

Besluit van [...], houdende wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz in verband met het stellen van eisen omtrent de voorbereiding, beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg

Op de voordracht van Onze Minister voor Medische Zorg, van [...], kenmerk [...];

Gelet op artikel 3a van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van [...], nr. [...]);

Gezien het nader rapport van Onze Minister voor Medische Zorg van [...], kenmerk [...];

Hebben goedgevonden en verstaan:

Artikel I

Het Uitvoeringsbesluit Wkkgz wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1.1 worden, onder vervanging van de punt aan het slot van de omschrijving van het begrip 'ziekenhuisbloedbank' door een puntkomma, in alfabetische volgorde de volgende begripsomschrijvingen ingevoegd:

- *acute zorg*: zorg in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of is verergerd;
- *regio*: gebied waarbinnen een traumacentrum verantwoordelijk is voor het leveren van traumazorg;
- *regionaal overleg acute zorgketen*: overleg als bedoeld in artikel 8A.2, eerste lid;
- *Regionale Ambulancevoorziening*: voorziening als bedoeld in artikel 4 van de Tijdelijke wet ambulancezorg;
- *traumacentrum*: krachtens artikel 8, tweede lid, van de Wet op bijzondere medische verrichtingen als traumacentrum aangewezen ziekenhuis;
- *zorgautoriteit*: Nederlandse Zorgautoriteit, genoemd in artikel 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg;
- *zorgverzekeraar*: zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1 van de Zorgverzekeringswet.

B

Na artikel 8:28 wordt een hoofdstuk ingevoegd, luidende:

Hoofdstuk 8A. Acute zorg

Artikel 8A.1

Op grond van artikel 3a van de wet worden de volgende categorieën van zorgaanbieders aangewezen:

- a. traumacentra;
- b. aanbieders van medisch-specialistische zorg die acute zorg verlenen, anders dan traumacentra;
- c. Regionale Ambulancevoorzieningen;
- d. aanbieders van huisartsenzorg in huisartsenposten;
- e. gemeentelijke gezondheidsdiensten;
- f. aanbieders van geestelijke gezondheidszorg die acute zorg verlenen;
- g. aanbieders die in de avond, de nacht en op zondag farmaceutische zorg aanbieden;

- h. aanbieders van huisartsenzorg, anders dan in huisartsenposten;
- i. aanbieders van geestelijke gezondheidszorg, die geen acute zorg verlenen;
- j. aanbieders van medisch-specialistische zorg, anders dan bedoeld in de onderdelen a en b;
- k. aanbieders van verloskundige zorg;
- l. aanbieders van wijkverpleging;
- m. aanbieders van eerstelijnsverblijf;
- n. aanbieders van Wlz-zorg;
- o. aanbieders van geriatrische revalidatiezorg.

Artikel 8A.2

1. Een traumacentrum organiseert een regionaal overleg dat tot doel heeft te bewerkstelligen dat zorgaanbieders die behoren tot de in artikel 8A.1 aangewezen categorieën afspraken maken met betrekking tot de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg alsmede de voorbereiding op het verlenen van die zorg. De afspraken bewerkstelligen op doelmatige wijze dat een persoon die binnen die regio acute zorg nodig heeft, die zorg tijdig ontvangt van een zorgaanbieder die daarvoor voldoende is toegerust en over de voor die zorg noodzakelijke deskundigheid beschikt.
2. Zorgaanbieders die behoren tot de in artikel 8A.1 aangewezen categorieën spannen zich in om afspraken als bedoeld in het eerste lid te maken en komen de door hen gemaakte afspraken na.
3. Bij regeling van Onze Minister worden nadere regels gesteld over de uitvoering van het eerste lid. Deze nadere regels kunnen per categorie van zorgaanbieders verschillen en hebben in ieder geval betrekking op:
 - a. de afspraken, bedoeld in het eerste lid;
 - b. de verplichting van het traumacentrum om zorgaanbieders die behoren tot de in artikel 8A.1 aangewezen categorieën dan wel andere organisaties of personen uit te nodigen voor een vergadering van het regionaal overleg acute zorgketen;
 - c. de verplichting van zorgaanbieders die behoren tot de in artikel 8A.1 aangewezen categorieën om deel te nemen aan een vergadering van het regionaal overleg acute zorgketen;
 - d. de verplichting van het traumacentrum om desgevraagd onderwerpen voor een vergadering van het regionaal overleg acute zorgketen te agenderen; en
 - e. het door het traumacentrum op te stellen verslag van een vergadering van het regionaal overleg acute zorgketen.

