

ELEKTRONISCH INGEDIEND

Zijne excellentie de heer Bruins
Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

Datum 23 januari 2019
Onze ref. VD/internetconsultatie/
Inzake Consultatie Besluit Acute Zorg Wkkgz

Hooggeachte heer Bruins

Met interesse hebben wij kennisgenomen van de concept AMvB Besluit Acute Zorg Wkkgz ("**Besluit**"). Van Doorne maakt graag gebruik van de gelegenheid om te reageren.

Het Besluit bevat – kernachtig samengevat - verplichtingen tot deelname aan regionaal overleg en het verstrekken van informatie aan stakeholders. Deze zijn thans verspreid in wet- en regelgeving vastgelegd of weliswaar niet gecodificeerd maar – voor veldpartijen – vaak al vanzelfsprekend. Vooropgesteld moet worden dat uw initiatief om voorschriften omtrent de (organisatie van) acute zorg in elke regio vast te leggen in één Besluit duidelijkheid schept voor zorgaanbieders wat van hen wordt verwacht. Dat komt de rechtszekerheid ten goede.

Er is echter een nieuw element in het Besluit dat leidt tot een drietal vragen van onze kant. Dit betreft artikel 8A.4 lid 1 onder b dat luidt:

*"1. Een zorgaanbieder die behoort tot een categorie als bedoeld in artikel 8A.1, onderdelen a, b, d of f, kan het aanbieden van acute zorg op een bepaalde locatie slechts geheel of gedeeltelijk beëindigen of opschorten als de zorgaanbieder: (...)
b. ervoor zorg heeft gedragen dat de bij regeling van Onze Minister omschreven normen niet in gevaar komen;"*

De aanbieders bedoeld onder a, b, d of f, zijn traumacentra, aanbieders van medisch specialistische zorg die ook acute zorg aanbieden, GGZ-instellingen die acute zorg bieden en huisartsenposten.

De wettelijke grondslag voor het Besluit en dus ook dit artikel uit het Besluit is het nog in te voeren artikel 3a Wkkgz dat luidt:

“De zorgaanbieder behorend tot een van de daartoe bij algemene maatregel van bestuur aangewezen categorieën van zorgaanbieders voldoet aan de bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te stellen eisen aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van spoedeisende zorg en de voorbereiding op het verlenen van die zorg die voor verschillende categorieën van aanbieders verschillend kunnen zijn.”

In de toelichting op het Besluit verwijst U voor wat betreft normen die in acht zouden moeten worden genomen, o.a. naar de beschikbaarheidsnormen die thans in de beleidsregels WTZi vastliggen en naar richtlijnen van de LHV. Evenwel is op dit moment niet duidelijk welke normen niet in gevaar zouden mogen komen door een sluitingsbeslissing. Dit moet in een nog op te stellen ministeriele regeling worden vastgelegd.

Wanneer heeft artikel 8A.4 lid 1 onder b van het Besluit toegevoegde waarde?

Artikel 8A.4 lid 1 onder b van het Besluit bevat in potentie een vergaande ingreep in de bedrijfsvoering van een zorgaanbieder en de relevante markten waarop die actief is. Daar komt bij dat deze verplichting nieuw is, waar de rest van het Besluit reeds bestaande of vanzelfsprekende verplichtingen bevat. De toelichting op het Besluit gaat niet in op de vraag waarom ook deze nieuwe, verdergaande verplichting nodig is.

Op grond van artikel 8A.4 lid 1 onder b van het Besluit kan een zorgaanbieder (als bedoeld onder a, b, d of f van het Besluit) verplicht zijn bepaalde acute zorg door te blijven leveren. Dit terwijl er mogelijk goede redenen zijn over te gaan tot (gedeeltelijke) sluiting. Het Besluit bevat in lid 4 van het artikel overigens al de uitzondering dat geen 'doorleverplicht' bestaat als de veiligheid van de zorg of de cliënt wordt bedreigd.

Zeker met het Kwaliteitskader Spoedzorg in aantocht zullen zorgaanbieders komen te staan voor investeringen in acute zorg. Goed mogelijk is dat voor bepaalde zorgaanbieders zal gelden dat bepaalde acute zorg alleen nog verlieslatend kan worden aangeboden of te grote investeringen vergt, zodat voortzetting van deze zorg niet mogelijk is zonder vergaande impact op de rest van de organisatie en de daar aangeboden zorg. De veiligheid wordt dan op zich niet bedreigd. Kan deze zorgaanbieder straks worden gedwongen verlieslatend (bepaalde) acute zorg aan te bieden, mogelijk ten koste van andere zorgverlening?

