

Regeling van de Minister voor Medische Zorg van houdende wijziging van de Uitvoeringsregeling Wkkgz in verband met het stellen van nadere regels over de voorbereiding, bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg

CONCEPT TEN BEHOEVE VAN DE INFORMELE VOORHANG BIJ DE TWEDE KAMER

De Minister voor Medische Zorg,

Gelet op de artikelen 8A.2, derde lid, 8A.3 en 8A.4, eerste lid, onderdeel g, en derde lid, van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz;

Besluit:

Artikel I

De Uitvoeringsregeling Wkkgz wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1 worden in alfabetische volgorde de volgende begripsomschrijvingen ingevoegd:

- *bereikbaarheidsanalyse*: bereikbaarheidsanalyse als bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel g, van het uitvoeringsbesluit;
- *continuïteitsplan*: plan als bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel h, van het uitvoeringsbesluit;
- *dienstapothek*: apotheek die in de avond, de nacht en op zondag farmaceutische zorg aanbiedt;
- *directeur publieke gezondheid*: directeur publieke gezondheid als bedoeld in artikel 32, eerste lid, van de Wet veiligheidsregio's;
- *GHOR*: GHOR als bedoeld in artikel 1 van de Wet veiligheidsregio's;
- *regiobeeld*: overzicht van de belangrijkste data over zorgvraag, zorgaanbod, gezondheid en leefstijl, bevolkingsontwikkeling, sociale en fysieke omgeving in een specifieke regio;
- *RIVM*: RIVM, bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Wet op het RIVM;
- *uitvoeringsbesluit*: Uitvoeringsbesluit Wkkgz.

B

Na artikel 8 wordt een hoofdstuk ingevoegd, luidende:

Hoofdstuk 3A. Acute zorg

§ 3.1. Regionaal overleg acute zorgketen

Artikel 8a

1. Het traumacentrum organiseert het regionaal overleg acute zorgketen zo vaak als nodig is om het in artikel 8A.2, eerste lid, van het uitvoeringsbesluit gestelde doel te behalen, met een minimum van twee keer per jaar.
2. Het traumacentrum organiseert daarnaast het regionaal overleg acute zorgketen zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen twee weken nadat het door een zorgaanbieder is geïnformeerd overeenkomstig artikel 8h, vierde lid, tenzij sprake is van:
 - a. een gehele of gedeeltelijke opschorting die redelijkerwijs ten hoogste twee weken zal duren; of
 - b. een gedeeltelijke beëindiging of gedeeltelijke opschorting, die redelijkerwijs een afname van minder dan 25% van de behandelcapaciteit voor de acute zorg in zal houden en het traumacentrum van oordeel is dat de continuïteit van de zorg in de regio daardoor niet in gevaar is.
3. In aanvulling op het tweede lid wordt alsnog zo spoedig mogelijk een regionaal overleg acute zorgketen georganiseerd zodra een gehele of gedeeltelijke opschorting langer blijkt te duren dan twee weken, of zodra toch 25% of meer van de behandelcapaciteit voor de acute zorg blijkt te worden opgeschort of beëindigd.
4. De zorgaanbieder informeert het traumacentrum onmiddellijk indien hij voorziet dat sprake is van een situatie als bedoeld in het derde lid.
5. Het traumacentrum organiseert voorts een regionaal overleg acute zorgketen zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen twee weken nadat het door een zorgaanbieder is geïnformeerd overeenkomstig artikel 8k, indien het traumacentrum van oordeel is dat de continuïteit van de zorg in de regio in gevaar is.
6. Het tweede, derde en vijfde lid zijn van overeenkomstige toepassing in geval van een opschorting of beëindiging van de acute zorg op een locatie van het traumacentrum.

Artikel 8b

1. Het traumacentrum nodigt voor elk regionaal overleg acute zorgketen alle zorgaanbieders uit die werkzaam zijn in de regio die behoren tot de in artikel 8A.1, onderdelen b tot en met f, h, en l tot en met p, van het uitvoeringsbesluit aangewezen categorieën.
2. Indien een onderwerp is geagendeerd dat zorgaanbieders aangaat die behoren tot de in artikel 8A.1, onderdelen g en i tot en met k, van het uitvoeringsbesluit aangewezen categorieën, nodigt het traumacentrum ook de desbetreffende zorgaanbieders uit die werkzaam zijn in de regio.
3. Het traumacentrum nodigt voor elk regionaal overleg acute zorgketen ten minste de zorgverzekeraar uit met het grootste marktaandeel in de regio. Het traumacentrum informeert alle zorgverzekeraars over het regionaal overleg acute zorgketen en nodigt ook de zorgverzekeraars uit die zich melden om bij het regionaal overleg acute zorgketen aanwezig te zijn.
4. Het traumacentrum nodigt voor elk regionaal overleg acute zorgketen de GHOR of GHORs uit die in de regio werkzaam is, onderscheidenlijk zijn. Indien een onderwerp geagendeerd staat dat naar het oordeel van het traumacentrum een gemeente, een patiëntenorganisatie, een Wlz-uitvoerder,

de politie of een andere organisatie aangaat, nodigt het ook deze organisatie uit.

5. Een zorgaanbieder die een uitnodiging ontvangt en die behoort tot een van de in artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit aangewezen categorieën is verplicht bij het regionaal overleg acute zorgketen aanwezig te zijn, tenzij het traumacentrum de zorgaanbieder heeft gemeld dat deelname, gezien de geagendeerde onderwerpen, niet nodig is.
6. In afwijking van het vijfde lid hoeft een zorgaanbieder niet bij het regionaal overleg acute zorgketen aanwezig te zijn, indien deze zorgaanbieder zich laat vertegenwoordigen door een organisatie die schriftelijk of elektronisch is gemachtigd om namens hem afspraken te maken.
7. Gemeentelijke gezondheidsdiensten dragen er zorg voor dat de directeur publieke gezondheid die tevens de leiding heeft over de GHOR in de regio hen vertegenwoordigt in het regionaal overleg acute zorgketen. Indien in de regio meerdere gemeentelijke gezondheidsdiensten werkzaam zijn, kunnen zij zich laten vertegenwoordigen door één van de directeurs publieke gezondheid in die regio, mits deze gemachtigd is overeenkomstig het zesde lid.

Artikel 8c

1. Indien een zorgaanbieder, een zorgverzekeraar, een GHOR, een gemeente, een patiëntenorganisatie, een Wlz-uitvoerder, de politie of een andere organisatie een onderwerp voordraagt voor bespreking in het regionaal overleg acute zorgketen dat past binnen het in artikel 8A.2, eerste lid, van het uitvoeringsbesluit omschreven doel, agendeert het traumacentrum dat onderwerp voor het overleg.
2. Indien risico's voor de beschikbaarheid of bereikbaarheid van acute zorg redelijkerwijze voorzienbaar zijn, dragen zorgaanbieders die behoren tot de in artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit aangewezen categorieën deze risico's als onderwerp aan om te bespreken in het regionaal overleg acute zorgketen.
3. Het traumacentrum maakt van het regionaal overleg acute zorgketen een schriftelijk of elektronisch verslag, waarin in ieder geval het volgende wordt weergegeven:
 - a. de aanwezigen en wie zij vertegenwoordigen;
 - b. de besproken onderwerpen;
 - c. de kern van de inbreng van de deelnemers; en
 - d. de hoofdlijnen van de gemaakte afspraken.
4. In het volgende overleg acute zorgketen dient het verslag te worden vastgesteld, eventueel na aanvulling of wijziging op verzoek van deelnemers aan het overleg waar het verslag op ziet.
5. Traumacentra informeren elkaar over onderwerpen en conclusies uit het regionaal overleg acute zorgketen die van belang kunnen zijn voor elkaars regio.

Artikel 8d

Zorgaanbieders die behoren tot de in artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit aangewezen categorieën maken met elkaar en zo nodig met andere deelnemers aan het regionale overleg acute zorgketen afspraken over:

- a. de bereikbaarheid van de acute zorg in de regio, mede in relatie tot de normen, genoemd in artikel 8f;
- b. maatregelen die de druk op de acute zorgketen beperken met het oog op de beschikbaarheid van de acute zorg in de regio;

- c. de beschikbaarheid van de acute zorg in de regio, ook tijdens piekperiodes, zoals tijdens griep- en vakantieperiodes en bij crises en rampen;
- d. het inzicht voor zorgverleners in welke zorgaanbieder in de regio welke specifieke competenties, expertises en faciliteiten heeft voor het bieden van acute zorg aan cliënten met specifieke toestandsbeelden;
- e. de informatie die zorgaanbieders in de regio beschikbaar stellen over de specifieke competenties, expertise en faciliteiten die zij hebben voor het bieden van acute zorg aan cliënten met specifieke toestandsbeelden;
- f. de informatie die zorgaanbieders met elkaar delen teneinde inzicht te bieden in de actuele voor acute zorg en intensive care beschikbare capaciteit in de regio;
- g. het inzicht in de opleidingsinspanningen van zorgaanbieders als bedoeld in artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit in de regio; en
- h. crisisplannen als bedoeld in artikel 8A.5 van het uitvoeringsbesluit van zorgaanbieders in de regio.

§ 3.2. Informeren over knelpunten

Artikel 8e

Als zorgverzekeraars die moeten worden geïnformeerd op grond van artikel 8A.3 van het uitvoeringsbesluit, worden aangewezen alle zorgverzekeraars.

§ 3.3. Normen van bereikbaarheid

Artikel 8f

1. De normen inzake de bereikbaarheid van acute zorg, bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel g, van het uitvoeringsbesluit, zijn:
 - a. het aantal inwoners dat in spoedgevallen met een ambulance niet binnen 45 minuten op een afdeling spoedeisende hulp kan zijn, neemt niet toe;
 - b. het aantal inwoners dat in spoedgevallen met een ambulance niet binnen 45 minuten op een afdeling acute verloskunde kan zijn, neemt niet toe;
 - c. ten minste 90% van de inwoners in het verzorgingsgebied van een huisartsenpost kan in de avond, nacht- en weekenduren binnen 30 minuten per auto een huisartsenpost of dienstdoende huisarts bereiken, of een dienstdoende huisarts kan in de avond, nacht- en weekenduren 90% van de inwoners in het verzorgingsgebied binnen 30 minuten met de auto bereiken;
 - d. ten minste 90% van de inwoners in het verzorgingsgebied kan in spoedgevallen met een ambulance binnen 60 minuten een beoordelingslocatie acute psychiatrie bereiken.
2. Voor de toepassing van de bereikbaarheidsnormen, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, worden uitsluitend afdelingen spoedeisende hulp, onderscheidenlijk afdelingen acute verloskunde, in aanmerking genomen die gedurende zeven dagen per week 24 uur open zijn.

§ 3.4. Voorgenomen beëindiging of opschorting

Artikel 8g

1. Indien er een gereede kans is dat een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid, van het uitvoeringsbesluit de acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk gaat beëindigen of opschorten, informeert de

zorgaanbieder de Inspectie daarover. Dit informeren geschiedt schriftelijk of elektronisch via e-mailadres meldpunt@igj.nl.

2. Bij het informeren, bedoeld in het eerste lid, verstrekt de zorgaanbieder in ieder geval de volgende gegevens:
 - a. de naam en contactgegevens van de zorgaanbieder en van de contactpersoon bij de zorgaanbieder;
 - b. de vorm van acute zorg die het betreft;
 - c. de locatie of locaties die het betreft;
 - d. of het gaat om een gehele of gedeeltelijke, opschorting of beëindiging van de zorg en op welke termijn deze eventueel zal plaatsvinden;
 - e. wat de reden is dat er een gerede kans bestaat dat een gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging plaats moet vinden;
 - f. of de opschorting of beëindiging onderdeel is van een grotere reorganisatie van het aanbod van zorg en zo ja, hoe die reorganisatie eruit ziet; en
 - g. of de zorgaanbieder voornemens is te streven naar het borgen van de continuïteit van de betrokken acute zorg in de regio.

Artikel 8h

1. Nadat de zorgaanbieder de Inspectie overeenkomstig artikel 8g heeft geïnformeerd, vraagt de zorgaanbieder een bereikbaarheidsanalyse aan bij het RIVM.
2. Een bereikbaarheidsanalyse als bedoeld in het eerste lid hoeft niet te worden aangevraagd als sprake is van:
 - a. een gehele of gedeeltelijke opschorting van redelijkerwijs ten hoogste twee weken, met dien verstande dat artikel 8a, derde lid, van overeenkomstige toepassing is;
 - b. een gedeeltelijke opschorting of gedeeltelijke beëindiging van de acute zorg; of
 - c. een gehele of gedeeltelijke opschorting of gehele of gedeeltelijke beëindiging van de acute zorg door een dienstapotheek.
3. In afwijking van het tweede lid, onderdeel b, wordt wel een bereikbaarheidsanalyse aangevraagd bij een gedeeltelijke opschorting of gedeeltelijke beëindiging van de acute zorg die bestaat uit een inperking van 25% of meer van de openingstijden van de locatie voor acute zorg door een traumacentrum, een andere aanbieder van medisch specialistische zorg die acute zorg verleent of een aanbieder van geestelijke gezondheidszorg die acute zorg verleent.
4. De zorgaanbieder informeert het traumacentrum, onderscheidenlijk de traumacentra, van de regio of regio's waarin de zorgaanbieder zorg verleent, over de mogelijke gehele of gedeeltelijke opschorting of gehele of gedeeltelijke beëindiging van het aanbod van de acute zorg op het moment dat er nog wezenlijke invloed kan worden uitgeoefend op het besluit en er voldoende tijd is voor het nemen van de benodigde maatregelen door zorgverzekeraars en zorgaanbieders en het organiseren van een regionaal overleg acute zorgketen. Artikel 8g, tweede lid, over de bij het informeren te verstrekken gegevens is van overeenkomstige toepassing, waarbij de zorgaanbieder tevens de ideeën weergeeft die er zijn om de continuïteit en beschikbaarheid van acute zorg in de regio te borgen.

5. Indien naar aanleiding van de informatieverstrekking, bedoeld in het vierde lid, geen regionaal overleg wordt georganiseerd, start de zorgaanbieder de in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel c, van het uitvoeringsbesluit bedoelde overleggen op het moment dat nog wezenlijke invloed kan worden uitgeoefend op het besluit en betrokkenen voldoende tijd hebben om de benodigde maatregelen te nemen. De eerste volzin is van overeenkomstige toepassing op het overleg met de zorgverzekeraar waarmee de zorgaanbieder ter zake van de betrokken acute zorg een overeenkomst heeft gesloten, als die zorgverzekeraar niet aanwezig of vertegenwoordigd is bij het door het traumacentrum georganiseerde overleg.
6. Bij de overleggen, waaronder het regionaal overleg acute zorgketen, over de mogelijke opschorting of beëindiging betreft de zorgaanbieder het regiobeeld, indien voor de betrokken regio een regiobeeld beschikbaar is.

Artikel 8i

1. De zorgaanbieder, bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid, van het uitvoeringsbesluit, organiseert een bijeenkomst voor colleges van burgemeester en wethouders van gemeenten in de omgeving, alsmede in het geval, bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel e, van het uitvoeringsbesluit, voor de voorzitter van de veiligheidsregio, over het voornemen tot opschorting of beëindiging van de acute zorg op een bepaalde locatie. In de bijeenkomst informeert de zorgaanbieder betrokkenen over de plannen alsmede de uitkomsten van de bereikbaarheidsanalyse en stelt hij hen in de gelegenheid vragen daarover te stellen en hun visies, wensen en zorgen daarover te uiten. De bijeenkomst wordt op een zodanig tijdstip georganiseerd dat de inbreng van betrokkenen van wezenlijke invloed kan zijn op de besluitvorming door de zorgaanbieder.
2. In afwijking van het eerste lid hoeft geen bijeenkomst georganiseerd te worden indien sprake is van:
 - a. een gehele of gedeeltelijke opschorting die redelijkerwijs ten hoogste twee weken zal duren; of
 - b. een gedeeltelijke beëindiging of gedeeltelijke opschorting die redelijkerwijs een afname van minder dan 25% van de behandelcapaciteit voor de acute zorg inhoudt,met dien verstande dat artikel 8a, derde lid, van overeenkomstige toepassing is.
3. In het geval overeenkomstig het tweede lid geen bijeenkomst wordt georganiseerd, worden de colleges van burgemeester en wethouders van de betrokken gemeenten, en in het in het eerste lid bedoelde geval de voorzitter van de veiligheidsregio, schriftelijk of elektronisch geïnformeerd door de zorgaanbieder, waarbij wordt aangegeven op welke wijze en binnen welke termijn zij desgewenst kunnen reageren richting de zorgaanbieder.
4. Bij het informeren, bedoeld in het derde lid, verstrekt de zorgaanbieder in ieder geval de gegevens en ideeën, bedoeld in artikel 8h, vierde lid. Dit gebeurt in een voor betrokkenen geschikte vorm.
5. Indien de zorgaanbieder een bijeenkomst als bedoeld in het eerste lid heeft georganiseerd dan wel de zorgaanbieder een schriftelijke of elektronische reactie heeft gekregen van colleges van burgemeester en wethouders of de voorzitter van de veiligheidsregio, deelt de zorgaanbieder aan de betrokkenen schriftelijk of elektronisch gemotiveerd mee wat met de door hen naar voren gebrachte visies, wensen en zorgen zal worden gedaan.

