook in de motie van de leden Drost (CU) en Tielens (VVD)²⁰ waarop ik ook elders in deze brief inga, wordt aandacht gevraagd voor het behoud van personeel voor de zorg bij het eventueel sluiten van het aanbod van acute zorg. Mede gezien de krapte op de arbeidsmarkt ga ik ervan uit dat een zorgaanbieder die overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te sluiten, dit betreft in zijn afwegingen. Dat is ook een kwestie van goed werkgeverschap. Ik zal met het LNAZ en de partijen van de IZA-thematafel Samenwerking in de acute zorg bespreken of bij een volgende gelegenheid dit aspect wordt meegenomen in de criteria voor de ROAZ-plannen. Zonder goede afspraken over de effecten op andere zorgaanbieders en personeel kunnen de kwaliteit en de continuïteit van de zorg niet geborgd worden.

Ten derde ga ik mede in het licht van de verschillende moties die op 22 juni jl. zijn ingediend, verder bevorderen dat in de regio het goede

¹⁹ De exacte verplichtingen staan in het Uitvoeringsbesluit en de Uitvoeringsregeling Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), hierna naar verwezen als: AMvB acute zorg.

²⁰ Kamerstukken II, 2022/23, 29 247, nr. 419.

gesprek wordt gevoerd met belanghebbenden. Ik kan mij goed voorstellen dat veranderingen in het (acute) zorglandschap voor patiënten, inwoners en lokale bestuurders leiden tot vragen en zorgen. Deze zorgen begrijp ik ook. De aanwezigheid en met name de nabijheid van voorzieningen zoals een ziekenhuis is voor veel inwoners van invloed op de ervaren leefbaarheid van een regio. Daarom moet in de regio ook het goede gesprek gevoerd worden over het aanbod van acute zorg. Professionals, inwoners en lokale bestuurders moeten daarbij goed en tijdig betrokken zijn in een transparant proces.

In het kader van de Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg en het IZA heb ik onder IZA-partijen een uitvraag gedaan naar de governance van het ROAZ. In deze uitvraag komt ook de inbreng van burgers, lokaal bestuur en professionals bij besluiten over acute zorg aan de orde. De IZA-partijen hebben tot begin november de tijd gehad om te reageren op deze uitvraag. Momenteel ben ik de input aan het analyseren. Daarnaast vinden gesprekken plaats met onder andere het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, GGD GHOR Nederland, Zorgbelang, Mind, de Nederlandse Patiëntenfederatie, gemeenten en een provincie. Uit deze gesprekken haal ik dat er echt behoefte is aan niet vrijblijvende duiding van hoe partijen zo goed mogelijk met elkaar omgaan bij besluitvorming over het aanbod van acute zorg. Ik ga daarom bezien hoe voor het gesprek in de regio een handreiking kan worden gemaakt met betrokken partijen. Een dergelijke handreiking kan praktische handvatten of voorbeelden bieden voor het gesprek tussen zorgaanbieders en belanghebbenden, met behoud van ieders verantwoordelijkheid. Ziekenhuizen kunnen bijvoorbeeld zelf externe onderzoeken laten doen of procesbegeleiding inschakelen om besluitvorming over een eventuele sluiting goed te laten verlopen. Met een handreiking kan beter dan in regelgeving rekening worden gehouden met het feit dat de omstandigheden, de urgentie van eventuele wijzigingen in het aanbod van acute zorg en de belanghebbenden telkens anders zijn. Ik zal u hier in het eerste kwartaal van 2024 over informeren.

Een overzicht van alle mogelijkheden die ik heb onderzocht in het kader van de uitvoering van de motie van het lid Hijink is te vinden in de bijlage bij deze brief. Hiermee beschouw ik de motie van het lid Hijink als afgedaan.

Moties van de leden Van der Plas en Van den Berg en Bushoff over betrokkenheid van professionals

Het lid Van der Plas (BBB) heeft een motie ingediend over betrokkenheid van professionals bij een eventuele sluiting van een afdeling acute verloskunde. Mevrouw Van der Plas vraagt de AMvB acute zorg te evalueren op het punt van inspraak van direct betrokkenen zoals verloskundigen.²¹ In het debat van 22 juni heb ik aangegeven dit te willen betrekken bij een reguliere evaluatie van de AMvB acute zorg. Deze AMvB is pas per 1 januari 2022 in werking getreden. Voor een reguliere evaluatie is het nu te vroeg. De leden Van den Berg en Bushoff hebben in een motie verzocht te borgen dat professionals, zoals verpleegkundigen en verzorgenden, betrokken worden bij het ROAZ bijvoorbeeld in de werkgroepen.²² Zoals ik hierboven aangaf komt in het kader van de verkenning die ik doe naar de governance van het ROAZ de betrokkenheid van professionals aan bod en zal ik u in het eerste kwartaal van 2024 informeren over de uitkomsten van deze verkenning.