Verder zijn tijdelijke sluitingen, geheel of gedeeltelijk, van alle dag. Bijvoorbeeld als er tijdelijk onvoldoende capaciteit is in de OK of kliniek voor doorstroming, bij onderhoud of uitval van informatiesystemen of door infecties. Tijdelijke of zelfs langdurige sluitingen zullen in de toekomst steeds vaker ook het gevolg zijn van (dreigend) personeelsgebrek.

NB: Voor de goede orde, artikel 8A.4 lid 1 onder b van het Besluit lost knelpunten rond faillissement niet op omdat in dat geval continuïteit van de zorgaanbieder per definitie in het geding is en besluitvorming in handen van de curator is.

De genoemde knelpunten waar artikel 8A.4 lid 1 onder b van het Besluit wel betrekking op kan hebben zijn thans belangrijke knelpunten in de praktijk en allemaal knelpunten waarvan met enige goede wil kan worden gesteld dat de veiligheid van zorg wordt bedreigd. De genoemde uitzondering van lid 4 is dan van toepassing.

Dat roept de vraag op wat artikel 8A.4 lid 1 onder b van het Besluit dan toevoegt? Het is van tweeën één. Ofwel het artikel blijft in deze gevallen door lid 4 buiten toepassing, zodat het nut van deze vergaande doorleverplicht gering lijkt, ofwel in deze gevallen is geen sprake van bedreiging van de veiligheid zodat zorgaanbieders ondanks ernstige problemen in de bedrijfsvoering gedwongen worden acute zorg door te leveren. In beide gevallen, maar om andere redenen, lijkt de meerwaarde van artikel 8A.4 lid 1 onder b van het Besluit gering. Een aanvullende toelichting op dit punt is wenselijk.

Welke relatie is er tussen bekostiging van zorg en artikel 8A.4 lid 1 onder b van het Besluit?

Bovendien beperkt de toelichting op het Besluit zich waar het bekostiging betreft tot de kosten van het regionaal overleg, het fungeren als kenniscentrum, etc. Wij geven in overweging ook in te gaan op de bekostiging van acute zorg die een zorgaanbieder verplicht moet doorleveren op grond van artikel 8A.4 lid 1 onder b van het Besluit. Vragen die daarbij bijv. kunnen spelen zijn:

- Kwalificeert zorg die onder artikel 8A.4 lid 1 onder b van het Besluit valt als een Dienst van Algemeen Economisch Belang waarvoor onder voorwaarden steun kan worden verleend?
- Kunnen de normen bedoeld in artikel 8A.4 lid 1 onder b van het Besluit uitsluitend betrekking hebben op zorg waar bekostiging van beschikbaarheid is geregeld (zoals in het inschrijftarief voor de huisarts of de beschikbaarheidsbijdrage SEH voor ziekenhuizen)?
- Is het de zorgverzekeraar die voor adequate bekostiging moet zorgdragen? Wat is in dat geval adequaat?

Is artikel 8A.4 lid 1 onder b van het Besluit in lijn met het huidige wettelijk kader?

Principieel kan gelet op het voorgaande de vraag worden gesteld of artikel 8A.4 lid 1 onder b van het Besluit het beste instrument is om het beoogde doel (beschikbaarheid van acute zorg) te realiseren. Het zijn immers, in de door de wetgever gekozen gereguleerde marktwerking in de zorg, de zorgverzekeraars die een regisseursrol moeten vervullen en de plicht hebben op grond van artikel 11 Zorgverzekeringswet om voldoende zorg beschikbaar te hebben voor hun verzekerden? De NZa houdt toezicht op naleving hiervan door de zorgverzekeraars. De Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025) van de NZa legt de normen waar de toelichting op het Besluit naar verwijst al vast.

Waarom is een in potentie vergaande ingreep in de zelfstandigheid van zorgaanbieders gerechtvaardigd, of anders geformuleerd, waarom is het nodig af te wijken van het wettelijk kader voor zorgverzekeraars en de bevoegdheden van de NZa? Zijn er aanwijzingen dat de zorgverzekeraars en/of NZa er ondanks hun beste inspanningen niet in slagen voldoende acute zorg in te kopen? Waarom is het nodig, en vooral ook het beste instrument (vgl. IAK onder 6), om in het Besluit de zorgverzekeraars en de NZa te passeren en rechtstreeks beschikbaarheid van acute zorg van de zorgaanbieder af te dwingen?

Het is wenselijk dat in de toelichting op het Besluit aan het voorgaande meer aandacht wordt besteed.

Hoogachtend,

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the end.

Van Doorne N.V.
mr. drs. C.J. de Boer