Artikel 8j

1. De inspanning, bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel f, van het uitvoeringsbesluit, om tevoren onzekerheid te voorkomen bij de inwoners uit de omgeving die belang hebben bij de door de zorgaanbieder geboden zorg, houdt in dat de zorgaanbieder een bijeenkomst organiseert voor die inwoners. In de bijeenkomst informeert de zorgaanbieder de inwoners over de plannen alsmede de uitkomsten van de bereikbaarheidsanalyse en stelt hij hen in de gelegenheid vragen daarover te stellen en hun visies, wensen en zorgen daarover te uiten. De bijeenkomst wordt op een zodanig tijdstip georganiseerd dat de inbreng van de inwoners van wezenlijke invloed kan zijn op de besluitvorming door de zorgaanbieder.
2. In afwijking van het eerste lid hoeft geen bijeenkomst georganiseerd te worden in het geval, bedoeld in artikel 8i, tweede lid. In dat geval worden de inwoners geïnformeerd door de zorgaanbieder via een bericht in de plaatselijke krant en op de website van de zorgaanbieder en wordt aangegeven op welke wijze en binnen welke termijn zij richting de zorgaanbieder kunnen reageren.
3. Indien de zorgaanbieder een bijeenkomst als bedoeld in het eerste lid heeft georganiseerd, dan wel de zorgaanbieder een schriftelijke of elektronische inbreng heeft gekregen van inwoners, informeert de zorgaanbieder de inwoners via diens website over wat met de naar voren gebrachte visies, wensen en zorgen zal worden gedaan.

Artikel 8k

Na afloop van de in de artikelen 8i en 8j bedoelde bijeenkomsten, onderscheidenlijk nadat de zorgaanbieder heeft gereageerd op de door de gemeenten, de voorzitter van de veiligheidsregio en de inwoners naar voren gebrachte visies, wensen en zorgen, informeert de zorgaanbieder de Inspectie, het traumacentrum, zorgaanbieders voor wie de voorgenomen beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben en alle zorgverzekeraars over een door de zorgaanbieder opgesteld ontwerp van het continuïteitsplan.

Artikel 8l

1. De zorgaanbieder bespreekt het ontwerp continuïteitsplan met de zorgaanbieders voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben en met zorgverzekeraars.
2. Indien een reactie van de Inspectie op het ontwerp continuïteitsplan dan wel de besprekingen, bedoeld in het eerste lid, daartoe aanleiding geven, past de zorgaanbieder het ontwerp continuïteitsplan aan. De zorgaanbieder zendt het aangepaste continuïteitsplan aan de Inspectie, het traumacentrum, zorgaanbieders voor wie de voorgenomen beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben en alle zorgverzekeraars.

Artikel 8m

In het continuïteitsplan wordt in ieder geval omschreven:

- a. wat er uit de bereikbaarheidsanalyse is gekomen, indien een bereikbaarheidsanalyse moet worden aangevraagd;
- b. de reden voor de opschorting of beëindiging en de onderbouwing daarvan met feiten en cijfers;
- c. hoe de voorgenomen beëindiging of opschorting past binnen het regiobeeld indien dat beschikbaar is;

- d. welk besluitvormingsproces er is gevolgd en wat er gedaan is met de inbreng van de colleges van burgemeester en wethouders, de voorzitter van de veiligheidsregio en inwoners;
- e. voor welke categorieën en aantallen cliënten met verschillende zorgvragen de voorgenomen beëindiging of opschorting gevolgen heeft en wat de gevolgen zijn;
- f. welke afspraken er door de zorgaanbieder, andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn gemaakt met het oog op de continuïteit in de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg voor de verschillende groepen cliënten, ook in opgeschaalde situaties bij een crisis of ramp;
- g. hoe de zorgaanbieder inwoners uit de omgeving, meldkamers en verwijzers zal informeren over waar cliënten met een bepaalde acute zorgvraag terecht kunnen;
- h. of er door de gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting van acute zorgactiviteiten door de zorgaanbieder risico's voor de patiëntveiligheid ontstaan en hoe deze risico's zoveel mogelijk worden voorkomen; en
- i. een draaiboek voor gecontroleerde afbouw en overdracht van de acute zorg alsmede op welke termijn de beëindiging of opschorting zal plaatsvinden.

Artikel 8n

1. Het informeren, bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel i, van het uitvoeringsbesluit, vindt schriftelijk of elektronisch plaats.
2. In afwijking van het eerste lid vindt het informeren van de inwoners plaats via een bericht in de plaatselijke krant en op de website van de zorgaanbieder.

Artikel II

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2022.

De Minister voor Medische Zorg,

Toelichting

Algemeen

In hoofdstuk 8A van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz (hierna: uitvoeringsbesluit) zijn regels opgenomen over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg en de voorbereiding op het verlenen van die zorg, waaraan de bij dat besluit aangewezen categorieën van zorgaanbieders moeten voldoen. Daarin worden regels gesteld over de door traumacentra te organiseren regionale overleggen acute zorgketen (hierna ook: ROAZ' en), het signaleren van knelpunten in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg, de besluitvormingsprocedure die moet worden gevolgd bij sluitingen¹ van bepaalde locaties voor acute zorg en over crisisplannen. Deze ministeriële regeling geeft op een viertal punten een nadere invulling aan het uitvoeringsbesluit: het functioneren van het regionaal overleg acute zorgketen, de zorgverzekeraars die moeten worden geïnformeerd bij knelpunten in de beschikbaarheid of bereikbaarheid van de acute zorg, de normen voor de bereikbaarheid van de acute zorg en het besluitvormingsproces bij eventuele plannen om het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk te beëindigen of op te schorten.

1. *Het functioneren van het ROAZ*

De artikelen 8a tot en met 8d gaan over het functioneren van het regionale overleg acute zorgketen. De bepalingen gaan over de frequentie van het overleg, de aanwezigheid bij het overleg, uitnodiging, agendering, verslaglegging en de onderwerpen waarover afspraken moeten worden gemaakt in het overleg. Deze bepalingen gaan over het regionaal overleg acute zorgketen als bedoeld in het uitvoeringsbesluit. Dit is het overleg op het niveau van bestuurders. De in deze ministeriële regeling gestelde eisen betreffen uitsluitend dit bestuurlijke overleg. Dat neemt echter niet weg dat er, binnen de regio's al naar gelang de meest prangende vraagstukken, overlegstructuren op maat ingericht kunnen worden. Te denken valt aan een overleg in bijvoorbeeld focusgroepen tussen deskundigen over zorg bij specifieke ziektebeelden of overleg over bepaalde thema's of projecten of over het inzicht in en de beschikbaarheid van bepaalde vormen van zorg.

2. *Zorgverzekeraars die bij knelpunten moeten worden geïnformeerd*

Op basis van artikel 8A.3 van het uitvoeringsbesluit dient het traumacentrum zorgverzekeraars te informeren over knelpunten in de beschikbaarheid of bereikbaarheid van acute zorg, indien dat van belang is voor de taken van de zorgverzekeraars. Omdat alle zorgverzekeraars verzekerden kunnen hebben in de regio, moeten alle zorgverzekeraars geïnformeerd worden. Dit is geregeld in artikel 8e.

3. *Normen voor de bereikbaarheid van acute zorg*

In het regionaal overleg acute zorgketen moeten afspraken worden gemaakt over onder meer de bereikbaarheid van de acute zorg in de regio. De normen voor de bereikbaarheid van de acute zorg (artikel 8f van deze regeling) spelen in dat kader een belangrijke rol. De afspraken in het regionaal overleg acute zorgketen moeten ertoe leiden dat bevorderd wordt dat het aanbod van acute zorg zodanig

¹ Onder 'sluitingen' worden in deze toelichting zowel opschortingen (geheel of gedeeltelijk) als beëindigingen (geheel of gedeeltelijk) verstaan.

is dat aan de bereikbaarheidsnormen voor acute zorg is voldaan. Het vraagstuk of aan die bereikbaarheidsnormen wordt voldaan, is met name aan de orde als er plannen zijn om het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te sluiten. In dat geval moet voorkomen worden dat niet langer aan de normen wordt voldaan. Indien het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie gesloten wordt, is het aan de deelnemers van het regionaal overleg acute zorgketen inclusief de zorgverzekeraars om te bevorderen dat aan de normen voor de bereikbaarheid van acute zorg blijvend wordt voldaan.

In artikel 8f van deze regeling staan normen geformuleerd voor de afdelingen spoedeisende hulp (hierna: SEH's), afdelingen acute verloskunde, aanbieders van huisartsenzorg in huisartsenposten (hierna: HAP's) en beoordelingslocaties acute psychiatrie. In de Regeling Ambulancezorgvoorzieningen zijn daarnaast normen opgenomen voor de ambulancezorg: een prestatienorm² en een bereikbaarheidsnorm³. Er is voor gekozen om de bereikbaarheidsnorm voor de ambulancezorg op te nemen in de regelgeving op grond van de Wet ambulancezorgvoorzieningen. Deze bereikbaarheidsnorm staat dan in dezelfde regeling als de prestatienorm voor de ambulancezorg. Ook de normen die gelden voor de Regionale Ambulancevoorzieningen (hierna: RAV's) dienen betrokken te worden bij de afspraken die in het regionaal overleg acute zorgketen worden gemaakt. De RAV's nemen deel aan de ROAZ-en en het is in hun belang dat zij deze samenhang bewaken. Er is immers sprake van een wederzijdse afhankelijkheid: de verplaatsing van een standplaats door een RAV kan gevolgen hebben voor de bereikbaarheid van een SEH, afdeling acute verloskunde of een beoordelingslocatie acute psychiatrie. Omgekeerd kan de sluiting van één van deze vormen van aanbod van acute zorg gevolgen hebben voor de tijd dat een ambulance onderweg is met de cliënt en daarmee voor de beschikbaarheid van de ambulance voor een andere inzet.

Het zorgdragen voor de bereikbaarheid van de acute zorg is onderdeel van de zorgplicht van zorgverzekeraars. De afspraken die zorgaanbieders maken in het regionaal overleg acute zorgketen kunnen dan ook behulpzaam zijn bij het naleven van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Een zorgaanbieder die behoort tot een in artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit aangewezen categorie moet aan de zorgverzekeraar desgevraagd medewerking verlenen die redelijkerwijs kan worden geleverd en noodzakelijk is voor het door de zorgverzekeraar voldoen aan de zorgplicht voor zover dit de bereikbaarheid van de acute zorg betreft. De zorgverzekeraars dienen er via hun inkoop van zorg aan bij te dragen dat de zorgaanbieders goede afspraken kunnen maken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg.

4. *Eventuele beëindiging of opschorting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie*

Een belangrijk onderdeel van deze ministeriële regeling betreft het besluitvormingsproces dat moet worden doorlopen als een in artikel 8A.4 van het uitvoeringsbesluit bedoelde aanbieder voornemens is om het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk, te beëindigen of op te schorten. Het kan hierbij gaan om 'sluitingen' om heel verschillende redenen en om 'sluitingen' op korte of op lange termijn. Het kan gaan om een strategische koers van een zorgaanbieder, om verhuisplannen met nieuwbouw over een paar

² Artikel 5, eerste lid van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen.

³ Artikel 4 van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen.

jaar, maar ook over concentratie van zorg om kwaliteits- of doelmatigheidsredenen of vanwege personeelskrapte, om kortdurende sluitingen vanwege onderhoud of renovatie of om sluitingen op korte termijn vanwege financiële problemen. Het maakt daarbij niet uit of tot de opschorting of beëindiging wordt besloten om redenen die bijvoorbeeld liggen binnen de bedrijfsvoering van de zorgaanbieder dan wel omdat de zorgverzekeraar de betrokken zorg niet langer inkoop. In de artikelen 8g tot en met 8n worden de verplichtingen uit artikel 8A.4 van het uitvoeringsbesluit ten aanzien van dit besluitvormingsproces nader uitgewerkt.

Het besluitvormingsproces met daarin te nemen stappen bij een voornemen tot sluiting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie (geheel of gedeeltelijk, blijvend of tijdelijk) heeft betrekking op het aanbod van:

- acute zorg in ziekenhuizen⁴, waaronder acute zorg op een SEH of afdeling acute verloskunde, maar ook bijvoorbeeld op een spoedpoli;
- huisartsenposten;
- beoordelingslocaties acute ggz;
- dienstapotheken.

Er kan sprake zijn van opschorting (= tijdelijk) of beëindiging (= definitief) van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie en dit kan de gehele acute zorg of een deel daarvan betreffen. Van een gedeeltelijke beëindiging is bijvoorbeeld sprake als het aantal bedden op een afdeling acute verloskunde wordt teruggebracht. Als het aanbod van acute zorg blijvend voor bepaalde uren van de dag of dagen van de week of het jaar wordt gesloten, is eveneens sprake van een gedeeltelijke beëindiging. Van een gehele opschorting (tijdelijke sluiting) is sprake als de acute zorg voor bijvoorbeeld een paar weken wordt gesloten.

Als een zorgaanbieder plannen heeft om het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk op te schorten of te beëindigen, dient hij een zorgvuldig besluitvormingsproces te volgen met alle betrokkenen. Het doel hiervan is om te bevorderen dat de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg zo goed mogelijk geborgd zijn, ook bij een eventuele opschorting of beëindiging. Dit proces moet gevolgd worden ongeacht of een bereikbaarheidsnorm in het geding is of niet. Immers, ook als het betreffende aanbod niet gevoelig is voor de bereikbaarheidsnorm (dat wil zeggen dat door een eventuele sluiting de norm niet wordt overtreden), moet er bij een opschorting of beëindiging op een bepaalde locatie, elders in de regio voldoende goede acute zorg beschikbaar zijn. Die beschikbaarheid en bereikbaarheid kunnen alleen maar geborgd worden met de partners in het regionaal overleg acute zorgketen, overige zorgaanbieders voor wie de opschorting of beëindiging gevolgen kan hebben en zorgverzekeraars. Lokale bestuurders en inwoners en in een aantal gevallen ook de voorzitter van de veiligheidsregio moeten geconsulteerd worden en hun zorgen kunnen uiten en suggesties kunnen doen en deze moeten worden meegewogen in de besluitvorming. De Inspectie gezondheidszorg en jeugd (hierna: IGJ of Inspectie) moet de vinger aan de pols kunnen houden als het gaat om de kwaliteit, veiligheid en tijdigheid van de zorg voor, tijdens en na de eventuele opschorting of beëindiging en ten aanzien van het besluitvormingsproces. De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraars met het oog op de continuïteit en bereikbaarheid van goede acute zorg.

⁴ Onder 'ziekenhuizen' vallen ook de traumacentra.

Alleen wanneer de veiligheid van cliënten of de zorg onmiddellijk wordt bedreigd, en er geen tijd is voor een uitgebreid besluitvormingsproces over een gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting, hoeven de artikelen 8h tot en met 8n van deze regeling niet altijd te worden toegepast. Dit volgt uit artikel 8A.4, vierde lid, van het uitvoeringsbesluit. Uiteraard dient de zorgaanbieder de stappen in het besluitvormingsproces als bedoeld in de artikelen 8h tot en met 8n zoveel mogelijk voorafgaand aan het besluit tot sluiting en de daadwerkelijke sluiting te nemen. Uitsluitend voor zover de stappen te tijdrovend zijn met het oog op de veiligheid, kan van de genoemde stappen in het besluitvormingsproces voorafgaand aan het besluit worden afgezien. Als een aantal stappen met het oog op de veiligheid niet vooraf kan worden genomen, dan ligt voor de hand dat de zorgaanbieder ze zoveel mogelijk achteraf zal zetten. In het geval dat vanwege de veiligheid niet alle stappen van de artikelen 8h tot en met 8n worden gevolgd, moet de zorgaanbieder de IGJ altijd zo spoedig mogelijk achteraf informeren over de borging van de continuïteit van de zorg. Artikel 8A.4, vierde lid, van het uitvoeringsbesluit biedt de mogelijkheid om bij ministeriële regeling te bepalen dat aan bepaalde onderdelen van artikel 8A.4, eerste lid, alsnog moet worden voldaan (achteraf). Van deze mogelijkheid om nadere regels te stellen wordt thans geen gebruik gemaakt.