²¹ Kamerstukken II, 2022/23, 29 247, nr. 404.

²² Kamerstukken II, 2022/23, 29 247, nr. 410.

Moties van de leden Van der Plas en Van den Berg en Bushoff over betrokkenheid van gemeenten en directeur publieke gezondheid

Het lid Van der Plas heeft tevens een motie ingediend waarin zij vraagt om in gesprek te gaan met de VNG om te kijken hoe gemeenten beter betrokken kunnen worden bij het ROAZ.²³ De eerder genoemde motie van de leden Van den Berg en Bushoff verzoekt te verduidelijken dat de directeur publieke gezondheid (DPG) informatie uit mag wisselen met het college van B&W en het standpunt vanuit gemeenten mag inbrengen en verzoekt hierover helder te communiceren richting de ROAZ'en. Tijdens het debat van 22 juni jl. heb ik gezegd dat ik de DPG zie als de vertegenwoordiger van de gemeenten in de (veiligheids)regio. De DPG kijkt naar het belang van de burger en van de publieke gezondheid. Ik heb aangegeven te willen bezien of de verantwoordelijkheden van de DPG helderder omschreven kunnen worden zodat ook voor gemeenten duidelijk is wat zij van de DPG kunnen verwachten. De rol van gemeenten, de voorzitter van de veiligheidsregio en de DPG komt aan de orde in de bovengenoemde verkenning naar de governance van het ROAZ. VNG en GGD GHOR Nederland hebben langs deze weg gelegenheid gekregen om mee te denken over betrokkenheid van gemeenten en DPG bij eventuele plannen om het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te sluiten. Ook langs andere wegen ben ik in gesprek met de VNG en GGD GHOR Nederland.

Voorop staat dat ik van zorgaanbieders verwacht dat zij het gesprek met gemeenten niet zien als een af te vinken actie, maar daadwerkelijk tijdig luisteren naar hun zorgen en die in hun afwegingen betrekken. Gemeenten kunnen ook het initiatief nemen om de voorzitter van het ROAZ of de directeur publieke gezondheid uit te nodigen voor een overleg. In de eerder genoemde handreiking, waarover ik u in het eerste kwartaal van 2024 zal informeren, kunnen dergelijke mogelijkheden nader worden geconcretiseerd en ter inspiratie dienen.

Motie van de leden Van den Berg en Bushoff over een patiëntenvertegenwoordiger in het ROAZ

De leden Van den Berg en Bushoff vragen in de genoemde motie tevens om te borgen dat bij ieder ROAZ-overleg een regionale patiëntvertegenwoordiger kan deelnemen. Ook het perspectief van burgers en patiënten komt aan de orde in de verkenning naar de governance van het ROAZ. De Patiëntenfederatie Nederland heeft ook de gelegenheid gehad om op deze uitvraag te reageren. Zoals hierboven aangegeven zal ik u over de uitkomst van deze verkenning in het eerste kwartaal van 2024 informeren.

Om de inbreng van burgers bij wijzigingen en de inrichting van de zorg in de regio te bevorderen en te ondersteunen, start het Ministerie van VWS in 2024 met proeftuinen met «regionale participatiehubs» die proactief zorgen dat patiënten worden betrokken bij regionale «tafels» waar besloten wordt over de regionale zorg. De wens van het Ministerie van VWS is om deze regionale hubs in verbinding te laten staan met onder meer de regionale domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) die worden opgezet ten behoeve van integrale regionale samenwerking die vanuit het IZA wordt nagestreefd. Momenteel wordt nog uitgewerkt wat de rol en taken van deze participatiehubs zullen zijn. Het is goed mogelijk dat ook de ROAZ-en ondersteund kunnen worden bij hun vragen over het betrekken van burgers.

²³ Kamerstukken II, 2022/23, 29 247, nr. 403.

Motie van de leden Westerveld en Tielen over inhoudelijke reactie op bezwaren en visies van belanghebbenden

Op 22 juni jl. hebben de leden Westerveld (GL) en Tielen een motie ingediend waarin wordt verzocht vast te leggen dat zorgaanbieders inhoudelijk gemotiveerd op aangedragen bezwaren en naar voren gebrachte visies afzonderlijk moeten reageren.²⁴ Daarnaast wordt verzocht, indien er een negatief advies komt, een vervolgoverleg te verplichten en minimumvereisten te formuleren waar de reactie van zorgaanbieders aan moet voldoen. Tijdens het debat gaf ik aan dat ik beluister dat de inspanningen van zorgaanbieders om inwoners en lokaal bestuur te betrekken bij besluiten over het aanbod van acute zorg en de beleving daarvan bij die partijen uiteenloopt. Daarom ga ik ook bezien of in de genoemde handreiking waarover u in het eerste kwartaal van 2024 wordt geïnformeerd op dit punt een verduidelijking kan worden aangebracht.