Artikel 8A.3

1. Het traumacentrum informeert de inspectie en de zorgverzekeraars over knelpunten in de beschikbaarheid of bereikbaarheid van de acute zorg in de betrokken regio die binnen het regionaal overleg acute zorgketen niet worden opgelost, voor zover die knelpunten van belang kunnen zijn voor de uitvoering van de taken van deze organisaties.
2. Indien een knelpunt als bedoeld in het eerste lid van belang is voor de nakoming van de zorgplicht, bedoeld in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, en dit knelpunt door de zorgverzekeraars niet in een volgend regionaal overleg acute zorgketen wordt opgelost, informeert het traumacentrum de zorgautoriteit hierover.

Artikel 8A.4

1. Een zorgaanbieder die behoort tot een categorie als bedoeld in artikel 8A.1, onderdelen a, b, d of f, kan het aanbieden van acute zorg op een bepaalde locatie slechts geheel of gedeeltelijk beëindigen of opschorten als de zorgaanbieder:
 - a. de Inspectie en de zorgautoriteit te voren schriftelijk of elektronisch heeft geïnformeerd;

- b. ervoor zorg heeft gedragen dat de bij regeling van Onze Minister omschreven normen niet in gevaar komen;
 - c. over de beëindiging of opschorting te voren heeft overlegd met de zorgverzekeraar waarmee hij ter zake een overeenkomst heeft gesloten alsmede met de zorgaanbieders, bedoeld in artikel 8A.1, voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben;
 - d. de colleges van burgemeester en wethouders van de gemeenten in de regio te voren over de beëindiging of opschorting heeft geïnformeerd;
 - e. zich inspant om onzekerheid te voorkomen bij de inwoners uit de omgeving die belang hebben bij de door de zorgaanbieder geboden acute zorg; en
 - f. te voren een plan heeft opgesteld waarin wordt omschreven hoe, gezien de concrete omstandigheden, op zorgvuldige wijze de continuïteit van zorg voor cliënten wordt geborgd.
2. Het informeren, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, vindt plaats zodra de zorgaanbieder redelijkerwijs kan voorzien dat er een gerede kans bestaat dat een gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting zal plaatsvinden.
 3. Het overleg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, vindt op een zodanig tijdstip plaats dat er redelijkerwijs voldoende tijd is voor maatregelen om de continuïteit van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg in de regio te borgen.
 4. Het eerste lid, onderdelen b tot en met f, het derde lid alsmede het bepaalde krachtens het vijfde lid, is niet van toepassing voor zover de veiligheid van de cliënten of de zorg daardoor zou worden bedreigd.
 5. Bij regeling van Onze Minister kunnen nadere regels worden gesteld over de uitvoering van het eerste lid, onderdelen a, e en f of het tweede lid. Deze nadere regels kunnen per categorie van zorgaanbieders verschillen.

Artikel 8A.5

1. Een zorgaanbieder die behoort tot een categorie, bedoeld in artikel 8A.1, onderdelen a tot en met g, beschikt over een crisisplan.
2. In een crisisplan worden in ieder geval beschreven:
 - a. 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;
 - b. indien de zorgaanbieder een taak heeft in het kader van de rampenbestrijding en crisisbeheersing, bedoeld in artikel 1 van de Wet veiligheidsregio's: hoe de zorgaanbieder uitvoering geeft aan de in artikel 33, tweede lid, van de Wet veiligheidsregio's bedoelde afspraken over de inzet van de zorgaanbieder bij die taak;
 - c. de noodzakelijke voorbereiding voor de in onderdeel a bedoelde handelwijzen en de in onderdeel b bedoelde uitvoering van afspraken.
3. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de in het tweede lid, onderdeel c, bedoelde voorbereidende activiteiten worden uitgevoerd.
4. De zorgaanbieder stuurt het crisisplan aan de directeur publieke gezondheid, bedoeld in artikel 32, eerste lid, van de Wet veiligheidsregio's, van de veiligheidsregio waar de zorgaanbieder is gevestigd.

C

De artikelen 9.2 tot en met 9.6 vervallen.