Omdat het gaat om een grote variatie aan opschortingen en beëindigingen, groot of klein, op korte of juist op lange termijn, is het niet doenlijk een volledig lineair besluitvormingsproces van opeenvolgende stappen met concrete termijnen voor te schrijven. Maatwerk zal nodig zijn. In het ene geval zullen de verschillende stappen snel moeten worden doorlopen. In het andere geval kan of moet meer tijd worden genomen om tot een goed afgewogen besluit te komen en zal misschien een extra overleg gevoerd moeten worden.

De regels ten aanzien van het besluitvormingsproces dienen ervoor te zorgen dat de zorgaanbieder in een vroegtijdig stadium start met het delen van zijn ideeën. Dit wordt van belang geacht omdat geheel of gedeeltelijke opschortingen of beëindigingen van acute zorg grote gevolgen kunnen hebben voor cliënten, inwoners en andere zorgaanbieders in de regio. Op de verschillende eisen waaraan de zorgaanbieder in dit kader moet voldoen, wordt ingegaan in de artikelsgewijze toelichting bij de artikelen 8g tot en met 8n. In dit verband wordt er op gewezen dat in artikel 8A.4, eerste lid, van het uitvoeringsbesluit de algemene eis is neergelegd dat een zorgaanbieder die het aanbieden van acute zorg op een locatie wenst te beëindigen of opschorten daarvoor eerst een zorgvuldige besluitvormingsprocedure moet volgen waarbij de belangen van cliënten, inwoners, andere zorgaanbieders, gemeenten en veiligheidsregio's worden meegewogen. De specifieke eisen in het uitvoeringsbesluit en de onderhavige regeling zijn verplichtingen waaraan in elk geval moet zijn voldaan. Bij iedere beëindiging of opschorting moet echter worden bezien of, gezien de algemene eis van de zorgvuldige besluitvormingsprocedure, daarnaast nog andere stappen nodig zijn.

Het in deze regeling bepaalde laat onverlet de verplichtingen die een zorgaanbieder heeft op grond van de Wet op de ondernemingsraden en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018. In die wetten wordt het betrekken van de medewerkers waaronder verpleegkundigen, onderscheidenlijk van de cliënten, bij besluitvorming over belangrijke beslissingen van de zorgaanbieder geregeld.

5. Toetsen
5.1 Regeldruk

In de op 1 januari 2022 vervallen beleidsregels WTZi werd bepaald dat ziekenhuizen, crisisdiensten van de ggz, RAV's en huisartsenposten op constructieve wijze deelnemen aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde regionale overleg acute zorgketen en dat in dat overleg gemaakte afspraken dienen te worden nagekomen. Verder werd daarin bepaald dat SEH-afdelingen in bepaalde gevallen niet mogen sluiten en dat ggz-aanbieders het aanbod van crisis ggz afstemmen en daarover zorgverzekeraars informeren. In de beleidsregels WTZi was tevens bepaald dat het regionaal overleg acute zorgketen ervoor dient te zorgen dat er een werkend systeem is waarin op voorhand duidelijk is naar welke instelling de cliënt vervoerd kan of moet worden. Voor de regeldruk is relevant dat zoveel mogelijk bij de huidige praktijk is aangesloten. Nieuw in deze regeling zijn de bepalingen over frequentie, aanwezigheid en organisatie van het overleg en de voorschriften aan het besluitvormingsproces bij een voorgenomen opschorting of beëindiging van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie.

De regeldruk als gevolg van deze ministeriële regeling kan als volgt worden berekend.

	Structurele kosten voor bedrijven in euro's	Incidentele kosten voor bedrijven in euro's	Toelichting
<i>ROAZ overleg:</i>			
Organiseren (uitnodiging, agenda, voorbereiding door traumacentrum, verslag)	47.520		11 traumacentra x 4 overleggen (2 regulier, 2 extra vanwege "sluitingen" in de regio) x 20 uur x 54 euro
Deelnemen en voorbereiden door bestuurders	264.000		11 regio's x 20 deelnemers x 4 overleggen x 3 uur x 100 euro
Kosten kennisneming in ROAZ gemaakte afspraken	194.400		900 zorgaanbieders x 4 overleggen x 1 uur x 54 euro
<i>Bij voorgenomen "sluiting" aanbod acute zorg op een bepaalde locatie:</i>			
Informeren van partijen	5.400		20 x 5 uur x 54 euro
Overleggen met partijen	216.000		20 x 10 overleggen x 5 deelnemers x 4 uur x 54 euro
Vragen van bereikbaarheidsanalyse aan RIVM	2.160		Kosten voor de zorgaanbieder voor het opstellen van de aanvraag: 20 x 2 uur x 54 euro. Aan het laten uitvoeren van de analyse door het RIVM zijn voor de zorgaanbieder geen kosten verbonden.

Opstellen continuïteitsplan	108.000		20 x 100 uur x 54 euro
Kosten van kennisneming van de regelgeving		48.600	900 zorgaanbieders x 1 uur x 54 euro
Totaal	837.480	48.600	

De berekende kosten houden over het algemeen geen kostenstijging in ten opzichte van de praktijk. De overleggen van de regionale overleggen acute zorgketen vinden al plaats, de meeste zorgaanbieders en zorgverzekeraars nemen in de praktijk al deel. In de aanloop naar de inwerkingtreding van de amvb en ministeriële regeling acute zorg is reeds geanticipeerd op de formele inwerkingtreding: een concept amvb is bekend gemaakt⁵, een (tweede) concept is naar de Eerste en Tweede Kamer gestuurd⁶, er zijn brieven gestuurd naar koepels van zorgaanbieders en in gesprekken met zorgaanbieders heeft de Minister voor Medische Zorg telkens aangedrongen op handelen volgens de concept amvb.

De berekende kosten hebben enerzijds betrekking op de traumacentra die het regionaal overleg acute zorgketen organiseren en anderzijds op andere zorgaanbieders die deelnemen aan het regionaal overleg acute zorgketen. De berekende regeldruk als gevolg van deze ministeriële regeling staat los van de totale kosten die de traumacentra maken voor het coördineren van de traumazorg, het regionaal overleg acute zorgketen en het opleiden, trainen en oefenen voor crises en rampen en van de beschikbaarheidsbijdrage die zij daarvoor ontvangen. Zo gaat deze ministeriële regeling niet over het coördineren van de traumazorg en het opleiden, trainen en oefenen. De regeling gaat alleen over het organiseren van het bestuurlijk regionaal overleg acute zorgketen. Dat er een landelijk systeem moet zijn dat inzicht geeft in de actuele capaciteiten van de aanbieders van acute zorg inclusief IC-bedden, zodat de RAV weet waarheen de ambulance moet rijden is in deze regeling niet als verplichting opgelegd aan de afzonderlijke zorgaanbieders, omdat in ROAZ-en geen afspraken gemaakt kunnen worden over een landelijk systeem. Er is hier geen sprake van een (nieuwe) verplichting en dus geen regeldruk. Tijdens de COVID pandemie financiert VWS een landelijk systeem. Ervan uitgaande dat er in het kader van de afspraken die moeten worden gemaakt over het delen van informatie met het oog op inzicht in de actueel beschikbare capaciteit een landelijk systeem wordt gehandhaafd, zullen er na afloop van de COVID pandemie wel kosten zijn. Momenteel wordt gezien hoe daarmee om te gaan. Ook neemt de intensiteit en omvang van het werk van de regionale overleggen acute zorgketen en de ondersteunende bureaus bij de traumacentra toe door de toegenomen en toenemende drukte in de acute zorg en de toename van het aantal partijen dat daarbij is betrokken. Er zijn daardoor meer overleggen nodig waarvoor in deze regeling geen bepalingen zijn opgenomen. In paragraaf 8 van de toelichting bij het uitvoeringsbesluit is ingegaan op de bekostiging van de activiteiten in het kader van het regionaal overleg acute zorgketen.

Er zijn geen kosten voor burgers, zij zijn in de gelegenheid om deel te nemen aan bijeenkomsten over voorgenomen "sluitingen" van aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie, maar zijn daartoe niet verplicht.

⁵ Kamerstukken II 2018/19, 29247, nr. 264.

⁶ Bijlage bij Kamerstukken II 2019/20, 29247, nr. 312 en bijlage bij Kamerstukken I 2019/20, 34767 en 34768, nr. D.

Het Adviescollege toetsing regeldruk heeft naar de concept regeling gekeken en vastgesteld dat de toelichting de regeldrukgevolgen toereikend in beeld brengt. Het college heeft daarom besloten om de adviesaanvraag ambtelijk af te doen en af te zien van het uitbrengen van een formeel advies.

5.2 Toezicht en handhaving door IGJ

De IGJ heeft een concept van de regeling getoetst op de mogelijkheid om op de uitvoering van de regeling toezicht te houden en om de uitvoering te handhaven.

De IGJ geeft in haar toets aan dat het goed is dat er duidelijkheid komt over de eisen die aan zorgaanbieders worden gesteld als zij aanbod van acute zorg willen opschorten of beëindigen, maar ziet ook een risico dat door het verplichten van een reeks processtappen op een volgens de IGJ gedetailleerde wijze, de prikkel bij zorgaanbieders wordt weggenomen om zelf na te denken over (potentiële) risico's voor goede en veilige zorg in een specifieke situatie en context en wat ervoor nodig is om deze te kunnen mitigeren. Om deze reden is in de aanhef van artikel 8A.4, eerste lid, van het uitvoeringsbesluit de algemene eis opgenomen dat een zorgaanbieder een zorgvuldige besluitvormingsprocedure moet volgen waarbij de belangen van cliënten, inwoners, andere zorgaanbieders, gemeenten en veiligheidsregio worden meegewogen. Vervolgens is bepaald dat een zorgvuldige besluitvormingsprocedure in ieder geval inhoudt dat aan een aantal nader omschreven eisen wordt voldaan.

De IGJ geeft voorts aan dat zij toezicht kan houden op het doorlopen van de processtappen, maar vraagt zich af of met het doorlopen van deze processtappen het gestelde doel wordt bereikt, namelijk het borgen van de beschikbaarheid en bereikbaarheid. De IGJ kan niet beoordelen of beschikbaarheid en bereikbaarheid worden gerealiseerd en ook niet of publieke belangen in deze door zorgaanbieders voldoende zijn meegewogen in hun besluitvorming. Het is inderdaad de bedoeling dat de IGJ toezicht houdt op het doorlopen van de processtappen uit het uitvoeringsbesluit zoals uitgewerkt in deze regeling en de algemene verplichting uit artikel 8A.4, eerste lid, van het uitvoeringsbesluit om een zorgvuldige besluitvormingsprocedure te volgen waarbij de belangen van cliënten, inwoners, andere zorgaanbieders, gemeenten en veiligheidsregio worden meegewogen. De NZa houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht en daarmee op het bewerkstelligen van voldoende beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg door zorgverzekeraars. Dit is geen taak voor de IGJ.

De IGJ pleit voor een norm voor samenwerking waarop de IGJ zowel de zorgaanbieders als het samenwerkingsverband kan aanspreken en voor medisch onderbouwde normen voor toegankelijkheid. Zulke normen zijn er op dit moment niet. In het kader van het beleid met betrekking tot een toekomstbestendige en houdbare acute zorg waarin ook het advies van de Gezondheidsraad over de 45 minutennorm⁷ kan worden meegenomen, kunnen de mogelijkheid en wenselijkheid van normen voor samenwerking en medisch onderbouwde normen voor toegankelijkheid van de zorg aan de orde komen.

Uit artikel 8g, eerste lid, zoals dat luidde in het concept dat aan de IGJ is voorgelegd, volgde dat melding bij de IGJ van een voorgenomen opschorting dan

⁷ Bijlage bij Kamerstukken II 2020/21, 29247, nr. 324.

wel beëindiging van aanbod van acute zorg dient plaats te vinden zodra redelijkerwijs kan worden voorzien dat er een gerede kans bestaat dat hij de acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk moet beëindigen of opschorten. Deze bepaling zal in de praktijk moeilijk handhaafbaar zijn volgens de IGJ, omdat een ruime interpretatie vrijwel niet te weerleggen zal zijn. De bepaling is na overleg met de IGJ aangepast en van een toelichting voorzien.

Uit overleg met de IGJ is gebleken dat de IGJ deelt dat goed naar de proportionaliteit van de verplichtingen moet worden gekeken. Bij opschortingen en beëindigingen met een beperkte impact op het aanbod van acute zorg hoeft aan bepaalde verplichtingen niet te worden voldaan. Het criterium van een percentage van de behandelcapaciteit acht de IGJ moeilijk handhaafbaar, aangezien behandelcapaciteit geen eenduidig begrip is. Voorts is de gekozen drempelwaarde van 25% van de behandelcapaciteit niet onderbouwd en biedt deze geen ruimte voor meewegen van de context. De betreffende bepaling in artikel 8a, tweede lid, onderdeel b, is voorafgaand aan de internetconsultatie naar aanleiding van de opmerkingen van de IGJ vereenvoudigd. In de versie die de IGJ heeft getoetst was sprake van het volgende uitzonderingscriterium: "een gedeeltelijke beëindiging dan wel een gedeeltelijke opschorting van langer dan twee weken, inhoudende een afname van minder dan 25% van de behandelcapaciteit voor de acute zorg, terwijl de acute zorg in het jaar daaraan voorafgaand niet eerder met minder dan 25% van de behandelcapaciteit is beëindigd of opgeschort." In de versie voor internetconsultatie is de passage vanaf "terwijl" geschrapt en het percentage verlaagd naar 10%. Dit omdat de passage met "terwijl" te ingewikkeld bleek; het percentage is in die versie verlaagd om te voorkomen dat twee inperkingen van stel 24% van de behandelcapaciteit in korte tijd zouden kunnen leiden tot bijna een halvering van de capaciteit, zonder de uitgebreide procedure te volgen. Mede naar aanleiding van de inbreng van LNAZ in de internetconsultatie (namelijk dat in kleine instellingen met een geringe behandelcapaciteit voor acute zorg al heel snel sprake zal zijn van een inperking van 10% of meer), is het percentage weer verhoogd naar 25%. Daar is echter aan toegevoegd dat ook bij een inperking van minder dan 25% het traumacentrum een ROAZ moet organiseren als het traumacentrum van oordeel is dat de continuïteit in de regio in gevaar is. Op deze manier wordt de situatie in de regio meegewogen bij de beslissing of bij gedeeltelijke sluitingen die leiden tot een afname van minder dan 25% een ROAZ moet worden georganiseerd. Hiermee wordt zo goed mogelijk tegemoet gekomen aan de wens van de IGJ en de wens van het LNAZ.

De IGJ geeft op basis van het concept van de regeling aan dat het niet voor de hand ligt individuele zorgaanbieders wettelijk verantwoordelijk te stellen voor het beschikbaar komen van een landelijk uniform informatiesysteem ten behoeve van inzicht in de actueel beschikbare capaciteit van acute zorg. Deze bepaling is dan ook geschrapt uit de regeling. Wel staat in de regeling dat zorgaanbieders in het regionaal overleg acute zorgketen afspraken moeten maken over het aanleveren van informatie die zorgaanbieders met elkaar delen teneinde inzicht te bieden in de actueel beschikbare capaciteit in de regio, zodat de RAV weet waar op een concreet moment naartoe moet worden gereden en ook de huisarts weet waar hij de patiënt naartoe kan verwijzen. Dit is van belang met het oog op de werking van een landelijk systeem.

5.3 Toets door NZa in relatie tot zorgplicht zorgverzekeraars

Aan de NZa is gevraagd of de bereikbaarheidsnormen in de concept regeling voldoende helder zijn omschreven. Naar het oordeel van de NZa is dit het geval.

5.4 Fraude

Aan IGJ, NZa, ZN en LNAZ is gevraagd of zij risico's zien op fraude in de regeling. De NZa, IGJ en ZN zien geen mogelijkheden voor fraude. LNAZ geeft aan dat er fouten kunnen worden gemaakt bij de berekening of inschatting van de behandelcapaciteit of dat daar een verkeerde opgave van gedaan zou kunnen worden. Met het oog op de proportionaliteit van de verplichtingen speelt de (beoogde vermindering van de) behandelcapaciteit een rol bij het bepalen of het traumacentrum een regionaal overleg acute zorgketen moet organiseren bij plannen voor een beëindiging of opschorting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie (artikel 8a, tweede lid), of een aanbieder een bereikbaarheidsanalyse moet aanvragen (artikel 8h, tweede lid) en of bijeenkomsten moeten worden georganiseerd voor gemeenten, veiligheidsregio en inwoners (artikelen 8i, tweede lid, en 8j, tweede lid). Er is echter geen eenduidiger criterium gevonden om te voorkomen dat ook bij beperkte gedeeltelijke beëindigingen of opschortingen aan de bovengenoemde verplichtingen moet worden voldaan. In dit kader wordt opgemerkt dat ook bij een beperkte afname van de behandelcapaciteit wel de IGJ en het traumacentrum geïnformeerd moet worden, overleg met zorgaanbieders en zorgverzekeraars moet plaatsvinden, gemeenten, inwoners en, in bepaalde gevallen, de veiligheidsregio betrokken moet worden en een continuïteitsplan moet worden opgesteld.