Motie van de leden Dijk, Van den Berg en Bushoff over financiering van de spoedeisende zorg meer op basis van beschikbaarheid

De leden Dijk (SP), Van den Berg en Bushoff hebben op 26 oktober jl. een motie ingediend waarin het kabinet wordt verzocht om stappen te zetten om de spoedeisende zorg meer te financieren op basis van beschikbaarheid.²⁵ Ik heb de NZa om advies gevraagd over de bekostiging van de acute zorg. De bekostiging van de spoedeisende hulp zal een belangrijk onderdeel vormen van dit advies. Het advies ontvang ik een dezer dagen. Ik zal u het advies zo snel mogelijk na het Kerstreces toezenden. De opvolging van het advies en de verdere uitvoering van de motie laat ik aan een volgend kabinet.

Motie van het lid van Tielen over het stimuleren van regionale samenwerking tussen ziekenhuizen

De motie van het lid van Tielen verzoekt de regering om met zorgverzekeraars te overleggen op welke manier regionale samenwerking tussen ziekenhuizen sterker gestimuleerd kan worden teneinde kwaliteit, toegankelijkheid en personele beschikbaarheid van acute zorg te kunnen waarborgen. Naar aanleiding van deze motie heb ik gesproken met Zorgverzekeraars Nederland over het stimuleren van deze samenwerking. De ROAZ-plannen, waar op dit moment in elke regio aan wordt gewerkt, zijn hiervoor de belangrijkste route. In de ROAZ-plannen bepalen partijen wat de belangrijkste transformatieopgaven in de regio zijn om de toegankelijkheid, bereikbaarheid en kwaliteit van de acute zorg duurzaam te borgen en maken de ROAZ-partijen niet vrijblijvende afspraken over hoe deze opgaven worden aangepakt. Onderwerpen die in ieder geval terug moeten komen in deze plannen zijn onder andere het verstevigen van de samenwerking in de gehele acute zorgketen, differentiatie, spreiding en concentratie van acute zorg en gezamenlijke voorzieningen in de keten. De marktleider zorgverzekeraars is samen met de voorzitter van het ROAZ de initiatiefnemer van het opstellen van de ROAZ-plannen. Alle zorgverzekeraars zijn nauw betrokken bij het opstellen van de ROAZ-plannen en stimuleren daarbij onder andere de samenwerking tussen ziekenhuizen die nodig is om de knelpunten in een regio aan te pakken. De deadline van de ROAZ-plannen is eind 2023. De NZa zal vervolgens in de eerste helft van 2024 een rode-dradenanalyse maken van de ROAZ-plannen waarin zij toetsen of met de plannen de knelpunten in

²⁴ Kamerstukken II, 2022/23, 29 247, nr. 413.

²⁵ Kamerstukken II, 2023/24, 31 016, nr. 356.

de toegankelijkheid van de acute zorg worden aangepakt. Hiermee beschouw ik de motie van het lid Tielen als afgedaan.

Motie van de leden Drost en Tielen over behoud van personeel bij sluiten van acute zorg voorzieningen

Op 22 juni jl. hebben de leden Drost en Tielen een motie ingediend waarin zij verzoeken aan de ROAZ-en te vragen om als acute zorg sluit ook aandacht te besteden aan het behoud van personeel voor de zorg.²⁶ Mede gezien de krapte op de arbeidsmarkt ga ik ervan uit dat ook een zorgaanbieder die overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te sluiten, dit betreft in zijn afwegingen. Dat is ook een kwestie van goed werkgeverschap. Ik zal met het LNAZ en de partijen van de IZA-thematafel Samenwerking in de acute zorg bespreken of bij een volgende gelegenheid dit aspect wordt meegenomen in de criteria voor de ROAZ-plannen. Ik zal ook bezien of het wenselijk is op dit punt een eis te stellen aan het continuïteitsplan. Ik zal u hierover in het eerste kwartaal van 2024 informeren in het kader van de genoemde handreiking.