Artikel II

Dit besluit treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

De Minister voor Medische Zorg,

CONCEPT

Nota van toelichting

Algemeen

1. Aanleiding

Op grond van artikel 4 van de Wet toelating zorginstellingen (hierna: WTZi) golden beleidsregels die onder meer betrekking hadden op de acute zorgketen. In die beleidsregels stonden voorschriften voor specifieke categorieën van zorgaanbieders met betrekking tot acute zorg, zoals het deelnemen aan het regionale overleg acute zorgketen (hierna ook 'ROAZ' genoemd) en het nakomen van de afspraken die in dat regionale overleg zijn gemaakt. Deze beleidsregels zijn vervallen door het schrappen van artikel 4 van de WTZi (artikel I, onderdeel B, van de Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders, hierna: AWtza). In plaats daarvan is in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (hierna: Wkkgz) een nieuw artikel 3a opgenomen (artikel VII, onderdeel B, van de AWtza). Op grond van artikel 3a van de Wkkgz moeten bij of krachtens algemene maatregel van bestuur eisen worden gesteld aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg en de voorbereiding op het verlenen van die zorg, waaraan de bij die maatregel aangewezen categorieën van zorgaanbieders moeten voldoen. Deze regels zijn opgenomen in het onderhavige besluit.

2. Doel van het besluit

Het doel van dit besluit is om de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg en de voorbereiding op die zorg zo goed mogelijk te borgen door middel van onder meer een goede regionale samenwerking en afstemming met betrekking tot de acute zorg in alle regio's. Van belang is dat patiënten die acute zorg nodig hebben zeven dagen per week, 24 uur per dag, tijdig goede en passende zorg krijgen. Hiertoe worden onder meer, evenals in voornoemde beleidsregels het geval was, regels gesteld over een door de traumacentra te organiseren regionaal overleg acute zorgketen. Er zijn in Nederland elf ziekenhuizen met een functie als traumacentrum die ieder een regionaal overleg acute zorgketen organiseren. Ketenpartners in de acute zorg zoals ziekenhuizen, Regionale Ambulancevoorzieningen, huisartsenposten (hierna: HAPs) en crisisdiensten voor acute-geestelijke gezondheidszorg (hierna: ggz), alsmede in veel gevallen ook huisartsen, verloskundigen, GHOR en gemeentelijke gezondheidsdiensten (hierna: GGD), zijn hierbinnen met elkaar verbonden en vormen daardoor in de praktijk een netwerk. In een aantal gevallen nemen ook zorgverzekeraars deel aan het regionaal overleg. De partijen die reeds in het kader van voornoemde beleidsregels deelnamen aan de ROAZ'en hebben in diverse overleggen aangegeven dat zij behoefte hebben aan een duidelijkere legitimering van de taken, in hun relatie met andere partijen in de zorg, waaronder de zorgverzekeraars.

Door het bepaalde bij en krachtens het onderhavige besluit zullen de verplichtingen voor zorgaanbieders die samenhangen met dit regionaal overleg acute zorgketen duidelijker zijn vastgelegd. Ook wordt door het bepaalde bij en krachtens het onderhavige besluit bewerkstelligd dat zorgverzekeraars beter worden betrokken en geïnformeerd. Verder wordt de reikwijdte van het regionaal overleg aangepast aan de praktijk: het overleg heeft zich in de praktijk verbreed van een overleg over acute zorg in enge zin (te weten de zorg van spoedeisende eerste hulp afdelingen en afdelingen acute verloskunde in ziekenhuizen, ambulancediensten, huisartsenposten en crisisdiensten van de ggz), naar een overleg dat tevens betrekking heeft op de instroom, doorstroom en uitstroom uit de keten van acute zorg. Deze verbreding is onder meer van belang om ervoor te zorgen dat patiënten op het juiste moment de juiste zorg van de juiste zorgverlener ontvangen, en niet onnodig (lang) in de keten van de acute zorg terecht komen. Zoals ook is geconstateerd in de Marktscan Acute zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa), is de drukte op deze keten namelijk (te) hoog (Marktscan Acute zorg van NZa, sept. 2017, Kamerstukken II 2016/2017, 29 247, nr. 236). Daarnaast is er meer aandacht voor de bereikbaarheid van de acute ggz. Met de generieke module Acute psychiatrie zoals die in maart 2017 is vastgesteld door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz en die momenteel wordt voorzien

van een implementatieplan, zal met ingang van 2020 een bereikbaarheidsnorm beschikbaar komen voor beoordeling van patiënten met een acute psychische zorgvraag.