6. *Internetconsultatie*

Internetconsultatie van een concept van de onderhavige regeling heeft plaatsgevonden van 12 januari 2021 tot en met 23 februari 2021. In het kader van de internetconsultatie zijn tien reacties ontvangen, waarvan acht openbaar. De openbare reacties zijn te vinden op www.internetconsultatie.nl/regelingacutezorg. Hieronder worden de belangrijkste opmerkingen uit de internetconsultatie, anders dan instemmende opmerkingen, samengevat en blijkt of en zo ja, tot welke aanpassingen in de regeling of de toelichting de opmerkingen hebben geleid.

Mandaat ROAZ en voorzitter van het ROAZ

Het Landelijk Netwerk acute zorg (LNAZ) vraagt aandacht voor de besluitkracht en doorzettingsmacht van het ROAZ, maar doet daarvoor geen concrete suggesties. In een anonieme reactie wordt gesteld dat het mandaat voor de voorzitter van het ROAZ beter geregeld moet worden. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) vindt het onwenselijk en onnodig een uitvoerend mandaat te beleggen bij de voorzitter van het ROAZ of een commissaris acute zorg. Actiz geeft aan dat een voorzitter van het ROAZ zich onafhankelijk moet opstellen.

Op grond van het uitvoeringsbesluit is het traumacentrum verantwoordelijk voor het organiseren van het ROAZ, voor de agenda en voor het verslag en voor het informeren van de Inspectie en de zorgverzekeraars over in het overleg niet opgeloste knelpunten. Het traumacentrum verstuurt de uitnodigingen (artikel 8b van de regeling) en informeert andere traumacentra over onderwerpen en conclusies die voor hun regio van belang kunnen zijn (artikel 8c van de regeling). In het uitvoeringsbesluit of de regeling is niet bepaald wie de voorzitter is van het

overleg en heeft de voorzitter ook geen mandaat toegekend gekregen. Het gesprek over wie de voorzitter is van het ROAZ en het mandaat van de voorzitter kan gevoerd worden in het ROAZ. Discussie over de wenselijkheid van het wettelijk regelen van wie de voorzitter van het ROAZ is en van diens mandaat of over de wenselijkheid van een commissaris acute zorg en diens mandaat kan geschieden in het kader van de vormgeving van (de sturing op) een toekomstbestendige acute zorg.

Deelname aan ROAZ

Het LNAZ pleit ervoor om een afvaardiging van huisartsen in dagpraktijken standaard uit te nodigen voor het ROAZ. Categorie h van artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit is naar aanleiding hiervan toegevoegd aan het eerste lid van artikel 8b. Zorgaanbieders kunnen zich laten vertegenwoordigen, er geldt echter geen plicht om zich te laten vertegenwoordigen. Er worden in het ROAZ immers afspraken gemaakt waaraan de betrokken zorgaanbieders zich dienen te houden, dat moet zorgaanbieders de kans geven zelf hun inbreng te leveren ten aanzien van die afspraken.

Actiz stelt voor de mogelijkheid voor zorgaanbieders om zich te laten vertegenwoordigen te verruimen. Hieraan is tegemoet gekomen door in het zesde lid van artikel 8b "indien deze zorgaanbieder met vijftwintig of minder zorgverleners zorg verleent" te schrappen. Mede naar aanleiding van de opmerking van de LNAZ over de haalbaarheid en de mogelijke impact van artikel 8b, zesde lid, op de slagkracht, wordt opgemerkt dat door het laten vallen van de grens van vijftwintig zorgverleners meer flexibiliteit wordt bewerkstelligd en de slagkracht kan worden bevorderd. Conform het voorstel van het LNAZ en de huidige praktijk is artikel 8b, zevende lid, zodanig aangepast dat een gemeentelijke gezondheidsdienst (hierna: GGD) zich in het ROAZ kan laten vertegenwoordigen door een directeur publieke gezondheid (hierna: DPG) van een andere veiligheidsregio die eveneens binnen de betrokken ROAZ-regio valt. De regeling maakt het mogelijk om conform de wens van het LNAZ in de regio praktische afspraken te maken over vertegenwoordiging.

De KNMP (apothekersorganisatie) en de Stichting Dienstapotheken Nederland (SDN) verzoeken om in artikel 8b, tweede lid, te regelen dat openbaar apothekers ten minste voor het ROAZ worden uitgenodigd op basis van de agenda. Daarin is reeds voorzien. Aanbieders uit de categorieën g en i tot en met k van artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit worden in die gevallen uitgenodigd. Onder deze categorieën vallen zowel de openbaar apotheken als de dienstapotheken.

Actiz acht agenda gestuurd uitnodigen voor het ROAZ niet wenselijk. Juist vanuit een ander perspectief kijken, kan helpen nieuwe oplossingen over domeinen heen te bedenken. Op grond van artikel 8b, eerste lid, dienen aanbieders van Wlz-zorg altijd uitgenodigd te worden voor het ROAZ. Met het oog op de werkbaarheid en besluitkracht van het ROAZ worden andere groepen zorgaanbieders alleen uitgenodigd als er iets op de agenda staat dat hen aangaat, het overleg zou anders te groot worden en het zou een onnodige belasting zijn voor de betrokkenen.

ROAZ en verzekeraars

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zien het ROAZ als een samenwerkingsverband om te zorgen dat de acute zorg goed loopt in een regio. ZN is van mening dat het ROAZ lijkt uit te groeien tot een overleg waar men ook besluiten neemt over de beschikbaarheid van acute zorg. Dat lijkt ZN onwenselijk en een stap te ver. De

(lange termijn) zorgplicht en de wijze waarop zorgverzekeraars daar via de zorginkoop afspraken over maken, moet volgens ZN voldoende ruimte hebben en dat betekent dat op dit specifieke punt de rol van het ROAZ smaller gehouden moet worden.

Zoals is aangegeven in paragraaf 2 van de toelichting bij het uitvoeringsbesluit is het doel van de amvb om de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van acute zorg en de voorbereiding op die zorg zo goed mogelijk te borgen. In paragraaf 3 van de toelichting bij het uitvoeringsbesluit is aangegeven dat het bepaalde in het uitvoeringsbesluit de zorgverzekeraar niet ontslaat van zijn zorgplicht. De in het uitvoeringsbesluit opgenomen verplichtingen tot afstemmen, samenwerken, het maken van afspraken, het meewerken en het verstrekken van informatie zullen in belangrijke mate ondersteunend zijn voor zorgverzekeraars om aan hun zorgplicht te voldoen. Bovendien zal een zorgaanbieder voordat hij in het regionaal overleg acute zorgketen afspraken maakt over de levering van zorg, zich ervan vergewissen dat (zijn contract met) de zorgverzekeraar hiervoor de ruimte biedt. Zo wordt bevorderd dat de regionale afspraken en de contractering op elkaar aansluiten. In de toelichting bij het derde lid van artikel 8A.2 van het uitvoeringsbesluit wordt hier nog uitgebreider op ingegaan. In de toelichting bij artikel 8A.3 van het uitvoeringsbesluit staat dat uiteindelijk zorgverzekeraars vanwege hun zorgplicht door middel van hun zorginkoop een knoop doorhakken en zorgen voor goede bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg.

Naar aanleiding van artikel 8b, derde lid, merken het LNAZ en een anonieme organisatie op dat het niet praktisch is als het traumacentrum alle verzekeraars moet informeren over het ROAZ. Het LNAZ stelt voor dat de verzekeraar(s) met het grootste aandeel verzekerden in de regio dit doen. Dat ligt echter niet voor de hand. Het traumacentrum stuurt de uitnodigingen voor het ROAZ en alle verzekeraars moeten de gelegenheid hebben deel te nemen, bijvoorbeeld als zij een specifiek belang hebben bij een bepaald onderwerp. In de praktijk zullen vooral de verzekeraar(s) met het grootste aandeel verzekerden in de regio deelnemen aan het overleg, hetgeen de slagvaardigheid van het overleg bevordert.

Inzicht in actuele capaciteit

De Nederlandse ggz vraagt om bij artikel 8d, onderdeel f, een formulering op te nemen dat zorgaanbieders alleen informatie dienen te delen als dit is afgesproken in ROAZ-verband en mits deze informatie relevant is voor de andere aanbieders van acute zorg. De Nederlandse ggz ziet geen meerwaarde in het verplicht participeren in een regionaal of landelijk systeem waarin dagelijks de actuele capaciteit van de acute ggz moet worden ingevoerd en geeft daarvoor vier argumenten. Samenvattend is De Nederlandse ggz van mening dat het voor de ambulancezorg en de huisarts niet relevant is om informatie te hebben over de actuele beschikbaarheid van de acute ggz, aangezien de acute ggz regionaal zo georganiseerd is dat er altijd 1 crisisdienst en beoordelingslocatie 24/7 beschikbaar is en deze beschikbaarheid los staat van een eventueel capaciteitstekort van opnamebedden of van ambulante crisisbehandeling.

De formulering van artikel 8d, onderdeel f, houdt in dat in het ROAZ afspraken moeten worden gemaakt over de informatie die zorgaanbieders met elkaar delen teneinde inzicht te bieden in de actueel voor acute zorg en intensive care beschikbare capaciteit in de regio. De deelnemers aan het ROAZ bepalen gezamenlijk hoe die afspraken eruit zien en daarmee ook of ze betrekking zouden

moeten hebben op bedden die beschikbaar zijn voor een spoedopname in de ggz of capaciteit die beschikbaar is voor ambulante crisisbehandeling omdat die informatie relevant is of kan zijn voor een andere aanbieder van ggz of van een of meer ketenpartners in de regio.

ZN acht het cruciaal dat informatie over de capaciteit van de acute zorg wordt gedeeld met zorgverzekeraars zodat deze in het kader van hun zorgplicht hun verantwoordelijkheid kunnen nemen. Artikel 8d, onderdeel f, gaat over afspraken over informatie die zorgaanbieders met elkaar delen. Zij kunnen ervoor kiezen afspraken te maken over het al of niet delen van deze informatie met zorgverzekeraars.

GGD GHOR Nederland benadrukt het belang van goede informatie over de actuele capaciteit van de acute zorg bij een ramp of crisis. Hierover dienen in het ROAZ afspraken te worden gemaakt. In het kader van deze regeling worden geen eisen gesteld aan het regiobeeld. GGD GHOR Nederland wijst op de wettelijke verantwoordelijkheid van de DPG/GGD met betrekking tot het in artikel 2, tweede lid, onderdeel a, van de Wet publieke gezondheid, bedoelde - op epidemiologische analyse gebaseerde - inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Onder 'regiobeeld' in het kader van de onderhavige regeling wordt verstaan een overzicht van de belangrijkste data over zorgvraag, zorgaanbod, gezondheid en leefstijl, bevolkingsontwikkeling, sociale en fysieke omgeving in een specifieke regio.

Overig ROAZ

In een anonieme reactie wordt gepleit voor flexibiliteit voor het traumacentrum met betrekking tot het opstellen van de agenda voor het ROAZ. Actiz vraagt of het traumacentrum besluit over het agenderen van door andere partijen aangedragen agendapunten of dat de deelnemers dat doen. Het traumacentrum beslist over de agenda, maar op grond van artikel 8c, eerste lid, dient het traumacentrum het aangedragen onderwerp te agenderen als dit past binnen het doel van het ROAZ (het maken van afspraken met betrekking tot de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg die op doelmatige wijze bevorderen dat een persoon die binnen de 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). Actiz geeft daarnaast aan het belangrijk te vinden dat alle deelnemers aan het ROAZ agendapunten kunnen aandragen. Dit is inderdaad het geval. Verder vindt Actiz het van belang dat de regeling erin voorziet dat verslagen van het ROAZ openbaar worden gemaakt, mede met het oog op de mogelijk concurrentiegevoelige aard van de informatie. Juist omdat mogelijk concurrentiegevoelige informatie gedeeld wordt in het ROAZ is in de regeling bepaald dat naast de aanwezigen, besproken onderwerpen en de gemaakte afspraken alleen de kern van de inbreng van deelnemers hoeft te worden weergegeven.

Het uitvoeringsbesluit biedt overigens geen basis om nadere regels te stellen aan opleiden, trainen en oefenen voor rampen en crisis, zoals GGD GHOR Nederland vraagt.

Bereikbaarheidsnormen

De KNMP en SDN zijn van mening dat artikel 8f niet in overeenstemming is met het Kwaliteitskader spoedzorgketen. Dit werkt door in de artikelen 8d en 8h. In 8f zou ten minste de norm moeten worden opgenomen dat bij iedere geopende SEH

het ondersteunende specialisme 'apotheek' binnen 30 minuten na oproep bereikbaar is. In de regeling is echter voor geen enkel ondersteunend specialisme voor de SEH een norm opgenomen. Het gaat hierbij immers om afspraken binnen het ziekenhuis, tussen de SEH en ondersteunende specialismen. Het ligt niet voor de hand hierop een uitzondering te maken voor apotheken.

Proces bij sluiting

Het LNAZ vindt het niet redelijk dat een aanbieder melding moet doen van een sluiting als het in feite de zorgverzekeraar is, die de sluiting veroorzaakt. Uit een nadere toelichting op de inbreng van de KNMP en SDN blijkt verder dat de motie Van den Berg Veldman⁸ volgens de KNMP zo zou moeten worden gelezen dat de verzekeraar geen aanbod van dienstapotheken mag sluiten, zonder consultatie van zorgaanbieders in de keten.

Er is altijd sprake van een samenspel tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, de oorzaak van een sluiting zal vrijwel nooit uitsluitend ofwel bij de zorgaanbieder ofwel bij de zorgverzekeraar gelegen zijn. De zorgaanbieder kan het aanbod van acute zorg bijvoorbeeld willen sluiten vanwege onvoldoende financiering door de zorgverzekeraar, de zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld de financiering beperken of stopzetten vanwege onvoldoende kwaliteit(-prijsverhouding) van de zorg van de aanbieder. In alle gevallen moet de zorgaanbieder de besluitvormingsprocedure volgen en moet de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht voldoen en zijn verzekerden informeren. Op grond van het uitvoeringsbesluit dat is gebaseerd op de Wkkgz kunnen overigens geen verplichtingen worden opgelegd aan zorgverzekeraars.

Het LNAZ is van mening dat een zorgvuldig besluitvormingsproces ook zou moeten gelden bij sluiting van crisisbedden op basis van de Wet langdurige zorg of voor sluiting van het aanbod van acute wijkverpleging. Het uitvoeringsbesluit biedt echter geen basis om het besluitvormingsproces ook voor deze vormen van acute zorg voor te schrijven. Dat neemt niet weg dat bij dergelijke sluitingen een vergelijkbaar proces gevolgd zou kunnen worden en dat als er door dergelijke sluitingen knelpunten in de acute zorg dreigen te ontstaan, dit een onderwerp is voor het ROAZ. Het traumacentrum informeert de Inspectie en zorgverzekeraars over in het ROAZ niet opgeloste knelpunten, voor zover deze knelpunten van belang kunnen zijn voor de uitvoering van de taken van deze organisaties.

Uitzonderingssituaties

In de ter consultatie voorgelegde ontwerp-regeling werd bepaald dat, als de behandelcapaciteit met minder dan 10% afneemt, geen ROAZ hoeft te worden georganiseerd (artikel 8a, tweede lid, onderdeel b). Het LNAZ pleit ervoor dit criterium te vervangen zodat er geen ROAZ hoeft te worden georganiseerd als de continuïteit van de acute zorg op de betreffende locatie niet in gevaar komt. Elders schrijft LNAZ dat het gaat om sluitingen met impact op het aanbod van acute zorg in de regio en dat in ROAZ-verband kan worden beoordeeld of dit aan de orde is. Ook in een niet openbare reactie wordt hiervoor gepleit. De NVZ stelt voor het criterium te verruimen tot 25% en het twee weken criterium (artikel 8a, tweede lid, onderdeel a) te vervangen door vier weken.

De betreffende uitzonderingscriteria zijn relevant voor:

⁸ Kamerstukken II, 2020/21, 35570 XVI, nr. 121.

1. het organiseren van een ROAZ naar aanleiding van een voorgenomen gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie (artikel 8a, tweede lid);
2. het laten uitvoeren van een bereikbaarheidsanalyse door het RIVM (artikel 8h, tweede lid, onderdeel a en derde lid);
3. het organiseren van een bijeenkomst met gemeenten en de voorzitter van de veiligheidsregio (artikel 8i, tweede lid), en
4. het organiseren van een bijeenkomst met inwoners (artikel 8j, tweede lid).