Motie van de leden Drost en Westerveld over het bespreken van het belang van praktische bereikbaarheid van het ziekenhuis in Zutphen

De aangenomen motie van de leden Drost en Westerveld verzoekt de regering om met partijen in de regio het belang van de praktische bereikbaarheid van het ziekenhuis in Zutphen te bespreken, en te benadrukken dat bij een eventuele sluiting van de SEH in Zutphen de uitwijklocatie goed bereikbaar moet zijn met het openbaar vervoer.²⁷

In de zomer van 2023 zijn de plannen voor de locatieprofielen van Gelre Ziekenhuizen verder uitgewerkt, inclusief de plannen voor de spoedzorg in Zutphen.²⁸ De spoedeisende hulp (SEH) op de locatie Zutphen zal niet sluiten, deze wordt echter wel anders ingericht. Voor laagcomplexere spoedeisende zorg kan men op dit moment nog op alle momenten terecht op de SEH. Vanaf eind van dit jaar (2023) kunnen patiënten voor spoedzorg 7 dagen per week, tussen 8.00 en 21.00 uur terecht op de SEH-voorziening in Zutphen. In de avond en nacht, tussen 21.00 tot 8.00 uur, 7 dagen per week, wordt er basis-spoedzorg verleend in samenwerking met de huisartsen op het nieuw ingerichte spoedplein. Mocht (hoog)complexere spoedzorg noodzakelijk zijn, dan bestaat er de mogelijkheid om de patiënt met een ambulance, na stabilisatie, over te plaatsen naar de locatie van Gelre Ziekenhuizen in Apeldoorn. Om de capaciteit te waarborgen, gaat er een extra ambulance rijden tussen de locaties Apeldoorn en Zutphen.

De locatie in Apeldoorn geldt als de voornaamste uitwijklocatie voor de locatie van Gelre Ziekenhuizen in Zutphen. Andere locaties waarnaar uitgeweken kan worden zijn de ziekenhuizen in Deventer, Doetinchem en Arnhem. De bereikbaarheid van deze locaties is vergelijkbaar met Apeldoorn, en ze kennen allemaal een adequate verbinding met het openbaar vervoer. Daarnaast biedt de Provincie Gelderland de dienst van de HaltetaxiRRReis. Deze dienst biedt reizigers woonachtig in gebieden met minder reguliere toegang tot het openbaar vervoer een alternatief om toch naar ziekenhuislocaties te reizen.

²⁶ Kamerstukken II, 2022/23, 29 247, nr. 419.

²⁷ Kamerstukken II, 2022/23, 29 247, nr. 420.

²⁸ <https://www.gelreziekenhuizen.nl/over-ons/nieuws/bericht/plannen-locatieprofielen-verder-uitgewerkt/>.

In algemene zin ben ik van harte bereid om samen met de relevante partijen in gesprek te gaan over het belang van de bereikbaarheid van ziekenhuisvoorzieningen, in het bijzonder de locatie van Gelre Ziekenhuizen in Zutphen, met het openbaar vervoer. Daartoe is ook op ambtelijk niveau overleg geweest met het Ministerie van I&W, en met de Provincie Gelderland, beide beleidsinhoudelijk verantwoordelijk voor regionale bereikbaarheid en het openbaar vervoer. Vanuit de Ministeries van VWS en BZK zal op (hoog)ambtelijk niveau met de Provinciale Staten van Gelderland het gesprek worden aangegaan, in eerste instantie over het belang van de betrokkenheid van het lokaal bestuur en hoe deze betrokkenheid beter geborgd zou kunnen worden, gegeven de verschillende verantwoordelijkheden voor de zorg in de regio en het belang van zowel kwaliteit als toegankelijkheid van de zorg. Tijdens dit gesprek zal ook het belang van goede bereikbaarheid van ziekenhuisvoorzieningen met het openbaar vervoer onderwerp van gesprek zijn. Hiermee beschouw ik de motie van de leden Drost en Westerveld als afgedaan.

Motie van het lid Dijk over behoud van een volwaardig ziekenhuis in Heerlen

De motie van het lid Dijk²⁹ verzoekt de regering om zich er zo veel mogelijk voor in te zetten om ervoor te zorgen dat Heerlen een volwaardig ziekenhuis behoudt. Ik heb eerder aangegeven dat het niet aan mij is om een definitie te maken van wat een «volwaardig ziekenhuis» is en om iets te doen aan welke zorg het betreffende ziekenhuis op welke locatie levert, los van alle voorwaarden die daaraan gesteld zijn in de AMvB acute zorg. Daarom zal ik er bij partijen op blijven aandringen om het proces bij wijzigingen in het acute zorgaanbod zo zorgvuldig mogelijk te doorlopen via de procedure die is opgenomen in de AMvB acute zorg zodat partijen elkaar goed en tijdig betrekken.