3. *Verantwoordelijkheden met betrekking tot acute zorg*

Iedere zorgaanbieder is en blijft verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg, waaronder mede wordt verstaan dat die zorg tijdig wordt verleend (artikel 2 Wkkgz). Deelname aan het regionaal overleg acute zorgketen en het al dan niet tot stand komen van afspraken in dit overleg ontslaat de zorgaanbieder niet van deze verantwoordelijkheid. Evenmin ontslaat het bestaan van het genoemde regionaal overleg, de verplichtingen van de zorgaanbieders in dat kader of de deelname van de zorgverzekeraar aan het regionaal overleg de zorgverzekeraar van zijn zorgplicht, inhoudende de plicht om voldoende goede, tijdige en bereikbare acute zorg in te kopen en daar regie op te nemen (artikel 11 Zorgverzekeringswet). De in dit besluit opgenomen verplichtingen tot afstemmen, samenwerken, het maken van afspraken en het verstrekken van informatie, zullen echter wel in belangrijke mate ondersteunend zijn voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aan hun voornoemde plichten te kunnen voldoen aangezien acute zorg voor een belangrijk deel ketenzorg is.

4. *Normen voor acute zorg*

In spoedeisende gevallen is goede, waaronder tijdige, zorg helemaal van groot belang. In dat kader bestaan er op dit moment verschillende concrete normen voor de bereikbaarheid. Zo is er bijvoorbeeld de norm voor ambulancezorg die aangeeft dat patiënten die met de hoogste graad van spoed zorg nodig hebben, onder normale omstandigheden in 95% van de gevallen binnen een kwartier na aanneming van de melding door een ambulance bereikt moeten kunnen worden om de primaire behandeling te kunnen laten beginnen (deze norm is geregeld in artikel 7, eerste lid, van de Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg). Dit vereiste van 95% geldt voor de ambulanceregio als geheel. Daarnaast rust bijvoorbeeld op huisartsen de inspanningsverplichting om in spoedgevallen binnen 15 minuten bij de patiënt te zijn¹. De HAPs hebben als norm dat minimaal 90% van de inwoners van het werkgebied van een HAP binnen 30 minuten met de auto bij de HAP moet kunnen zijn². In de beleidsregels WTZI was voorts de norm opgenomen dat de deelnemers aan het regionaal overleg alleen (tijdelijk) kunnen stoppen met functies op een bepaalde locatie als de 45 minuten norm om een ziekenhuisafdeling voor spoedeisende hulp (hierna: SEH) of afdeling acute verloskunde te bereiken niet in gevaar komt. Op 21 november 2018 heeft de Minister voor Medische Zorg tijdens het algemeen overleg van de Vaste commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de ziekenhuiszorg³ toegezegd dat naar de medisch-inhoudelijke kant van deze norm zal worden gekeken. Daarbij zal rekening worden gehouden met kwaliteit, arbeidsmarkt en budgettaire aspecten. Op basis van de generieke module Acute psychiatrie zal per 2020 helder worden hoe snel iemand met een acute psychische zorgvraag door de crisisdienst van de ggz beoordeeld moet kunnen worden.

Het is van groot belang dat de zorgaanbieders in het regionaal overleg zodanige afspraken maken dat de zorg binnen de voornoemde normen kan worden gerealiseerd. Dit zal nader worden uitgewerkt in de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 8A.2, derde lid. In die regeling zullen in dat kader ook de betrokken normen worden omschreven. Deze normen zijn voorts van belang voor de vraag in hoeverre een zorgaanbieder die behoort tot een in artikel 8A.1, onderdelen a, b, d, of f, bedoelde categorie, het aanbieden van acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk mag beëindigen dan wel opschorten⁴; dit laatste is in beginsel niet toegestaan indien hierdoor bovenbedoelde, bij ministeriële regeling te omschrijven, normen in gevaar komen (artikel 8A.4, eerste lid, van dit besluit).

¹ Richtlijn LHV Bereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsenzorg.

² Raamwerk kwaliteitsbeleid huisartsenposten.

³ Handelingen II 2018/19, nr. , item, p.

⁴ Regionale Ambulancevoorzieningen hebben de wettelijke taak ambulancezorg te leveren en kunnen daar niet mee stoppen.