In de genoemde uitzonderingsgevallen dient de zorgaanbieder wel aan andere verplichtingen te voldoen, zoals het informeren van de Inspectie, traumacentrum, gemeenten, de voorzitter van de veiligheidsregio en inwoners en het opstellen van een continuïteitsplan. Het LNAZ en een andere organisatie waarvan de reactie niet openbaar is, vinden dit disproportioneel en vinden dat het ROAZ zou moeten bepalen wat passende vervolgstappen zijn. GGD GHOR Nederland vindt dat de DPG in zijn GHOR-rol ook in deze uitzonderingsgevallen moet worden geïnformeerd.

Ook bij kortdurende of beperkte sluitingen dienen Inspectie, traumacentrum, gemeenten, de voorzitter van de veiligheidsregio en inwoners te worden geïnformeerd en moet een continuïteitsplan worden opgesteld. Ook in die gevallen moet de continuïteit van de zorg immers zo goed mogelijk geborgd zijn en moeten inwoners en verwijzers weten waar zij terecht kunnen. Het wordt niet passend geacht dat het ROAZ bepaalt of een zorgaanbieder bijvoorbeeld een bereikbaarheidsanalyse moet aanvragen of een bijeenkomst met gemeenten of inwoners moet organiseren. In dit kader wordt ook opgemerkt dat het ROAZ geen afzonderlijke juridische entiteit is met eigen bevoegdheden. Wel kan het criterium van wanneer sprake is van een beperkte beëindiging of opschorting verruimd worden van 10% van de capaciteit naar 25% van de capaciteit. Daarbij kan met betrekking tot de verplichting van het traumacentrum tot het organiseren van een ROAZ naar aanleiding van een voorgenomen gedeeltelijke sluiting van langer dan twee weken, worden geregeld dat bij een gedeeltelijke sluiting die leidt tot een afname van minder dan 25% van de behandelcapaciteit, het traumacentrum toch een ROAZ organiseert als naar het oordeel van het traumacentrum door die sluiting de continuïteit van de acute zorg in de regio in gevaar komt. Hiermee wordt deels tegemoet gekomen aan het voorstel van LNAZ.

LNAZ pleit niet voor het aanpassen van het criterium voor kortdurende opschortingen (2 weken). Het voorstel van de NVZ om dit criterium te verruimen naar vier weken wordt niet overgenomen met het oog op de mogelijke risico's daarvan voor de continuïteit van de zorg en mogelijke onrust bij inwoners. Naar aanleiding van de opmerking van GGD GHOR Nederland wordt opgemerkt dat de voorzitter van de veiligheidsregio ook door de zorgaanbieder die een taak heeft in het kader van de rampenbestrijding en crisisbeheersing in de zin van de Wet veiligheidsregio's of infectieziekte bestrijding in de zin van de Wet publieke gezondheid wordt geïnformeerd in de gevallen waarin mogelijk geen ROAZ wordt georganiseerd naar aanleiding van een voorgenomen gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting; dat is geregeld in artikel 8i. Verwacht mag worden dat de voorzitter van de veiligheidsregio de DPG hierover informeert.

Consulteren gemeenten, voorzitter veiligheidsregio en inwoners

De NVZ merkt naar aanleiding van de artikelen 8i en 8j op dat consulteren wezenlijk verschilt van medezeggenschap. De inspraak moet zich volgens de NVZ

beperken tot het bewaken en het waarborgen van de continuïteit van de acute zorg. Daarbij heeft en behoudt de zorgaanbieder vanuit zijn verantwoordelijkheid het recht om in zijn oordeels- en besluitvorming gemotiveerd af te wijken van ingebrachte standpunten vanuit de consultatie, aldus de NVZ. Het betrekken van gemeenten, de voorzitter van de veiligheidsregio en inwoners bij de besluitvorming over het al dan niet sluiten van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie geschiedt met het oog op de continuïteit van de acute zorg in de regio. De zorgaanbieder dient de inbreng van deze partijen mee te wegen in de besluitvorming en aan te geven wat hij met deze inbreng doet, maar neemt uiteindelijk zelf, in overleg met de zorgverzekeraars, een besluit. Wellicht kan de zorgaanbieder met aanpassingen in zijn besluit of flankerend beleid de zorgen van inwoners mitigeren.

Het LNAZ merkt op dat het niet duidelijk is wanneer de voorzitter van de veiligheidsregio geïnformeerd moet worden. In artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel e, van het uitvoeringsbesluit is bepaald dat de voorzitter van de veiligheidsregio betrokken moet worden als de desbetreffende zorgaanbieder een taak heeft in het kader van de rampenbestrijding en crisisbeheersing (bedoeld in artikel 1 van de Wet veiligheidsregio's) of de bestrijding van een infectieziekte, behorend tot groep A, bedoeld in artikel 6 van de Wet publieke gezondheid. Het gaat hier om gehele of gedeeltelijke opschortingen of beëindigingen van acute zorg in ziekenhuizen, huisartsenposten of beoordelingslocaties acute ggz.

7. *Voorhang van de regeling bij de Tweede Kamer*

Artikelsgewijs

Artikel I, onderdeel A

Door dit onderdeel wordt in artikel 1 van de Uitvoeringsregeling Wkkgz onder andere het begrip regiobeeld opgenomen. In onder meer het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2019-2022 is afgesproken dat er "regiobeelden" worden opgesteld. In het bestuurlijk akkoord medisch specialistische zorg 2019-2022 is geconcludeerd dat het nodig is dat partijen een feitelijk beeld maken van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk. Waar een dergelijk regiobeeld niet tot stand komt, nemen de inkopers (voor wat betreft de acute zorg zijn dat de zorgverzekeraars) het initiatief en zullen zij samen met zorgaanbieders, professionals en cliëntenorganisaties zorgen dat er een regiobeeld tot stand komt. Regiobeelden zijn vormvrij. Een regiobeeld is geen eenmalig document met een overzicht van het huidige zorgaanbod, maar blijft in ontwikkeling.

Artikel I, onderdeel B

Artikel 8a

Eerste lid

Van belang is dat het regionaal overleg met een bepaalde frequentie wordt georganiseerd, opdat de verplichting om tot afspraken te komen, wordt nagekomen. Op voorhand is niet te zeggen in hoeveel vergaderingen dat zal lukken. Om de continuïteit van het regionaal overleg acute zorgketen te waarborgen, wordt bepaald dat ten minste twee keer per jaar een overleg plaats moet vinden.

Tweede lid

Het tweede lid van dit artikel schrijft voor dat naast het reguliere regionaal overleg dat ingevolge het eerste lid minimaal twee keer moet worden georganiseerd, het traumacentrum een regionaal overleg acute zorgketen organiseert, indien het traumacentrum op de hoogte is gesteld van een mogelijke gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie. Dit lid ziet op de gevallen waarin de zorgaanbieder het traumacentrum informeert ingevolge artikel 8h, vierde lid. Daarvoor dient het traumacentrum betrokken partijen uit te nodigen, een agenda op te stellen en na afloop van het overleg verslag te leggen, alsmede eventueel andere traumacentra te informeren. Het traumacentrum organiseert een overleg zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen twee weken na het ontvangen van het bericht. Langs deze weg worden ook de GGD en de GHOR betrokken bij besluitvorming over een eventuele gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie.

In een aantal gevallen hoeft een traumacentrum, in afwijking van hetgeen hiervoor is opgemerkt, geen regionaal overleg acute zorg te organiseren. Het gaat hierbij om gevallen waarin het organiseren van een zodanig overleg, gezien de omvang van de tijdelijke of gedeeltelijke sluiting, disproportioneel wordt geacht. Deze gevallen zijn geregeld in de onderdelen a en b van het tweede lid. Ingevolge onderdeel a hoeft geen regionaal overleg acute zorgketen te worden georganiseerd bij een opschorting die redelijkerwijs ten hoogste twee weken zal duren.

Onderdeel b regelt dat geen regionaal overleg acute zorgketen hoeft te worden georganiseerd bij het gedeeltelijk beëindigen of het (langer dan twee weken) gedeeltelijk opschorten van acute zorg indien die beëindiging of opschorting een afname van minder dan 25% van de behandelcapaciteit voor acute zorg inhoudt én het traumacentrum van oordeel is dat de continuïteit van zorg in de regio niet in gevaar is. De behandelcapaciteit kan afnemen door bijvoorbeeld de vermindering van het aantal bedden of het aantal kamers dan wel door een beperking van de openingsuren. Bij een vermindering van minder dan 25% van de behandelcapaciteit waarbij het traumacentrum géén gevaar voor de continuïteit van de acute zorg in de regio ziet, is sprake van een zodanige beperkte impact op het aanbod van acute zorg dat het niet proportioneel wordt geoordeeld een regionaal overleg acute zorgketen te organiseren.

Derde en vierde lid

Als de zorgaanbieder voorziet dat een opschorting toch langer blijkt te gaan duren dan 2 weken of dat sprake blijkt te zijn van een beëindiging of opschorting van cumulatief 25% of meer van de behandelcapaciteit, bijvoorbeeld doordat twee kleinere opschortingen of beëindigingen aansluitend plaatsvinden, moet de zorgaanbieder dat onmiddellijk doorgeven aan het traumacentrum; het traumacentrum moet in dat geval alsnog zo spoedig mogelijk een regionaal overleg acute zorgketen organiseren.

Vijfde lid

Het vijfde lid regelt dat het traumacentrum ook een regionaal overleg acute zorgketen organiseert, indien hij door de zorgaanbieder wordt geïnformeerd overeenkomstig artikel 8k. Artikel 8k regelt dat de zorgaanbieder onder andere het traumacentrum informeert over een opgesteld ontwerp van het continuïteitsplan. In zulk geval hoeft een regionaal overleg acute zorgketen alleen te worden georganiseerd als het traumacentrum van oordeel is dat de continuïteit

van de zorg in gevaar komt. Als het continuïteitsplan voldoende voorziet in de continuïteit, hoeft daarover derhalve geen regionaal overleg acute zorgketen te worden georganiseerd.

Zesde lid

Uiteraard dient een traumacentrum ook spoedig een regionaal overleg acute zorgketen te organiseren als het voorziet dat het eigen aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk zal worden opgeschort of beëindigd. Daarbij gelden uit een oogpunt van proportionaliteit de uitzonderingsgronden die zijn omschreven in het tweede lid. Het traumacentrum dient derhalve ook bij een gedeeltelijke beëindiging of gedeeltelijke opschorting van de eigen acute zorg, te beoordelen of er sprake is van een afname van minder dan 25% en de continuïteit van zorg in de regio niet in het gevaar is. Het derde en vijfde lid eveneens van overeenkomstige toepassing zijn. De van overeenkomstige toepassing verklaring van het derde lid betekent dat het traumacentrum toch zo spoedig mogelijk een regionaal overleg moet organiseren, indien het voorziet dat de oorspronkelijk door het traumacentrum voorgenomen opschorting van ten hoogste twee weken toch langer zal duren of dat de oorspronkelijk voorziene gedeeltelijke beëindiging of opschorting van minder dan 25% van de behandelcapaciteit, toch 25% of meer zal zijn. De van overeenkomstige toepassing verklaring van het vijfde lid, betekent dat het traumacentrum een regionaal overleg acute zorgketen organiseert, indien zijn eigen continuïteitsplan niet voldoende blijkt te kunnen voorzien in de continuïteit van zorg in de regio.

Artikel 8b

In dit artikel wordt geregeld wie voor de vergadering van het regionaal overleg acute zorgketen moeten worden uitgenodigd, en wie verplicht zijn om bij de vergadering aanwezig te zijn. Deze bepalingen gelden voor ieder door het traumacentrum te organiseren regionaal overleg acute zorgketen, dus zowel voor een regulier regionaal overleg als bedoeld in artikel 8a, eerste lid, als voor een regionale overleg als bedoeld in artikel 8a, tweede of vijfde lid.

Eerste lid

Ingevolge het eerste lid worden de zorgaanbieders, genoemd in artikel 8A.1, eerste lid, b tot en met f, en h, van het uitvoeringsbesluit, voor iedere vergadering van het regionaal overleg acute zorgketen uitgenodigd. Dit zijn zorgaanbieders die acute zorg verlenen, zoals traumacentra, SEH's, RAV's, aanbieders van huisartsenzorg, GGD'en en aanbieders van ggz die acute zorg verlenen. Ook zorgaanbieders die behoren tot de categorieën die zijn aangewezen in artikel 8A.1, onderdelen l tot en met p, van het uitvoeringsbesluit moeten altijd worden uitgenodigd. Het gaat hier om aanbieders van verloskundige zorg, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, Wlz-zorg en geriatrische revalidatiezorg. Deze aanbieders zijn van belang voor de instroom in dan wel de uitstroom uit de keten van acute zorg.

Tweede lid

Dit lid regelt wanneer het traumacentrum zorgaanbieders als bedoeld in artikel 8A.1, onderdelen g en i tot en met k, van het uitvoeringsbesluit moet uitnodigen. Om het overleg werkbaar te houden en onnodige belasting van zorgaanbieders te voorkomen is er voor gekozen dat deze zorgaanbieders niet altijd hoeven te worden uitgenodigd en dus ook niet altijd aanwezig hoeven te zijn; zij dienen alleen te worden uitgenodigd als er onderwerpen op de agenda staan die hen raken.

Derde lid

Het is van groot belang voor de zorgaanbieders en voor de zorgverzekeraars om bij het regionaal overleg acute zorgketen aanwezig te zijn, opdat gezamenlijk oplossingen kunnen worden gevonden voor knelpunten in het aanbod van acute zorg. Voor zorgverzekeraars kunnen de afspraken in het regionaal overleg acute zorgketen behulpzaam zijn bij het vervullen van hun zorgplicht. Om die reden moet het traumacentrum ten minste de zorgverzekeraar uitnodigen met het grootste marktaandeel in de regio. Het traumacentrum kan ook meerdere zorgverzekeraars uitnodigen. Als zorgverzekeraars bij het traumacentrum aangeven dat zij willen deelnemen aan het overleg, zullen zij moeten worden uitgenodigd. Voor zorgverzekeraars geldt geen aanwezigheidsplicht. Aan zorgverzekeraars kunnen op grond van artikel 3a Wkkgz immers geen verplichtingen worden opgelegd. Het is aan zorgverzekeraars zelf om te bepalen of zij aanwezig wensen te zijn. In dit verband wordt opgemerkt dat het deelnemen aan het overleg er voor zorgverzekeraars aan kan bijdragen dat zij beter in staat zijn hun individuele zorgplicht in te vullen. In de praktijk zullen vooral de zorgverzekeraars met een groter belang in de regio daadwerkelijk aanwezig zijn, hetgeen de slagvaardigheid van het overleg bevordert.

Vierde lid

Het vierde lid regelt de uitnodiging van andere organisaties die mogelijk betrokken zijn bij bepaalde aspecten van de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg in de regio. Zo raakt het de politie als het vervoer van personen met verward gedrag besproken zou worden in het regionaal overleg acute zorgketen. Als het gaat over crisiszorg in het kader van de Wlz zijn de Wlz-uitvoerders daarbij betrokken. Het is denkbaar dat het regionaal overleg acute zorgketen een gemeente of cliëntenorganisatie wil horen over een voorgenomen "sluiting" van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie. Ingevolge het vierde lid wordt de GHOR die werkzaam is in de regio, voor ieder regionaal overleg acute zorgketen uitgenodigd. Indien meerdere GHOR's werkzaam zijn in de regio, worden deze alle uitgenodigd voor het overleg.

Vijfde en zesde lid

Het vijfde lid regelt dat zorgaanbieders uit de categorieën van artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit in beginsel aanwezig moeten zijn bij het regionaal overleg acute zorgketen als zij daartoe een uitnodiging ontvangen. Op de verplichting voor deze zorgaanbieders om aanwezig te zijn, gelden twee uitzonderingen. De eerste uitzondering is geregeld in het vijfde lid en houdt in dat deelname niet verplicht is als het traumacentrum aan een zorgaanbieder heeft gemeld dat diens deelname, gezien de geagendeerde onderwerpen, niet nodig is; op die manier wordt voorkomen dat een zorgaanbieder verplicht is aanwezig te zijn terwijl dit gezien de geagendeerde onderwerpen niet nodig is. Hiermee worden dus onnodige lasten voorkomen.