In dat kader juich ik toe dat het Zuyderland ziekenhuis met de preferente zorgverzekeraar CZ een brede verkenning is gestart om duidelijk te krijgen wat nodig is om de kracht van de regio en de gezondheid van de burgers te versterken. Daartoe is inmiddels ook een regietafel ingericht waarin naast het ziekenhuis en de preferente zorgverzekeraar (CZ) ook huisartsen, ambulancezorg en Burgerkracht Limburg zitting hebben. Mevrouw Bouwmeester gaat als onafhankelijk voorzitter van deze regietafel de gesprekken tussen de genoemde partijen begeleiden. Naast de deelnemers van de regietafel zullen ook de gemeenten en de provincie deelnemen aan de gesprekken.

Deze verkenning kan niet los gezien worden van de stappen die er binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA) reeds gezet zijn en worden. Tegelijkertijd bieden de gesprekken de mogelijkheid om oplossingen vanuit andere domeinen aan te reiken die een bijdrage kunnen leveren aan een integrale oplossing en zo ook zorgen bij inwoners kunnen wegnemen of kwetsbare scenario's. Samen met de IGJ en NZa blijf ik de situatie rond Zuyderland nauw volgen. Hiermee beschouw ik de motie van het lid Dijk als afgedaan.

Motie van het lid Den Haan over het behoud van zorgcoördinatiecentra in de overbruggingsfase

De motie van het lid Den Haan³⁰ verzoekt de regering om de Kamer nader te informeren hoe geborgd wordt dat deze zorgcoördinatiecentra in de overbruggingsfase kunnen blijven bestaan, zodat deze belangrijke infrastructuur niet verloren gaat.

²⁹ Kamerstukken II 2023/24, 31 016, nr. 357.

³⁰ Kamerstukken II, 2022/23, 29 247, nr. 417.

Op verzoek van het ministerie heeft de Nederlandse Zorgautoriteit in september het rapport «Handvatten voor financiering van een zorgcoördinatiecentrum (zcc) per 2024»³¹ uitgebracht, waarin de mogelijkheden uiteengezet worden om zorgcoördinatie te financieren binnen de huidige bekostigingsstructuur. Daarnaast heeft Zorgverzekeraars Nederland toegezegd dat zorgverzekeraars borgen dat de bestaande pilots die passen bij de structurele inrichting van zorgcoördinatie worden meegenomen in de contractering voor 2024. Hiermee beschouw ik de motie van het lid Den Haan als afgedaan.

Grensoverstijgende ambulancezorg

Voor regio's aan de grens bestaat de behoefte bij partijen in de acute zorg om over de landsgrenzen heen samen te werken. In veel regio's zijn bijvoorbeeld al operationele afspraken gemaakt met betrekking tot grensoverstijgende ambulancezorg. Ik zie ook nadrukkelijk de meerwaarde in van dergelijke samenwerkingen. Om partijen hierbij te ondersteunen wordt onder andere een handboek opgesteld door Ambulancezorg Nederland (AZN) voor het maken van afspraken over grensoverstijgend ambulancevervoer. Daarnaast werkt AZN een aantal ervaren knelpunten verder uit, bijvoorbeeld op het gebied van het voeren van optische en geluidssignalen en het vervoer van opiaten over de landsgrenzen. Ik zet me in om met betrokken partners over de grens een bijeenkomst te organiseren rondom deze thema's en om ervaren knelpunten vervolgens zo goed in beeld te brengen. Op 6 december jl. heeft er in Nijmegen een rondetafelbijeenkomst plaatsgevonden, waarbij experts uit

Nederland en de Duitse deelstaat Noordrijn-Westfalen bijeen kwamen om ervaren knelpunten met elkaar te bespreken. Ik ga met AZN in overleg om de knelpunten verder uit te werken en te bespreken hoe deze opgepakt gaan worden.

Motie van de leden Paulusma en Tielen over verkennen actuele medicatieoverzichten onder Wogs

*De motie van de leden Paulusma en Tielen verzoekt de regering «om samen met het veld te verkennen of actuele medicatieoverzichten van patiënten onder de reikwijdte van het aankomende wetsvoorstel om een opt-out in de acute zorg te realiseren, kunnen worden gebracht, zonder vertraging van de voorbereiding van het desbetreffende wetsvoorstel, en de Kamer over de uitkomst te informeren».*³²

De motie is ingediend naar aanleiding van een brief die de NVZ en de Patiëntenfederatie Nederland 21 juni 2023 mede namens de KNMP, NVZA, InEen, NHG, LHV, FMS, ZKN, NFU, de Nederlandse ggz, FNT en RSO Nederland aan de Tweede Kamer hebben verstuurd.³³ De inzet van de brief is om te komen tot een volledig, actueel medicatieoverzicht voor zorgverleners die een patiënt behandelen.