5. Noodzaak van afstemming, samenwerking en goede afspraken bij acute zorg

Goede en tijdige acute zorgverlening vraagt om goed functioneren van de afzonderlijke schakels in de keten van de acute zorg, met goede afspraken en een goede afstemming en samenwerking tussen die schakels alsmede met de partijen die onnodige instroom in de keten kunnen beperken of de uitstroom uit de keten kunnen bevorderen. Goede en tijdige acute zorgverlening vraagt daarmee om een netwerk waarin zorgaanbieders samenwerken, afstemmen en afspraken maken. Om deze afspraken, afstemming en samenwerking te realiseren, wordt in het onderhavige besluit bepaald dat in elke regio een regionaal overleg ter zake moet worden georganiseerd waaraan de zorgaanbieders die behoren tot de daartoe aangewezen categorieën moeten deelnemen (deze zorgaanbieders vormen hierdoor een netwerk van aanbieders rondom acute zorg in die regio). Het regionale overleg acute zorgketen moet worden georganiseerd door het ziekenhuis met de functie van traumacentrum in de regio. Het doel van het regionaal overleg is geregeld in artikel 8A.2 van het onderhavige besluit en houdt in: het maken van zodanige afspraken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg alsmede over de voorbereiding op het verlenen van die zorg dat op doelmatige wijze wordt bewerkstelligd dat een persoon die binnen die regio acute zorg nodig heeft, die zorg tijdig ontvangt van een zorgaanbieder die daarvoor voldoende is toegerust en over de voor die zorg noodzakelijke deskundigheid beschikt. In het besluit wordt bepaald dat aangewezen zorgaanbieders zich moeten inspannen om afspraken te maken. Bij ministeriële regeling zullen hierover nadere regels worden gesteld. Het voornemen is voorshands om in die ministeriële regeling te bepalen dat de zorgaanbieders zich zullen moeten inspannen om zodanige afspraken te maken dat wordt bewerkstelligd dat:

- acute zorg binnen de normtijden zoals genoemd in paragraaf 4 bereikbaar is voor de patiënt (voorkomen van witte vlekken) en de patiënt zo nodig op passende wijze wordt vervoerd;
- instroom in de acute zorg van patiënten die beter elders geholpen zouden kunnen worden zoveel mogelijk wordt voorkomen en de noodzakelijke doorstroom binnen het ziekenhuis en in de acute zorgketen alsmede de uitstroom uit die keten naar vervolgzorg zo goed mogelijk worden geborgd;
- inzichtelijk is voor zorgverleners welke zorgaanbieders in de regio specifieke competenties, expertises en faciliteiten hebben voor het bieden van zorg voor patiënten met specifieke toestandsbeelden: de deelnemers aan het regionaal overleg moeten afspreken hiervoor de benodigde informatie beschikbaar te stellen (het gaat hierbij over acute zorg maar kan ook gaan over bepaalde zorg die van belang is voor het beslag op de acute zorg);
- er een werkend systeem (7x24 uur) is dat inzicht biedt in de actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg in de regio, zodat de Regionale Ambulancevoorziening weet waar hij op een concreet moment naartoe moet rijden met een patiënt en de huisarts weet waar hij de patiënt naartoe kan verwijzen. In dit kader moeten afspraken gemaakt worden over het leveren van informatie over beschikbare capaciteit, moet worden zorg gedragen voor het monitoren van de beschikbaarheid van de acute zorg in de regio en moeten afspraken worden gemaakt over welke maatregelen partijen nemen als de beschikbaarheid onder druk komt te staan;
- er inzicht is in wat de betekenis is van de informatie in de traumaregistraties voor de optimalisatie van de keten van acute zorg;
- de traumacentra een expertise/kenniscentrumfunctie kunnen vervullen door het vergaren en verspreiden van kennis en kunde op het gebied van de keten van acute zorg door middel van zorgontwikkeling, training en opleiding;
- er inzicht is in de opleidingsinspanningen van de zorgaanbieders in de acute keten in de regio;
- partijen zich inspannen om doorlooptijden in de acute zorgketen in beeld te brengen en deze periodiek te evalueren met het oog op verbetering van deze zorgketen;
- ook tijdens piekperiodes, zoals tijdens griep- en vakantieperiodes, wordt voorzien in toereikende acute zorg;

- crisisplannen binnen de regio worden afgestemd, mede opdat de directeur publieke gezondheid kan zorgen voor afstemming met de planvorming in het veiligheidsdomein, in overeenstemming met de taak die hij heeft op grond van de Wet veiligheidsregio's.

De zorgaanbieders die behoren tot de in artikel 8A.1 aangewezen categorieën moeten zich op grond van het besluit daadwerkelijk inspannen om afspraken te maken en zullen zich dus constructief moeten opstellen. De inspanningsplicht houdt onder meer in dat alle betrokken partijen de verantwoordelijkheid hebben om op tijd onderwerpen in het overleg te agenderen als die de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg (op termijn) in gevaar (kunnen) brengen, waaronder ook randvoorwaardelijke zaken vallen als het opleiden, behouden en inzetbaar houden van gekwalificeerd personeel. Het vergt voorts actief meedenken over en meewerken aan oplossingen van eventuele knelpunten.