De tweede uitzondering is geregeld in het zesde lid. Daarin is geregeld dat zorgaanbieders niet verplicht aanwezig hoeven te zijn bij het regionaal overleg acute zorgketen, indien zij zich laten vertegenwoordigen. Daarbij is wel vereist dat degene die de zorgaanbieder vertegenwoordigt voldoende mandaat heeft om namens de zorgaanbieder afspraken te maken. Het ligt voor de hand dat degene die mandaat heeft om namens anderen te beslissen ook informatie ophaalt bij degenen die hij vertegenwoordigt en dat degenen die zich laten

vertegenwoordigen ook actief hun inbreng meegeven aan degene die hen vertegenwoordigt.

Zorgaanbieders dienen zich te vergewissen van de gemaakte afspraken namens hen en zich te houden aan deze afspraken.

Zevende lid

Het zevende lid regelt dat een GGD zich moet laten vertegenwoordigen door de DPG, die op grond van artikel 14, derde lid, van de Wet publieke gezondheid leiding geeft aan de GGD. Omdat de DPG tevens de leiding heeft over de GHOR in de regio, kan hij in het regionaal overleg ook de belangen van de GHOR behartigen. Aangezien de GGD/GHOR regio's niet overeenkomen met de ROAZ-regio's, kan het voorkomen dat er meerdere GGD'en werkzaam zijn binnen de ROAZ-regio. In dat geval kan er – in overeenstemming met de huidige praktijk – voor gekozen worden dat één van de betrokken DPG'en ook de andere GGD'en binnen de ROAZ-regio vertegenwoordigt. Voorwaarde is wel dat deze DPG daar voldoende voor is gemachtigd.

Artikel 8c

Eerste lid

Diverse zorgaanbieders en organisaties kunnen onderwerpen voordragen voor bespreking in het regionale overleg acute zorgketen. Het gaat hier om een zorgaanbieder (ongeacht of die behoort tot een in artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit aangewezen categorie), zorgverzekeraar, GHOR, gemeente, cliëntenorganisatie, Wlz-uitvoerder, politie of andere organisatie (zoals bijvoorbeeld een (regionale) branche-organisatie). Het is van belang dat deze onderwerpen, als een organisatie dat nodig acht, ook daadwerkelijk geagendeerd worden. Daarom moet het traumacentrum gehoor geven aan het verzoek indien het onderwerp past binnen het doel van het regionale overleg acute zorgketen, te weten het bewerkstelligen dat zorgaanbieders uit de acute zorgketen afspraken maken met betrekking tot de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg alsmede de voorbereiding op het verlenen van die zorg. Uit artikel 8b, vierde lid, volgt dat, indien een onderwerp geagendeerd staat dat relevant is voor een gemeente, cliëntenorganisatie, Wlz-uitvoerder, politie of andere organisatie, deze organisatie ook wordt uitgenodigd voor dat overleg.

Tweede en vijfde lid

In het tweede lid staat een verplichting voor alle zorgaanbieders die in het uitvoeringsbesluit zijn aangewezen. Indien een zodanige zorgaanbieder constateert dat er een risico voor de beschikbaarheid of bereikbaarheid van de acute zorg is, dan is hij verplicht dit onderwerp aan te dragen bij het traumacentrum. Het kan hierbij gaan om zowel huidige als toekomstige risico's inzake de beschikbaarheid of bereikbaarheid van de acute zorg.

Personeelstekorten kunnen een risico vormen voor de beschikbaarheid of bereikbaarheid van de acute zorg. Zij moeten derhalve op grond van dit lid als onderwerp aangedragen worden voor bespreking in het regionaal overleg acute zorgketen. Hieronder kunnen ook randvoorwaardelijke zaken vallen als het opleiden, behouden en inzetbaar houden van gekwalificeerd personeel. Zodra een onderwerp ingevolge het tweede lid is aangedragen, zal het traumacentrum dit onderwerp ingevolge artikel 8c, eerste lid, agenderen voor het regionale overleg acute zorgketen. In een aantal regio's wordt het opleidingsbeleid in een ander overleg besproken. In die gevallen is het wel zaak dat in het regionaal overleg acute zorgketen inzicht bestaat in de afspraken die in dat andere overleg worden

gemaakt. Dat andere overleg kan een andere regio omvatten. Daarom wordt in het vijfde lid geregeld dat traumacentra elkaar informeren over onderwerpen en conclusies uit het regionaal overleg acute zorg keten voor zover deze van belang zijn voor elkaars regio. Ook op andere gebieden kunnen afspraken die in de ene regio gemaakt zijn in het regionaal overleg acute zorgketen onder verantwoordelijkheid van het bijbehorende traumacentrum van belang zijn voor de acute zorgketen in de andere regio, waarvoor een ander traumacentrum de verantwoordelijkheid heeft om een regionaal overleg acute zorgketen te organiseren. Indien dit het geval is, delen traumacentra relevante informatie met elkaar over de onderwerpen, conclusies en gemaakte afspraken. Het is aan het traumacentrum om een inschatting te maken of een onderwerp zou moeten worden gedeeld met andere traumacentra.

Derde en vierde lid

Na ieder regionaal overleg acute zorgketen dient een verslag te worden opgesteld. Dit verslag heeft tot doel de afspraken vast te leggen, opdat deelnemers kunnen teruglezen wat er is afgesproken en zich aan de gemaakte afspraken kunnen houden. In het volgende regionaal overleg acute zorgketen wordt het verslag door alle deelnemers goedgekeurd en daarmee vastgesteld. Daarbij kunnen aanvullingen of wijzigingen zijn aangebracht in verband met de inbreng van de deelnemers van het overleg waar het verslag betrekking op heeft; als die deelnemers niet aanwezig of vertegenwoordigd zijn bij het overleg waarin het verslag wordt vastgesteld, kunnen de aanvullingen of wijzigingen te voren door hen aan het traumacentrum worden toegestuurd. Dit zal uiteraard moeten worden meegenomen bij het vaststellen van het verslag.

Artikel 8d

Dit artikel bevat de onderwerpen waarover de zorgaanbieders die in het uitvoeringsbesluit zijn aangewezen, afspraken dienen te maken. De partijen dienen op constructieve wijze met elkaar in overleg te gaan om te bezien hoe de betrokken doelen zo goed mogelijk kunnen worden bereikt.

De afspraken, genoemd onder a tot en met c, gaan over het beschikbaar en bereikbaar zijn van de acute zorg. Onderdeel a dient ertoe te bevorderen dat de acute zorg in ieder geval bereikbaar is binnen de normen die ervoor staan. Deze normen worden toegelicht bij artikel 8f. De onderdelen b en c gaan over de beschikbaarheid van de acute zorg. Om te bevorderen dat er voldoende acute zorg beschikbaar is, ook in periodes waarin de zorgvraag hoger is dan normaal (bijvoorbeeld bij een griepgolf, crises of rampen) of de beschikbaarheid van medewerkers beperkter is (bijvoorbeeld in vakantieperiodes), dienen er afspraken te worden gemaakt. Deze kunnen gaan over het voorkomen van een onnodig beroep op de acute zorg, over doorstroom binnen en uitstroom uit de acute zorgketen of over de inzetbaarheid van medewerkers. In alle gevallen is het van belang dat de zorgverzekeraars hun bijdrage leveren aan het oplossen van eventuele knelpunten.

Op basis van de onderdelen d en e dienen ook afspraken te worden gemaakt over het inzicht in de specifieke competenties die de verschillende zorgaanbieders in de regio in huis hebben en de voor dat inzicht te verstrekken informatie. Onderdeel f gaat erover dat binnen het regionaal overleg acute zorgketen, waaraan ook de GHOR deelneemt, afspraken moeten worden gemaakt over het delen van informatie over de actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg en

intensive care bedden in de regio. Deze informatie is van belang ten behoeve een landelijk systeem dat op ieder moment inzicht biedt in deze informatie aan degenen voor wie deze informatie relevant is. Hiermee wordt beoogd dat bijvoorbeeld een ambulance weet waar hij op een concreet moment naartoe moet rijden met een cliënt en dat de huisarts weet waar hij de cliënt naartoe kan verwijzen. Deze afspraken, bedoeld in onderdeel f, kunnen tevens worden gezien in het licht van de motie Geleijnse⁹. Zorgaanbieders en overige organisaties voor wie inzicht in de actuele capaciteit relevant is, moeten inzaghe hebben in de beschikbaar gestelde informatie. Dit geldt dus bijvoorbeeld voor RAV's en huisartsen, maar ook voor de GHOR, zodat die het inzicht heeft dat nodig is voor (de voorbereiding op) de zorg in het geval van crises en rampen. Daarentegen hoeven bijvoorbeeld aanbieders van acute ggz of apotheken die in de avond, nacht en weekenduren farmaceutische zorg bieden geen inzicht te hebben in de actuele capaciteit aan IC-bedden. Datzelfde geldt voor andere organisaties die geen zorgaanbieder zijn en die specifiek voor een bepaald onderwerp aan het ROAZ deelnemen.

Onderdeel g gaat over de ontwikkeling, training en opleiding van de zorgverleners. Het is van belang dat er binnen de regio inzicht is in wie welke opleidingen verzorgt en hoeveel. De deelnemende partijen vissen immers deels in dezelfde vijver van het arbeidsaanbod en hebben er belang bij dat alle partijen hier hun verantwoordelijkheid in nemen. Voldoende personeel is een belangrijke voorwaarde voor het kunnen bieden van goede zorg. In de praktijk zijn voor de acute ggz de opleidingsinspanningen opgenomen in de regioplannen die zorgaanbieders opstellen. Dit is één van de redenen dat het voor de hand ligt dat de regioplannen acute ggz in het regionaal overleg acute zorgketen worden besproken. Deze plannen bevatten afspraken over de beschikbaarheid van de acute ggz. In het kader van het inzetten van de juiste zorgverlener op een zorgvraag is de acute ggz een belangrijke schakel in de keten van de acute zorg.

Onderdeel h gaat over de crisisplannen als bedoeld in artikel 8A.5 van het uitvoeringsbesluit. Deze plannen hebben voor zorgaanbieders die een taak hebben in het kader van de rampenbestrijding en crisisbeheersing in de zin van de Wet veiligheidsregio's onder meer betrekking op de wijze waarop die zorgaanbieder uitvoering geeft aan de in het kader van artikel 33, tweede lid, van die wet bedoelde afspraken. Daarnaast gaan de plannen over de handelwijzen van de zorgaanbieder in geval van crisissituaties die gevolgen kunnen hebben voor de eigen organisatie en een risico kunnen vormen voor de continuïteit of goede uitvoering van de acute zorg alsmede de voorbereiding daarop. De plannen moeten op grond van het uitvoeringsbesluit worden toegezonden aan de DPG. Deze kan in het regionaal overleg acute zorgketen afstemming van de crisisplannen tussen aanbieders in de regio organiseren, mede met het oog op de opgeschaalde medische zorg in het kader van rampenbestrijding of crisisbeheersing en de bestrijding van de infectieziekten groep A. Alleen zorgaanbieders als bedoeld in artikel 8A.1, onderdelen a tot en met g, van het uitvoeringsbesluit, zijn verplicht om een crisisplan op te stellen.

Artikel 8e

Ingevolge artikel 8A.3 van het uitvoeringsbesluit dient het traumacentrum zorgverzekeraars te informeren over knelpunten in de beschikbaarheid of

⁹ Kamerstukken II 2018/19, 31016, nr. 181.

bereikbaarheid van acute zorg, indien dat van belang is voor de taken van verzekeraars. Omdat alle zorgverzekeraars verzekerden in de regio kunnen hebben, dienen alle zorgverzekeraars te worden geïnformeerd.

Artikel 8f

Dit artikel gaat over de bereikbaarheidsnormen, bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel g, en tweede lid, van het uitvoeringsbesluit en artikel 8d, onderdeel a, van de onderhavige regeling. Hieronder wordt ingegaan op de verschillende bereikbaarheidsnormen.

Eerste lid

Onderdeel a

Ingevolge onderdeel a dient het aantal inwoners dat in spoedgevallen met een ambulance niet binnen 45 minuten SEH kan bereiken, niet toe te nemen. Het gaat hier om de zogeheten 'basis spoedeisende hulp'¹⁰.

De 45-minutennorm ziet op de spreiding en bereikbaarheid van SEH's over Nederland. Het is een berekende spreidingsnorm¹¹. Dit wordt berekend met een theoretisch model van het RIVM. Dat brengt modelmatig de tijd tussen het binnenkrijgen van de melding op de meldkamer ambulancezorg tot aan presentatie van de cliënt in het ziekenhuis voor alle postcodegebieden in Nederland in kaart, waarbij bijvoorbeeld wordt gerekend met een vaste tijd tussen aankomst van de ambulance bij de cliënt en vertrek van de ambulance naar het ziekenhuis. De 45 minuten-norm is geen prestatienorm om kwaliteit of tijdigheid van de ambulancezorg of de totale reistijd van cliënt naar een ziekenhuis te meten. Dat een spoedrit in de praktijk langer dan 45 minuten duurt is ook zeer goed mogelijk. Dit kan vanuit (medisch) behandelooptpunt logisch en soms noodzakelijk zijn en kan gezondheidswinst opleveren voor de cliënt. Het is aan de ambulancezorgprofessionals om na de beoordeling van de cliënt te beslissen wat voor deze cliënt het beste is. Bij sommige aandoeningen zal dit inhouden dat behandeling in het ziekenhuis zo snel mogelijk moet plaatsvinden. Het kan echter ook de voorkeur hebben dat de ambulancezorgprofessionals langer bij de cliënt ter plaatse zijn om uitgebreid(er) onderzoek te doen en de zorg te starten. Denk hierbij aan het aanleggen van een infuus, het maken van een ECG, het doen van testen, het starten met pijnbestrijding e.d. (in welk geval de tijd tussen aankomst van de ambulance bij de cliënt en vertrek van de ambulance naar het ziekenhuis ook langer is dan waar in het RIVM-model mee wordt gerekend). De ambulance is immers niet slechts een vervoermiddel; door het ambulancepersoneel kan steeds meer zorg worden verleend. Als vervoer naar het ziekenhuis noodzakelijk is, bepalen de ambulancezorgprofessionals of de cliënt naar de dichtstbijzijnde SEH wordt gebracht of niet. Hierbij spelen met name medisch-inhoudelijke (bijvoorbeeld als het zorgaanbod in een ander ziekenhuis beter aansluit op de behoefte van de cliënt) en logistieke redenen (bijvoorbeeld wanneer bekend is dat het heel druk is op een SEH en de cliënt ergens anders sneller kan worden geholpen) een rol. De ambulancezorgprofessional heeft de professionele verantwoordelijkheid om snel en deskundig te handelen. Voor de cliënt is het kortom niet altijd het beste dat deze zo snel mogelijk na een melding in het dichtstbijzijnde ziekenhuis is. Dat is ook de reden waarom hiervoor geen prestatienorm bestaat.

¹⁰ Nadere informatie over wat wordt verstaan onder basis spoedeisende hulp en over het gehanteerde model is te vinden in de bijlage bij Kamerstukken II 2018/19, 29247, nr. 290.

¹¹ Bij brief van 1 december 2020 is het advies van de Gezondheidsraad over deze norm aangeboden aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2020/21, 29247, nr. 324).

Onderdeel b

Voor het aanbod van acute zorg op afdelingen acute verloskunde van ziekenhuizen wordt dezelfde bereikbaarheidsnorm gehanteerd als voor de SEH's.

Onderdeel c

Er is een bestaande streefwaarde van het veld dat minimaal 90% van de inwoners van het werkgebied van een huisartsenpost binnen 30 minuten per auto een huisartsenpost kan bereiken¹². Deze streefwaarde is eveneens opgenomen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen (2019)¹³. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen beschrijft hoe partijen in de zorg met elkaar willen samenwerken om iedere cliënt met een acute zorgvraag 24/7 spoedzorg van goede kwaliteit te bieden. Het kwaliteitskader is een landelijk kader voor de samenwerking tussen ketenpartners en beschrijft de minimale vereisten voor de regionale organisatie van de spoedzorg. Ten behoeve van een toetsbare bereikbaarheidsnorm is deze streefwaarde van het veld geherformuleerd en in onderhavige ministeriële regeling opgenomen. Daarbij is aangesloten bij de wijze waarop het RIVM reeds bereikbaarheidsanalyses opstelt voor huisartsenposten die plannen hebben om huisartsenzorg te beëindigen. De huisartsenpost die plannen heeft om het aanbod van de acute zorg geheel of gedeeltelijk te beëindigen of op te schorten, geeft in dat kader aan het RIVM aan wat het verzorgingsgebied is.