Met uw Kamer en de inbrengers van de brief wordt gedeeld dat het belangrijk is om te komen tot volledige en actuele medicatieoverzichten. Immers, de beschikbaarheid van volledige en actuele medicatieoverzichten draagt bij aan het verbeteren van de kwaliteit en efficiëntie van de zorg, doordat het medicatie-incidenten, onnodige ziekenhuisopnamen en inefficiënte overdracht voorkomt. Om dit te realiseren moeten alle

³¹ Handvatten voor financiering van een zorgcoördinatiecentrum (zcc) per 2024 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

³² Kamerstukken II 2022/23, 29 247, nr. 418.

³³ file (patientenfederatie.nl).

voorgeschreven, verstrekte, toegediende en gebruikte medicatie van een patiënt, maar ook de laboratoriumwaarden en gegevens over contra-indicaties en overgevoeligheden van de patiënt elektronisch opvraagbaar zijn. Onder het huidige recht is veelal toestemming nodig voor het elektronisch opvraagbaar maken van gegevens. Omdat mensen dit niet altijd voor al hun medicatiegegevens geven, ontstaan geen volledige en actuele medicatieoverzichten. Het gebrek aan actuele en volledige gegevens veroorzaakt risico's voor met name kwetsbare patiënten. Het hindert veilige zorg. Daarnaast kost het gebrek aan overzicht onnodig veel tijd en energie om gegevens te achterhalen.

Het belang van de directe beschikbaarheid van volledige en actuele medicatieoverzichten geldt voor geplande, maar uiteraard ook voor spoedeisende zorg. Er is echter een aantal redenen om actuele medicatieoverzichten niet onder het Wetsvoorstel opvraagbaarheid gegevens voor spoedeisende zorg (hierna: Wogs) te brengen, maar in plaats daarvan in te zetten op een zorgbrede heroriëntatie van de grondslagen voor actuele medicatieoverzichten. Hieronder wordt dit nader toegelicht. Overigens ben ik voornemens om de medicatiegegevens die nu al in het medisch dossier van de huisarts aanwezig zijn en op grond van de richtlijn Gegevensuitwisseling Acute zorg³⁴ en Gegevensuitwisseling huisarts en huisartsenpost³⁵ opgevraagd moeten kunnen worden voor goede zorg, wel binnen bereik van de Wogs te brengen.

Verkenning

Op basis van uw motie is verkend of medicatieoverzichten onder de reikwijdte van de Wogs kunnen worden gebracht. Ten behoeve van die verkenning heeft een gesprek plaatsgevonden met de Patiëntenfederatie Nederland en is een uitgebreide analyse gemaakt. De conclusie is, zoals gezegd, dat het de voorkeur heeft om actuele medicatieoverzichten niet onder de Wogs te brengen, maar in plaats daarvan in te zetten op een zorgbrede heroriëntatie van de grondslagen voor actuele medicatieoverzichten. De belangrijkste redenen hiervoor zijn:

1. Zorgbrede aanpak nodig voor effecten

Het onderbrengen van actuele medicatieoverzichten onder de Wogs leidt ertoe dat een onderscheid ontstaat tussen het wettelijke regime dat geldt voor het uitwisselen van medicatieoverzichten in de spoedeisende zorg (namelijk: gegevensdeling, tenzij bezwaar) en voor het uitwisselen van medicatieoverzichten in de geplande zorg (namelijk: toestemming).

Betrokken partijen geven echter aan dat om de effecten op kwaliteit en efficiëntie van de zorg te kunnen realiseren de beschikbaarheid van een actueel medicatieoverzicht in den brede – en dus niet enkel voor spoedeisende zorg – nodig is. Het onderscheid dat ontstaat door actuele medicatieoverzichten onder de Wogs te brengen is niet opportuun, omdat de zorgbrede keten nodig is om gezondheidswinst voor de patiënt op te leveren. Want alleen als alle zorgverleners in het netwerk van de patiënt de beschikking hebben over volledig actueel medicatieoverzicht, kan veilige farmaceutische zorg worden geleverd. Dit betekent dat zij de medicatiegegevens, labwaarden en informatie over overgevoeligheden van de patiënt moeten kunnen raadplegen uit de systemen van de andere zorgverleners van de patiënt, bij zijn huisarts, apotheker, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of psychiater. Voor actuele medicatieoverzichten gaat mijn

³⁴ Nederlands Huisartsen Genootschap, *Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg* (2022) Richtlijn-Gegevensuitwisseling-acute-zorg-versie-4-2022.pdf (nictiz.nl).

³⁵ Nederlands Huisartsen Genootschap, *Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en huisartsenpost* (2021), Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts en huisartsenpost (nhg.org).

voorkeur daarom uit naar een heroriëntatie van grondslagen voor zowel spoedeisende als geplande zorg.