Het regionaal overleg acute zorgketen heeft niet tot doel kwaliteitsnormen voor de acute zorg te ontwikkelen. Het behoort wel tot het doel van het overleg om als er volumennormen zijn voor de kwaliteit van de acute zorg, afspraken te maken over hoe die kunnen worden gerealiseerd en de zorg beschikbaar en bereikbaar blijft. Het is vervolgens aan zorgverzekeraars om zorg in te kopen die voldoet aan de kwaliteitsnormen. De in het regionaal overleg acute zorgketen gemaakte afspraken kunnen hen daarbij behulpzaam zijn.

6. Belang van goede afstemming met voorliggende- en vervolgzorg

Het is belangrijk dat patiënten tijdig de juiste zorg op de juiste plek ontvangen. Voorkomen moet worden dat er patiënten bij de HAP of de SEH komen die beter door een andere zorgaanbieder zouden kunnen worden geholpen. Ook is het van belang dat zodra er geen acute zorg meer nodig is, de uitstroom vanuit de HAP en SEH niet wordt belemmerd door het ontbreken van inzicht in en afspraken over beschikbare vervolgzorg. Om die redenen worden ook de aanbieders van voorliggende zorg en vervolgzorg in dit besluit aangewezen (8A.1, onderdelen h tot en met o). Ook deze zorgaanbieders moeten zich inspannen om afspraken te maken ter realisering van het doel van het regionaal overleg.

Zo zal eerstelijnszorg in een aantal gevallen passender zijn dan zorg op een SEH; goede afspraken, afstemming en samenwerking met de eerstelijnszorg kan onnodige instroom in de SEH voorkomen of ertoe bijdragen dat het verblijf op de SEH zo kort mogelijk wordt gehouden. Daarbij gaat het bijvoorbeeld ook om de noodzakelijke afspraken om ervoor te zorgen dat patiënten die geen medisch-specialistische zorgvraag hebben en die in de eerste lijn beter geholpen zijn, tijdig de juiste zorg op de juiste plek (bijvoorbeeld de huisarts of het eerstelijnsverblijf) ontvangen, en niet op een SEH hoeven te komen. Het gaat tevens om het bevorderen van een soepele uitstroom van patiënten van de HAP of SEH als de acute zorg niet meer nodig is, bijvoorbeeld naar huisartsenzorg en wijkverpleging, naar het eerstelijnsverblijf, de geriatrische revalidatiezorg of Wlz (crisis)-zorg of de uitstroom van de crisisdienst van de ggz naar huis met ambulante ggz of naar de intramurale ggz.

In dit kader is van belang dat de zorgverzekeraars op verzoek van VWS zorg dragen voor regionale coördinatiepunten die een actueel inzicht bieden in de capaciteit van de diverse vormen van vervolgzorg⁵. Dit inzicht kan worden betrokken bij het maken van afspraken in het regionaal overleg acute zorgketen over uitstroom naar de vervolgzorg.

Knelpunten in de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg kunnen te maken hebben met personeelsschaarste. Afspraken over opleiden worden in een ander verband gemaakt (regio's in het kader van het Fonds Ziekenhuisopleidingen), maar opleidingsinspanningen in de acute keten van de diverse deelnemers zullen in het regionaal overleg acute zorgketen moeten worden gevolgd en besproken. De deelnemende partijen vissen immers deels in dezelfde vijver van het

⁵ Zie brief van 4 april 2018, Kamerstukken II 2017-2018, 31 765, nr. 316.

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.

7. Bekostiging activiteiten in het kader van het regionaal overleg

Voor het maken van afspraken die betrekking hebben op de kerntaken van het regionaal overleg en het verwerven van kennis die nodig is voor het maken van zulke afspraken, het bieden van inzicht in capaciteit van zorgaanbieders en het fungeren als kenniscentrum vindt op dit moment bekostiging plaats via een beschikbaarheidsbijdrage. Hiernaast kunnen deelnemers aan het overleg er zelf voor kiezen bepaalde thema's ter hand te nemen of kan de minister (of een andere partij zoals bijvoorbeeld het Zorginstituut) aan de voorzitter van de regionale overleggen vragen de overlegstructuur te benutten voor het bevorderen van afspraken of het geven van adviezen over andere thema's. Als het gaat om onderwerpen die los staan van de afspraken over beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg, zoals bijvoorbeeld het opzetten van zorgnetwerken ter voorkoming en bestrijding van antibioticaresistentie, ligt bekostiging van de activiteiten uit andere bron dan de beschikbaarheidsbijdrage voor acute zorgnetwerken voor de hand omdat in dat geval niet voldaan wordt aan de criteria voor het verlenen van een beschikbaarheidsbijdrage aan acute zorgnetwerken.