Huisartsen hebben de plicht om te zorgen dat er 24 uur per dag, 7 dagen per week huisartsenzorg beschikbaar is voor hun cliënten, dat staat ook in de contracten die zij afsluiten met zorgverzekeraars. Zij kunnen de zorg in de avond, nacht en weekenduren invullen door zorgverlening via een huisartsenpost. De huisartsenzorg in deze uren kan echter ook op een andere wijze vorm gegeven worden, bijvoorbeeld via een ambulante huisarts. Mochten huisartsen de huisartsenzorg in een huisartsenpost op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk willen beëindigen of opschorten, en deze zorg op andere wijze dan met een huisartsenpost willen vormgeven, dan staat hen dat vrij, zij het dat ook in dat geval gewaarborgd moet zijn dat 90% van de cliënten in die uren een locatie voor huisartsenzorg binnen 30 minuten per auto moeten kunnen bereiken. Of een dienstdoende huisarts moet 90% van hen binnen 30 minuten per auto kunnen bereiken.

Onderdeel d

In de generieke module Acute psychiatrie¹⁴ is de norm opgenomen dat met ingang van medio 2024 bij ten minste 90% van de personen met urgentie U2 (spoed) op psychiatrische kenmerken de crisisbeoordeling binnen één uur na de psychiatrische triage gestart moet zijn. Deze crisisbeoordeling vindt zoveel mogelijk thuis plaats. Als dat niet mogelijk is, is vervoer naar een beoordelingslocatie acute psychiatrie noodzakelijk. Een beoordelingslocatie is soms een aparte ruimte, soms maakt deze onderdeel uit van de crisisafdeling van een ggz-instelling. Het bij deze prestatienorm van het veld behorende percentage van het aantal personen met een urgentie U2 waarbij de beoordeling binnen één uur moet worden gestart, wordt in de periode 2020-2024 opgebouwd naar 90%. Ten behoeve van een toetsbare bereikbaarheidsnorm op basis waarvan het RIVM bereikbaarheidsanalyses kan opstellen is de prestatienorm van het veld

¹² Zie <https://ineen.nl/onderwerpen/kwaliteit/> voor het Raamwerk kwaliteitsbeleid huisartsenposten van InEen (2013).

¹³ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2019/04/15/kwaliteitskader-spoedzorgketen>.

¹⁴ Zie www.ggzstandaarden.nl voor de generieke module Acute psychiatrie en het bijbehorende implementatieplan.

geherformuleerd tot een bereikbaarheidsnorm en in deze ministeriële regeling opgenomen. De norm in deze regeling houdt niet in dat 90% van de inwoners in Nederland binnen een uur per ambulance bij een beoordelingslocatie acute psychiatrie moet kunnen zijn. De norm houdt wel in dat het aanbod van acute zorg op een beoordelingslocatie acute psychiatrie beschikbaar moet blijven als in het verzorgingsgebied anders minder dan 90% van de mensen binnen een uur met de ambulance bij een beoordelingslocatie kan zijn. Bij de berekeningen van het RIVM wordt uitgegaan van de snelheid van een personenauto (het gaat immers niet om vervoer met zwaailichten en sirene), 5 minuten triage en 10 minuten inlaadtijd.

Tweede lid

Dit lid heeft betrekking op de bereikbaarheidsnormen voor SEH's en afdelingen acute verloskunde. In de praktijk zijn er SEH's die 24 uren per dag, 7 dagen per week (24/7) open zijn maar ook SEH's die korter open zijn. Een afdeling acute verloskunde moet altijd 24/7 open zijn, anders is er geen sprake van een afdeling acute verloskunde. In het tweede lid is geregeld dat bij het toepassen van de bereikbaarheidsnormen alleen de SEH's en afdelingen acute verloskunde in aanmerking worden genomen die 24/7 open zijn. Dit sluit aan bij de huidige praktijk van het RIVM.

Artikel 8g

Het is van belang dat de Inspectie in een vroeg stadium geïnformeerd wordt over een mogelijke gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting. Daarom regelt artikel 8g, eerste lid, dat de Inspectie moet worden geïnformeerd indien er een gerede kans bestaat dat een gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting van de acute zorg op een bepaalde locatie plaats zal vinden. Dit betekent dat de zorgaanbieder niet kan wachten tot er een concreet voornemen tot sluiting bestaat. Van een gerede kans dat een gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting plaats zal vinden, is bijvoorbeeld sprake als de zorgaanbieder verschillende scenario's overweegt en het scenario van gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging daar onderdeel van uitmaakt. Het vroegtijdig op de hoogte brengen van de Inspectie van eventuele plannen tot beëindiging of opschorting zorgt ervoor dat de Inspectie zich tijdig een beeld kan vormen van de wijze waarop de zorgaanbieder, in samenspraak met zorgverzekeraars en andere ketenpartners, stuurt op risico's met betrekking tot kwaliteit en veiligheid, dan wel beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg, die voortvloeien uit de potentiële beëindiging of opschorting. Ook kan de Inspectie op deze wijze tijdig een vinger aan de pols houden of de zorgaanbieder aan de overige verplichtingen van het uitvoeringsbesluit en onderhavige regeling voldoet.

De NZa zal worden verzocht regels te stellen over het informeren van de NZa bij een voorgenomen opschorting of beëindiging, opdat de NZa kan toezien op de naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraars en de continuïteit van de zorg voor de cliënt.

Het informeren van de Inspectie dient in alle mogelijke gevallen van gehele of gedeeltelijke beëindigingen of opschortingen plaats te vinden. Ook wanneer de veiligheid van cliënten of zorg onmiddellijk wordt bedreigd en een snelle beëindiging van de zorg om die reden noodzakelijk is, is van belang dat de Inspectie op de hoogte wordt gesteld; dit zou geen problemen op moet leveren omdat de melding digitaal kan plaatsvinden en de daarbij te verstrekken gegevens

beperkt zijn.¹⁵ De uitzondering van artikel 8A.4, vierde lid, van het uitvoeringsbesluit ziet dan ook niet op de verplichting om de Inspectie te informeren.

Artikel 8h

Eerste lid

Een zorgaanbieder dient in een vroeg stadium goed na te gaan wat de gevolgen van de eventuele opschorting of beëindiging zijn. Om te kunnen beoordelen of de bereikbaarheidsnormen uit artikel 8f in het geding komen of om de gevolgen voor de rijtijden voor patiënten per ambulance te berekenen, regelt artikel 8h dat de zorgaanbieder die een gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging op een locatie overweegt, na het informeren van de IGJ bij het RIVM een bereikbaarheidsanalyse moet aanvragen.

Een bereikbaarheidsanalyse omvat in principe de volgende elementen:

1. de gevolgen met betrekking tot de bereikbaarheidsnormen:
 - a. een toets of een bereikbaarheidsnorm als omschreven in artikel 8f door de gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting in het geding is;
 - b. een beoordeling of door de beëindiging of opschorting naburige zorgaanbieders gevoelig worden voor de bereikbaarheidsnorm: d.w.z. dat een eventuele sluiting door die naburige aanbieder(s) zou leiden tot het in gevaar komen van de bereikbaarheidsnorm;
2. de effecten op de rijtijden voor patiënten per ambulance naar de dichtstbijzijnde locatie waar de betreffende zorg na de beëindiging of opschorting zou worden aangeboden.

Dit betekent niet dat in alle gevallen waarin een bereikbaarheidsanalyse moet worden aangevraagd het RIVM ook alle drie de onderdelen zal opnemen in de analyse.

- Bij een algehele beëindiging of opschorting of tijdelijke of blijvende inperking van het aantal uren door een SEH of afdeling acute verloskunde indien deze 24/7 is geopend, zijn de onderdelen 1a, 1b en 2 van de analyse aan de orde.
- Bij een algehele beëindiging of opschorting of tijdelijke of blijvende inperking van het aantal uren door een SEH, indien deze minder dan 24/7 is geopend, is alleen onderdeel 2 aan de orde.
- Bij een algehele beëindiging of opschorting of tijdelijke of blijvende inperking van het aantal uren van acute zorg in een ziekenhuis anders dan op een SEH of afdeling acute verloskunde, zoals op een spoedpost of spoedpoli, is alleen onderdeel 2 aan de orde.
- Bij een algehele beëindiging of opschorting van de zorg in een HAP, zijn de onderdelen 1a en 1b aan de orde.
- Bij een algehele beëindiging of opschorting van de acute ggz zijn de onderdelen 1a, 1b en 2 aan de orde.
- Bij een tijdelijke of blijvende beperking van het aantal openingsuren in de acute ggz is alleen onderdeel 2 aan de orde.

¹⁵ Alleen in geval van een reorganisatie moeten uitgebreidere gegevens worden aangeleverd, maar in zodanig geval is geen sprake van een situatie waarin de zorg snel beëindigd moet worden om reden van de veiligheid van de cliënten of de zorg.

Tweede en derde lid

Het tweede en derde lid samen geven uitzonderingen op het vereiste om een bereikbaarheidsanalyse aan te vragen:

- Bij een gehele of gedeeltelijke opschorting van het aanbod van acute zorg die redelijkerwijs ten hoogste twee weken duurt, hoeft geen bereikbaarheidsanalyse te worden aangevraagd (als de opschorting toch langer dan twee weken blijkt te gaan duren, moet echter alsnog een bereikbaarheidsanalyse worden gevraagd).
- Bij een (tijdelijke of blijvende) gedeeltelijke inperking van de behandelcapaciteit, anders dan door beperking van de openingstijden, hoeft geen bereikbaarheidsanalyse te worden aangevraagd. De analyses van het RIVM houden geen rekening met behandelcapaciteit anders dan, in een aantal gevallen, via openingsuren.
- Bij een inperking van de openingsuren van een HAP hoeft geen bereikbaarheidsanalyse te worden aangevraagd omdat voor de analyse alle HAP's worden meegenomen, ongeacht de openingstijden, en rijtijden voor patiënten per ambulance naar een HAP niet aan de orde zijn.
- Bij een gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging van het aanbod van farmaceutische zorg in de avond, nacht en op zondag hoeft geen bereikbaarheidsanalyse te worden aangevraagd. Voor deze vorm van zorg gelden geen bereikbaarheidsnormen en patiënten gaan niet per ambulance naar de dienstapotheek.

Uit het tweede en derde lid volgt dat bijvoorbeeld wel een bereikbaarheidsanalyse moet worden aangevraagd bij een inperking van de openingsuren van 25% of meer van het aanbod van acute zorg in een ziekenhuis of een beoordelingslocatie acute ggz.

Vierde en vijfde lid

Deze leden regelen dat de zorgaanbieder al in een vroeg stadium het traumacentrum moet informeren en met belangrijke partijen in overleg moet. Dit betreft een uitwerking van artikel 8A.4, eerste lid, onderdelen b en c, van het uitvoeringsbesluit.

Ingevolge het vierde lid zal de zorgaanbieder in een vroege fase het traumacentrum moeten informeren en wel op een zodanig tijdstip dat er door de zorgaanbieders (als bedoeld in artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit) voor wie het besluit gevolgen kan hebben en de betrokken zorgverzekeraar(s) nog wezenlijke invloed kan worden uitgeoefend op het te nemen besluit, er nog voldoende tijd is voor het nemen van de benodigde maatregelen die nodig zijn om de gevolgen van de sluiting op te vangen. Ook dient het tijdstip van informeren op zodanig moment te zijn dat er – rekening houdend met de in artikel 8a genoemde termijn van twee weken - voldoende tijd is voor het organiseren van een regionaal overleg acute zorgketen. Bij het informeren van het traumacentrum moet de zorgaanbieder die gaat sluiten gegevens verstrekken als bedoeld in artikel 8g, tweede lid. Omdat het informeren van het traumacentrum vaak wat later plaats zal vinden dan het informeren van de Inspectie, dienen de op het moment dat het traumacentrum wordt geïnformeerd actuele gegevens te worden verstrekt. Daarnaast zal de zorgaanbieder ook moeten aangeven welke ideeën er zijn om de continuïteit en beschikbaarheid van de zorg te borgen. Dit hoeven nog geen

concreet uitgewerkte plannen te zijn, maar de zorgaanbieder moet hier wel al over hebben nagedacht en zijn ideeën hierover delen met het traumacentrum.

Op grond van artikel 8a, tweede lid, zal het traumacentrum nadat het door de zorgaanbieder overeenkomstig artikel 8h, vierde lid, is geïnformeerd, in principe een regionaal overleg organiseren (zie voor de uitzonderingen artikel 8a, tweede lid, onderdelen a en b). Het is van belang dat de zorgaanbieders en zorgverzekeraar(s) in het te organiseren regionaal overleg in staat worden gesteld om met elkaar na te denken over een blijvende beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg. Door de betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraar(s) vroeg bij de plannen te betrekken en hen de kans te geven te reageren op de plannen, kan onder meer gezamenlijk worden toegewerkt naar een beëindiging of opschorting, zonder dat daarbij bijvoorbeeld de bereikbaarheidsnormen in gevaar komen.

Indien er een regionaal overleg wordt georganiseerd, zullen de zorgaanbieders voor wie de opschorting of beëindiging gevolgen kan hebben worden uitgenodigd voor het betrokken overleg (dit is geregeld in artikel 8b) en zullen zij daar ook bij aanwezig moeten zijn; het overleg met die zorgaanbieders zal derhalve in dat verband plaatsvinden (waarbij uiteraard ook overleggen in kleiner gezelschap mogelijk zijn). Wat betreft de zorgaanbieders voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben, valt te denken aan zorgaanbieders die behoren tot een in artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit bedoelde categorie die na de beëindiging wellicht (delen van) de acute zorg gaan overnemen of opvangen maar ook aan in artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit bedoelde zorgaanbieders voor wie de beëindiging of opschorting anderszins gevolgen kan hebben, bijvoorbeeld verwijzers.

Als er echter geen regionaal overleg wordt georganiseerd (bijvoorbeeld omdat sprake is van een opschorting van ten hoogste twee weken), moet de zorgaanbieder over de mogelijke sluiting eveneens met voornoemde partijen overleggen. In de eerste volzin van het vijfde lid wordt daarom bepaald dat de zorgaanbieder in dat geval zodanige overleggen moet starten op het moment dat er nog wezenlijke invloed kan worden uitgeoefend op het besluit en de betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraar(s) genoeg tijd hebben om de benodigde maatregelen te nemen. Hoeveel tijd hiervoor nodig is, hangt af van de concrete opschorting of beëindiging; de zorgaanbieder moet op basis van de concrete omstandigheden een zorgvuldige inschatting hiervan maken.

Door te regelen dat zorgaanbieders tijdig moeten worden geconsulteerd, wordt ook uitvoering gegeven aan de motie Van den Berg.¹⁶

Het bepaalde in de eerste volzin van het vijfde lid is van overeenkomstige toepassing als de zorgverzekeraar met wie de zorgaanbieder een overeenkomst heeft gesloten over de betreffende acute zorg, niet aanwezig of vertegenwoordigd is bij het door het traumacentrum georganiseerde regionale overleg over de sluiting. Een zorgverzekeraar kan immers niet verplicht worden om bij een regionaal overleg aanwezig of vertegenwoordigd te zijn, terwijl een zorgaanbieder die een sluiting overweegt wel met de betrokken zorgverzekeraar(s) moet overleggen. Als de betrokken zorgverzekeraar niet bij het georganiseerde regionaal overleg aanwezig is, moet de zorgaanbieder met die zorgverzekeraar in overleg treden op het moment dat er nog wezenlijke invloed kan worden

¹⁶ Kamerstukken II 2020/21, 29247, nr. 322.

uitgeoefend op het besluit en de zorgverzekeraar genoeg tijd heeft om de benodigde maatregelen te treffen. Verwacht wordt dat deze situatie zich niet vaak voor zal doen; het zal ook voor de zorgverzekeraar, gezien de op hem rustende zorgplicht, van belang zijn om aanwezig te zijn bij het brede regionale overleg over de betrokken sluiting.

Zesde lid

Ingevolge deze bepaling dient de zorgaanbieder bij de overleggen over de betrokken sluiting in het regionaal overleg acute zorgketen en met zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben, het regiobeeld te betrekken, indien dit regiobeeld beschikbaar is. Indien een dergelijk regiobeeld beschikbaar is moet de zorgaanbieder ingaan op de gevolgen voor het zorgaanbod in relatie tot de huidige en toekomstige zorgvraag.

Artikel 8i

Met de artikelen 8i en 8j wordt bewerkstelligd dat bij wijzigingen in het aanbod van acute zorg betrokken regionale en gemeentelijke besturen tijdig geconsulteerd moeten worden.¹⁷

Eerste lid

Bij een voorgenomen gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting dient een zorgaanbieder de colleges van burgemeester en wethouders en in bepaalde gevallen de voorzitter van de veiligheidsregio in een bijeenkomst te informeren over en de gelegenheid te geven om te reageren op de plannen. Zo'n bijeenkomst gaat bijvoorbeeld over wat de ideeën zijn waarop de plannen zijn gebaseerd, wat de alternatieven zijn, wat de uitkomst is van de bereikbaarheidsanalyse¹⁸, hoe de beschikbaarheid van acute zorg wordt geborgd, hoe het besluitvormingsproces verloopt, wat er met de inbreng van de colleges van burgemeester en wethouders en de voorzitter van de veiligheidsregio gebeurt, wanneer er wordt besloten en wanneer de nieuwe situatie in zou moeten ingaan.