2. Haalbaarheid en kosten

Een andere overweging om actuele medicatieoverzichten niet onder de Wogs te brengen, is dat dit waarschijnlijk leidt tot (onnodige) kosten. De oorzaak daarvan is, dat als gegevens onder de Wogs worden gebracht, in ICT-systemen een onderscheid zal moeten worden gemaakt tussen uitwisseling van die gegevens in het kader van spoedeisende zorg en uitwisseling van die gegevens in het kader van geplande zorg.

Zo zal bijvoorbeeld technisch moeten worden geborgd dat gegevens die uitgewisseld worden ten behoeve van spoedeisende zorg niet opgevraagd mogen worden door zorgverleners die geen spoedeisende zorg verlenen. Het aanpassen van ICT-systemen brengt kosten met zich mee. Voor medicatiegegevens is de kans evenwel reëel dat op een later moment ook de grondslagen voor uitwisseling van deze gegevens ten behoeve van geplande zorg aangepast zullen worden. Dit is een reële kans, omdat een deel van de medicatiegegevens onder de concept EHDS-verordening valt (waarbij de EHDS-verordening geen onderscheid maakt tussen spoedeisende als geplande zorg) en omdat dit een mogelijke uitkomst is van de hierboven genoemde zorgbrede heroriëntatie.

Als nu eerst de grondslagen voor uitwisseling van actuele medicatieoverzichten ten behoeve van spoedeisende zorg worden aangepast en op een later moment voor geplande zorg, zijn de kosten voor het aanpassen van ICT-systemen ondoelmatig gemaakt. Dit speelt nadrukkelijk bij actuele medicatieoverzichten, omdat daarbij veel verschillende bronhouders en systemen betrokken zijn en dat dus technisch complex is.

3. Technische randvoorwaarden nog niet gereed

Een andere belangrijke reden om actuele medicatieoverzichten niet onder de Wogs te brengen, is dat de technische randvoorwaarden voor uitwisseling ten behoeve van actuele medicatieoverzichten nog niet op orde zijn. Om tot volledige, actuele medicatieoverzichten te komen is het van belang dat alle medicatiegegevens van een patiënt direct beschikbaar worden gemaakt. Voor veel patiënten staan de medicatiegegevens bij een aantal verschillende bronhouders (zorgaanbieders). Die bronhouders gebruiken veelal verschillende uitwisselingssystemen, die op dit moment nog niet interoperabel zijn. Dit betekent ten eerste dat enkel het aanpassen van grondslagen (door actuele medicatieoverzichten onder de Wogs te brengen) niet zal leiden tot volledige, actuele medicatieoverzichten. Immers, zelfs als juridisch is geregeld dat er (zonder toestemming) uitgewisseld moet worden, zullen de gegevens technisch niet altijd uitgewisseld kunnen worden. Dit betekent ook dat een verplichting om gegevens uit te wisselen volgens het regime onder de Wogs, niet altijd goed uitvoerbaar zal zijn. Wanneer er toch voor wordt gekozen om medicatieoverzichten onder de Wogs te brengen, kan de volledigheid van de overzichten niet worden gegarandeerd. Hierdoor ontstaat een reëel risico op vermijdbare fouten door zorgverleners door het ontbreken van gegevens: zij weten niet welke gegevens missen. Bij medicatieoverzichten is de volledigheid echter van essentieel belang, omdat anders het risico op zorgfouten ontstaat (onvolledige medicatieoverzichten kunnen leiden tot medicatie-incidenten).

4. Uitvoerbaarheid zeggenschap patiënten

Verder spelen uitvoerbaarheidsvraagstukken rondom het uitoefenen van zeggenschap door patiënten een rol. Hierboven is al aangegeven dat voor veel patiënten medicatiegegevens bij verschillende bronhouders staan. Veelal weten patiënten niet waar deze gegevens precies staan en waar ze al dan niet toestemming voor hebben gegeven. Het is

voor patiënten ondoenlijk om dit te achterhalen en aan alle betrokken zorgaanbieders door te geven of ze wel of niet bezwaar willen maken tegen het opvraagbaar maken van gegevens. Dit betekent dat een online toestemmingsvoorziening (hierna: OTV) essentieel is om patiënten regie te laten nemen over hun eigen gegevens. Er wordt hard gewerkt aan de realisering van online toestemmingsvoorzieningen. Zo is afgelopen najaar Mitz in gebruik genomen. Mitz functioneert echter nog niet zorgbreed optimaal. Hierdoor kunnen patiënten op dit moment – zelfs als medicatieoverzichten onder de Wogs worden gebracht – praktisch gezien geen regie voeren over het al dan niet beschikbaar stellen van hun medicatiegegevens.