8. Regeldruk

In dit besluit worden de reikwijdte van het regionale overleg en de groep deelnemers aan dat overleg meer in overeenstemming gebracht met de praktijk. Ook worden in dit besluit de bepalingen met betrekking tot acute zorg concreter uitgewerkt dan in de beleidsregels WTZi die door dit besluit worden vervangen. In de praktijk zal dan ook nauwelijks sprake zijn van een toename van regeldruk. Uitsluitend in die regio's waar bepaalde partijen nog niet altijd aan tafel zitten, zal sprake zijn van een toename van de tijdsbesteding aan het voorbereiden en bijwonen van overleggen. Aanbieders van acute zorg hebben ook al crisisplannen, ze moeten die reeds hebben op grond van de beleidsregels WTZi (paragraaf 4.2, het crisisplan wordt daar nog Rampen Opvang Plan genoemd). Ook trainen en oefenen ze om te zorgen dat ze die plannen kunnen uitvoeren als dat nodig is. Nieuw in dit besluit zijn de eisen waaraan moet worden voldaan alvorens tot gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging van de acute zorg kan worden overgegaan.

Kosten van overleg bij voorgenomen opschorting of beëindiging van zorg

De jaarlijkse kosten van het overleg dat moet worden gevoerd bij voorgenomen opschorting of beëindiging van een in artikel 8A.4, eerste lid, genoemde vorm van zorg, worden geschat op circa 0,1 mln euro. Het gaat hier om kosten voor professionals (vanwege het overleg met zorgverzekeraars en zorgaanbieders in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel c) en burgers (burgers die deelnemen aan een gesprek met de zorgaanbieder op basis van artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel e).

Kennisnemingskosten

De eenmalige kosten voor de kennisneming van dit besluit worden voor circa 900 zorgaanbieders geschat op in totaal circa 0,5 mln euro.

In totaal gaat het jaarlijks om structureel circa 0,1 mln euro aan overlegkosten en eenmalig om circa 0,5 mln euro aan kennisnemingskosten.

Op de kosten als gevolg van bepalingen over het verstrekken van informatie bijvoorbeeld voor het geven van inzicht in capaciteit zal worden ingegaan in de toelichting bij de ministeriële regeling.

Op 13 september 2018 heeft het Adviescollege Toetsing Regeldruk advies uitgebracht over het onderhavige concept-besluit. Het Adviescollege concludeert als volgt: "Nut en noodzaak van de maatregelen zijn duidelijk en adequaat in de toelichting gemotiveerd. Er zijn geen minder

belastende alternatieven. Ook zijn de beschrijving en berekening van de gevolgen voor de regeldruk volledig. Daarom is het dictum: het Besluit vaststellen.”

9. Consultatie

a. Toezicht- en handhavingstoets IGJ

De IGJ concludeerde dat het besluit niet tot onoverkomelijke bezwaren leidt voor haar toezicht en handhaving, maar dat aanscherping op enkele onderdelen noodzakelijk is om effectief en voorspelbaar te kunnen handhaven.

Zo heeft de IGJ verzocht om de in artikel 8A.2 opgenomen inspanningsverplichting om afspraken te maken in de toelichting nader te concretiseren. Dit is gebeurd door in de toelichting op artikel 8A.2 op te nemen dat uit het verslag van de vergaderingen kan blijken of een aanbieder zich heeft ingespannen om afspraken te maken: dit kan bijvoorbeeld blijken uit het feit of hij bij het overleg aanwezig was, dat hij knelpunten of voorstellen heeft geagendeerd, inbreng heeft geleverd die gericht is op oplossingen of voorstellen niet ongegrond heeft afgewezen.