De colleges van burgemeester en wethouders (of gemeentelijke ambtenaren die namens hen naar de bijeenkomst gaan) en de voorzitter van de veiligheidsregio moeten in een dergelijke bijeenkomst hun vragen kunnen stellen, en hun visies, wensen en zorgen kunnen uiten. De zorgaanbieder dient een dergelijke bijeenkomst te organiseren op een zodanig tijdstip, dat de colleges en de voorzitter van de veiligheidsregio nog wezenlijke invloed kunnen uitoefenen op het besluit. Als het met het oog op zorgen van de gemeenten of de veiligheidsregio noodzakelijk is om meer dan één bijeenkomst te houden, dan dient de zorgaanbieder meerdere bijeenkomsten te organiseren.

Ingevolge de Wet veiligheidsregio's zijn de veiligheidsregio's belast met de organisatie van de rampenbestrijding, crisisbeheersing en de geneeskundige hulpverlening. In verband met deze taken kan het ook van belang zijn dat deze geïnformeerd en gehoord worden. De voorzitter van de veiligheidsregio is ingevolge de Wet publieke gezondheid bestuurlijk verantwoordelijk voor de bestrijding van A-infectieziekten en heeft uit dien hoofde belang bij de

¹⁷ Hiermee wordt mede invulling gegeven aan de motie van het lid Van den Berg (Kamerstukken II 2020/21, 29247, nr. 322). De motie vraagt ook te regelen dat zorgaanbieders in de keten tijdig worden geconsulteerd; dit is geregeld in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel c, van het uitvoeringsbesluit en artikel 8h, vierde en vijfde lid.

¹⁸ Hiermee wordt tevens uitvoering gegeven aan de motie van het lid Van den Berg Kamerstukken II 2018/2019, 31016, nr. 198.

beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg op bijvoorbeeld afdelingen spoedeisende hulp.

Tweede, derde en vierde lid

Ingevolge het tweede lid hoeft een zorgaanbieder in bepaalde gevallen geen bijeenkomst voor de colleges van burgemeester en wethouders en de voorzitter van de veiligheidsregio te organiseren; dit is bij een gehele of gedeeltelijke opschorting die redelijkerwijs ten hoogste twee weken zal duren, of een gedeeltelijke beëindiging of gedeeltelijke opschorting, die redelijkerwijs een afname van minder dan 25% van de behandelcapaciteit voor de acute zorg inhoudt. Dit zijn dezelfde gevallen als omschreven in artikel 8a, tweede lid, waarbij echter voor het tweede lid, onderdeel b, het traumacentrum niet hoeft te beoordelen of de continuïteit van zorg in de regio in gevaar is. Artikel 8a, derde lid, wordt van overeenkomstige toepassing verklaard. Daarmee wordt bewerkstelligd dat indien de gehele of gedeeltelijke opschorting toch langer dan twee weken duurt (onderdeel a), alsnog zo spoedig mogelijk een bijeenkomst georganiseerd wordt. Ditzelfde geldt als blijkt dat er sprake is van een afname van 25% of meer van de behandelcapaciteit.

Wanneer een bijeenkomst ingevolge deze uitzonderingsbepalingen niet verplicht is, dienen de colleges van burgemeester en wethouders en – in het in het eerste lid bedoelde geval – de voorzitter van de veiligheidsregio schriftelijk of elektronisch geïnformeerd te worden. In het vierde lid is geregeld welke gegevens daarbij in elk geval moeten worden verstrekt en dat dit moet geschieden in een voor de colleges van burgemeester en wethouders en de voorzitter van de veiligheidsregio geschikte vorm.

Vijfde lid

De zorgaanbieder dient op de inbreng van de colleges van burgemeester en wethouders en de voorzitter van de veiligheidsregio in te gaan en deze aspecten mee te wegen in zijn besluitvorming. Ingevolge het vijfde lid dient de zorgaanbieder aan de betrokken colleges en voorzitter te motiveren wat met de door hen naar voren gebrachte visies, wensen en zorgen zal worden gedaan.

Artikel 8j

Eerste lid

Inwoners uit de omgeving die belang hebben bij de betrokken acute zorg, moeten in principe worden geïnformeerd door middel van een bijeenkomst. Bij een dergelijke bijeenkomst dient de zorgaanbieder in gesprek te gaan met de inwoners, waar tevens cliënten¹⁹ onder vallen. De zorgaanbieder dient de plannen toe te lichten en de achtergronden te schetsen en bijvoorbeeld aan te geven wat de reden is van de voorgenomen opschorting of beëindiging en de onderbouwing daarvan met feiten en cijfers waaronder de uitkomsten van de bereikbaarheidsanalyse, welke alternatieve scenario's overwogen zijn, hoe de voorgenomen beëindiging of opschorting past binnen het regiobeeld indien dat beschikbaar is, voor welke categorieën en aantallen cliënten met complexe en minder complexe zorgvragen de voorgenomen beëindiging of opschorting gevolgen heeft, wat de gevolgen zijn en hoe de beschikbaarheid van acute zorg binnen een redelijke afstand eruit zal zien, hoe het besluitvormingsproces verloopt, en wanneer de nieuwe situatie ingaat.

¹⁹ Hierbij kan bijvoorbeeld een Zorgbelang organisatie betrokken worden. Voor meer informatie zie www.zorgbelang-nederland.nl.

De bijeenkomst dient te worden georganiseerd op zodanig tijdstip dat de inbreng van de inwoners van wezenlijke invloed kan zijn op de besluitvorming door de zorgaanbieder. De zorgaanbieder moet luisteren naar de zorgen en suggesties van inwoners, die meewegen in de besluitvorming en transparant zijn over hoe die zorgen en suggesties zijn meegewogen. Dit kan bijdragen aan het voorkomen van onrust en onzekerheid onder inwoners van de betreffende regio. Zo nodig organiseert de zorgaanbieder met het oog op dit doel meer dan één bijeenkomst.²⁰

Tweede lid

Ingevolge het tweede lid hoeft een zorgaanbieder in bepaalde gevallen geen bijeenkomst voor inwoners te organiseren. Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 8i, tweede en derde lid, omdat voor dezelfde soort gevallen een uitzondering op dat artikel is opgenomen.

Wanneer een bijeenkomst ingevolge het tweede lid niet verplicht is, dienen de inwoners wel geïnformeerd te worden over de plannen van een zorgaanbieder. Dit moet via een bericht in een plaatselijke krant en op de website van de zorgaanbieder. Op deze manier worden ook de cliënten geïnformeerd. Hierbij moet ook aangegeven worden op welke wijze inwoners en cliënten richting de zorgaanbieder kunnen reageren op de plannen.

Derde lid

De zorgaanbieder dient op de inbreng van inwoners in te gaan en deze aspecten mee te wegen in zijn besluitvorming. De zorgaanbieder dient op de website aan te geven wat hij met de naar voren gebrachte visies, wensen en zorgen zal doen.

Artikel 8k

Ingevolge artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel h, van het uitvoeringsbesluit moet de zorgaanbieder een plan opstellen waarin wordt omschreven hoe, gezien de concrete omstandigheden en de bereikbaarheidsanalyse, op zorgvuldige wijze de continuïteit van zorg voor cliënten wordt nagestreefd. Dit wordt het continuïteitsplan genoemd. Na afloop van de bijeenkomsten met burgemeester en wethouders en met inwoners informeert de zorgaanbieder de Inspectie, het traumacentrum, de in artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit bedoelde zorgaanbieders voor wie de sluiting gevolgen kan hebben en alle zorgverzekeraars door middel van het concept continuïteitsplan over de details van de voorgenomen opschorting of beëindiging van het aanbod van acute zorg, de tijdplanning, de overdracht van de zorg, de eerder besproken onderwerpen en met wie is gesproken. Artikel 8m bevat de onderdelen die uiteindelijk in een continuïteitsplan moeten worden opgenomen. In het concept-continuïteitsplan worden de plannen van de zorgaanbieder opgenomen, ter bespreking met de Inspectie, het traumacentrum, de betrokken zorgaanbieders en alle zorgverzekeraars.

Artikel 8l

Eerste lid

De zorgaanbieder dient over het ontwerp continuïteitsplan in overleg te gaan met de in artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit bedoelde zorgaanbieders voor wie de

²⁰ Met dit artikel is invulling gegeven aan de moties Dik-Faber en Rutte (Kamerstukken II 2018/19, 29247, nr. 279) en Slootweg en Raemakers (Kamerstukken II 2018/19, 35138, nr. 5).

beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben en met zorgverzekeraars. Dit laatste is van belang in verband met de zorgplicht van zorgverzekeraars en met het oog op de zorginkoop door de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars die geen contract hebben met de zorgaanbieder dienen op dit moment tevens te worden geïnformeerd, opdat ook zij hun zorgplicht kunnen vervullen.

Het ligt voor de hand dat als op grond van artikel 8a naar aanleiding van het concept-continuïteitsplan een regionaal overleg wordt georganiseerd, dat regionaal overleg zoveel mogelijk wordt benut om het in artikel 8l bedoelde overleg te voeren. Daarbij moeten de deelnemers in de gelegenheid worden gesteld hun zienswijze te uiten. Uiteraard zijn ook overleggen in kleiner of ander gezelschap denkbaar. Afhankelijk van de vorm van acute zorg die wordt beëindigd of opgeschort kan bijvoorbeeld specifiek worden afgestemd hoe de gevolgen voor een HAP dan wel voor verloskundigen of kraamzorgorganisaties in de omgeving kunnen worden opgevangen. In geval van de sluiting van een beoordelingslocatie acute psychiatrie kan het bijvoorbeeld ook van belang zijn dat de plannen worden besproken met politie, wijkteams, SEH alsmede met de aanbieders van ambulante en intramurale ggz. Voor de DPG als hoofd van de GHOR is het relevant dat het aanbod van acute zorg adequaat blijft voor het geval zich een crisis of ramp voordoet.

Tweede lid

De in het eerste lid bedoelde besprekingen of een eventuele reactie van de Inspectie op het concept continuïteitsplan kunnen voor de zorgaanbieder aanleiding zijn om de plannen te wijzigen. In zulk geval moet de zorgaanbieder het continuïteitsplan aanpassen.

Artikel 8m

Artikel 8m regelt wat er in het continuïteitsplan moet komen te staan.

Het is de bedoeling dat het continuïteitsplan een operationeel draaiboek is van een gecontroleerde afbouw van acute zorg op de ene locatie en zo nodig de overdracht van cliëntenzorg en opbouw van extra aanbod van acute zorg elders. Dit doel is mede gebaseerd op het rapport van de Onderzoeksraad over de faillissementen van het Slotervaart ziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen²¹. Ook de Commissie van Manen benadrukt naar aanleiding van deze faillissementen het belang van een zorgvuldige overdracht van cliënten en van voldoende concreet uitwerken van een continuïteitsplan²². Een richtlijn van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) stelt dat een behandeling niet zomaar mag worden beëindigd en dat moet worden meegewerkt aan een aanvaardbaar alternatief voor de zorg²³.

Met de informatie in het continuïteitsplan wordt een zo volledig mogelijk beeld geschetst van hoe de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg in de regio er in de toekomst na een eventuele sluiting uitziet. Het continuïteitsplan geeft inzicht in de plannen van de zorgaanbieder (Gaat deze geheel of gedeeltelijk sluiten? Tijdelijk of blijvend? En per welke datum?), laat zien wat de gevolgen van sluiting of opschorting precies zijn (Voor welke cliëntengroepen? Ontstaan er

²¹ Bijlage bij Kamerstukken II 2019/20, 31016, nr. 269.

²² Bijlage bij Kamerstukken II 2019/20, 31016, nr. 282 d.d. 4 maart 2020, p. 111 en p. 96.

²³ Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, KNMG uitgave, versie 3.0. Organisatie/Auteur: KNMG/ mr. R.M.S. Doppegieter, mr. D.Y.A. van Meersbergen, Laatst gewijzigd: 2005.

risico's voor de patiëntveiligheid?), of de bereikbaarheidsnormen van artikel 8f in gevaar komen en welke afspraken daarvoor worden gemaakt (Waar kunnen welke cliëntengroepen dan wel terecht met hun vraag naar acute zorg?) en hoe de zorgaanbieder aan zijn informatieplicht jegens inwoners, meldkamers en verwijzers heeft voldaan. Enkele onderdelen van het continuïteitsplan worden hieronder toegelicht, de overige onderdelen spreken voor zich en behoeven geen verdere toelichting.

Onderdeel a

Dit onderdeel regelt dat de zorgaanbieder in moet gaan op de bereikbaarheidsanalyse van het RIVM. Dit moet uiteraard alleen als een zodanige bereikbaarheidsanalyse op grond van artikel 8h, eerste, tweede en derde lid, moet zijn aangevraagd.

Het lid Van den Berg heeft op 14 februari 2019 een motie ingediend²⁴ waarin wordt verzocht te borgen dat bij aanpassingen in de acute zorg effecten op de capaciteit van andere ziekenhuizen en de aanrijtijden van ambulances in kaart worden gebracht, en dat deze gegevens gedeeld worden met regiobestuurders en zorgverleners, voordat besluitvorming plaatsvindt. In lijn met deze motie volgt uit artikel 8h dat de zorgaanbieder in het continuïteitsplan ingaat op de (modelmatig berekende) rijtijden van patiënten per ambulance naar de dichtstbijzijnde locatie waar de betreffende acute zorg wordt aangeboden. De zorgaanbieder brengt op basis van de afspraken die hij maakt op grond van onderdeel f in kaart wat de benodigde extra capaciteit bij andere zorgaanbieders is. Aan de colleges van burgemeester en wethouders en de voorzitter van de veiligheidsregio wordt gemeld wat de ideeën zijn om de continuïteit van de betrokken acute zorg in de regio te borgen. Het informeren van colleges van burgemeester en wethouders en de voorzitter van de veiligheidsregio gebeurt via artikel 8i.

Onderdeel b

Voor alle betrokkenen is van belang dat helder is waarom het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie opgeschort of beëindigd wordt, waarom dat nuttig is, bijvoorbeeld met het oog op de kwaliteit van de zorg of waarom het noodzakelijk is, bijvoorbeeld om redenen van personeelsschaarste. Daarnaast draagt zoveel mogelijk kwantitatieve en feitelijke onderbouwing van de plannen, ertoe bij dat er meer begrip zal zijn voor de plannen.

Onderdeel c

In dit onderdeel wordt aangegeven dat als er een regiobeeld²⁵ is, de zorgaanbieder moet aangeven hoe zijn voornemens daarin passen. Dit betekent dat de zorgaanbieder daarbij in moet gaan op de gevolgen voor het zorgaanbod in relatie tot de huidige en toekomstige zorgvraag.

Onderdeel f

²⁴ Kamerstukken II 2018/19, 31016, nr. 198.

²⁵ Het lid Van den Berg heeft op 4 december 2019 een motie ingediend waarin wordt gevraagd te borgen dat er geen nieuwe besluiten worden genomen waardoor er huisartsenposten en/of spoedeisende hulp posten verdwijnen zolang er geen regiobeelden bekend zijn (Kamerstukken II 2019/20, 29247, nr. 299). Bij brief van 19 december 2019 (Kamerstukken II 2019/20, 29247, nr. 310) is aangegeven dat bij voorgenomen sluitingen voldaan moet worden aan de bereikbaarheidsnormen en aan de eisen die in het uitvoeringsbesluit en deze regeling worden gesteld aan het besluitvormingsproces. Er is op gewezen dat onderdeel daarvan is het opstellen en afstemmen van een continuïteitsplan.

Deze afspraken zijn bedoeld om te komen tot een gecontroleerd draaiboek voor afbouw en overdracht van de acute zorg.

Artikel 8n

Wanneer een zorgaanbieder daadwerkelijk het aanbod van acute zorg opschort of beëindigt, dient hij de partijen die genoemd worden in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel i, te informeren (de Inspectie, zorgaanbieders als bedoeld in artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit voor wie de sluiting gevolgen heeft, de betrokken traumacentra, alle zorgverzekeraars, de betrokken colleges van burgemeester en wethouders, de voorzitter van de betrokken veiligheidsregio en inwoners uit de omgeving die belang hebben bij de desbetreffende acute zorg). In artikel 8n van de regeling wordt geregeld dat het informeren van de betrokken organisaties schriftelijk of elektronisch kan geschieden. Het informeren van inwoners over de opschorting of beëindiging en over waar zij tijdens de opschorting of na de beëindiging terecht kunnen met hun vraag naar acute zorg, geschiedt via een bericht in de plaatselijke krant en op de website van de zorgaanbieder.

De minister voor Medische Zorg,

CONCEPT