Stappen om te komen tot volledige, actuele medicatieoverzichten

Hierboven is gewezen op het belang van de technische randvoorwaarden. Aan de realisering van die randvoorwaarden wordt op dit moment hard gewerkt.

Het veld heeft in de kwaliteitsstandaard «Overdracht van medicatiegegevens in de keten»³⁶ afspraken gemaakt over uitwisseling van medicatiegegevens en het actuele medicatieoverzicht. Om deze afspraken te kunnen realiseren moeten de informatiestandaarden (waarin afspraken zijn gemaakt over de techniek) die zijn vastgesteld voor de uitwisseling van medicatiegegevens en het actuele medicatieoverzicht, worden geïmplementeerd. Het gaat daarbij om de informatiestandaarden medicatieproces (MP9)³⁷, lab2zorg³⁸ en contra-indicatie en overgevoeligheden³⁹. Deze informatiestandaarden zijn nog niet (volledig) geïmplementeerd. Sinds oktober 2022 loopt een «kickstart» als belangrijk stap richting de implementatie van de kwaliteitsstandaard Medicatieoverdracht en de informatiestandaard MP9. In deze kickstart worden in een netwerk van zorgverleners in de regio's Friesland en Rotterdam-Rijnmond de technische specificaties getest en wordt verdere opschaling en landelijke uitrol voorbereid.

In het verlengde van deze stappen is ook beoogd om medicatieoverdracht stapsgewijs onder de Wegiz te brengen. Vanaf 2026 zullen medicatiegegevens in het actuele medicatieoverzicht elektronisch interoperabel uitgewisseld kunnen worden in het netwerk van de patiënt, te beginnen met de Kickstart regio's. Later volgt uitbreiding naar meer zorgaanbieders en landelijke opschaling.

Ook worden belangrijke stappen gezet in de verdere ontwikkeling van OTV's. Zoals gezegd, is Mitz afgelopen najaar in gebruik genomen. Zorgaanbieders kunnen en worden nu aangesloten op Mitz en burgers kunnen via www.mijnmitz.nl toestemmingen registreren. Doelstelling is dat alle zorgaanbieders in het kader van het behalen van de IZA-doelstellingen in 2025 aangesloten zijn op Mitz.

Deze inzet en voortgang op de realisering van de technische randvoorwaarden biedt perspectief om te komen tot een zorgbrede heroriëntatie van de grondslagen ten behoeve van de realisering van volledige, actuele medicatieoverzichten. Daarom wordt gestart met het uitwerken van de mogelijkheden om te komen tot een opt-out regeling voor actuele medicatieoverzichten voor zowel geplande als spoedeisende zorg. Hierbij

³⁶ Medicatieoverdracht – Overdracht van medicatiegegevens in de keten | Zorginzicht.

³⁷ Informatiestandaard Medicatieproces – Nictiz.

³⁸ Ontwerp Lab2zorg V3.0.0-beta.2 – informatiestandaarden (nictiz.nl).

³⁹ Contra-indicaties en Overgevoeligheden- kwalificatie en testmateriaal in aanmaak – informatiestandaarden (nictiz.nl).

zullen uiteraard de uitkomsten van de genoemde kickstart, de ontwikkeling van de technische randvoorwaarden en de uitvoerbaarheid (zie hierboven onder de punten 4 en 5) worden betrokken, alsook de aspecten die eerder in de brief van april 2023 over de heroriëntatie grondslagen⁴⁰ zijn benoemd: het maatschappelijk draagvlak en de ontwikkelingen rondom het landelijk dekkend netwerk van infrastructuren voor gegevensuitwisseling in de zorg en de EHDS-verordening.

Conclusie verkenning actuele medicatieoverzichten

Het is belangrijk om te komen tot volledige en actuele medicatieoverzichten. Het heeft echter de voorkeur om medicatieoverzichten niet onder de Wogs te brengen, maar in plaats daarvan in te zetten op het realiseren van de technische randvoorwaarden en te starten met het uitwerken van de mogelijkheden om te komen tot een opt-out regeling voor actuele medicatieoverzichten voor zowel geplande als spoedeisende zorg. Hiermee beschouw ik de motie van de leden Paulusma en Tielen als afgedaan.

Tot slot

Ondanks dat het kabinet een demissionaire status heeft, en er een nieuw kabinet geformeerd moet worden, ligt de voortgang van de beleidsagenda niet stil. De druk op de acute zorg is hoog en alle zorgmedewerkers in de acute zorg blijven dit ervaren. Daarom zijn partijen in de zorg, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, lokale overheden, et cetera, voortdurend met elkaar in gesprek en aan de slag om de acute zorg toekomstbestendig te maken.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers

⁴⁰ Kamerstukken II 2022/23, 27 529, nr. 295.