De IGJ heeft verder opgemerkt dat de in artikel 8A.4, eerste lid, opgenomen inspanningsplicht om onzekerheid te voorkomen bij de inwoners uit de omgeving, moeilijk handhaafbaar is omdat een ruime interpretatie niet te weerleggen zal zijn. De IGJ verzocht om de betrokken inspanningsverplichting te vervangen door de verplichting om “inwoners uit de omgeving die belang hebben bij de door de zorgaanbieder geboden spoedeisende zorg te informeren over de voorgenomen beëindiging of opschorting, achterliggende reden(en) en gevolgen”. Het voorstel van de IGJ is niet overgenomen, omdat het uitsluitend informeren van de inwoners in bepaalde situaties niet toereikend wordt geoordeeld. Zoals in de toelichting is opgemerkt hangt de wijze waarop invulling moet worden gegeven aan de betrokken inspanningsverplichting af van de inhoud en de omvang van de voorgenomen opschorting of beëindiging. In geval van beëindiging van (een belangrijk deel van) de acute zorg ligt het organiseren van een bijeenkomst in de rede (dit gaat dus verder dan uitsluitend informeren). Om toch tegemoet te komen aan de bezwaren van de IGJ is aan artikel 8A.4 de mogelijkheid toegevoegd om bij ministeriële regeling nadere regels te stellen over de uitvoering van het betrokken artikelonderdeel. Zoals in de toelichting is opgemerkt, is het de bedoeling om bij ministeriële regeling nadere regels ter zake te stellen indien de Leidraad wijziging acute zorgaanbod van het Landelijk Netwerk Acute Zorg niet zodanig wordt aangepast dat daarin op zorgvuldige wijze het proces van besluitvorming wordt beschreven, inclusief de betrokkenheid van ketenpartners, zorgverzekeraars, gemeenten én inwoners.

In artikel 8A.4, derde lid, van het aan de IGJ voorgelegde concept-besluit stond dat een deel van het artikel niet van toepassing is als de kwaliteit “onaanvaardbaar in het geding” zou komen. De IGJ vroeg om deze termen nader te expliciteren, dan wel aan te sluiten bij de terminologie van de Wkkgz. Dat laatste is gebeurd door aan te sluiten bij het in de artikelen 24, vijfde lid, en 25, eerste lid, van de Wkkgz gehanteerde begrip ‘veiligheid van cliënten of zorg’.

Uit de op dat moment voorliggende formulering van artikel 8A.3 leidde de IGJ af dat het mogelijk was slechts één van de betrokken actoren te informeren over knelpunten in de beschikbaarheid en bereikbaarheid acute zorg, terwijl dat voor meer actoren relevant zou zijn. De IGJ gaf er de voorkeur aan over alle knelpunten met betrekking tot beschikbaarheid en bereikbaarheid te worden geïnformeerd. In de nieuwe formulering van het artikel staat duidelijk dat IGJ, NZa en verzekeraars moeten worden geïnformeerd over dergelijke knelpunten voor zover die knelpunten van belang kunnen zijn voor de uitvoering van de taken van deze organisaties. In de toelichting op dat artikel is opgemerkt dat, indien een knelpunt zowel de taken van de IGJ als die van zorgverzekeraars en de NZa raakt, het traumacentrum hen alle op de hoogte moet stellen. Hiermee hanteren we een zelfde formulering voor alle betrokken partijen. Een en ander laat onverlet dat, zoals ook in de toelichting is opgemerkt, een knelpunt in de acute zorg vrijwel altijd de veiligheid en de

kwaliteit van de acute zorg zal raken. In de praktijk zal een knelpunt dus veelal aan de IGJ moeten worden gemeld. Zoals in de toelichting is opgemerkt, doet het traumacentrum er goed aan om in geval van twijfel of een knelpunt de taken van een van de genoemde organisaties raakt, hierover contact op te nemen met de betrokken organisatie.

b. Internetconsultatie

PM in te vullen na de internetconsultatie.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Door middel van dit artikelonderdeel wordt een aantal begrippen toegevoegd aan artikel 1.1 van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz. Het in dit artikel omschreven begrip 'traumacentrum' is voor dit besluit van belang omdat de traumacentra een belangrijke rol hebben met betrekking tot het regionaal overleg acute zorgketen, bedoeld in artikel 8A.2. Traumacentra zijn ziekenhuizen die door de minister als traumacentrum zijn aangewezen voor de uitvoering van traumazorg (traumazorg is zorg voor patiënten na een ongeval en is als zodanig een onderdeel van acute zorg). De aanwijzing van een traumacentrum gebeurt op grond van artikel 8, tweede lid, van de Wet op bijzondere medische verrichtingen. Er zijn momenteel 11 traumacentra aangewezen. Deze traumacentra vormen samen een landelijk dekkend netwerk voor traumazorg. Ieder traumacentrum is verantwoordelijk voor een bepaald gebied; dat gebied wordt in dit besluit aangeduid als 'regio'.

Onderdeel B

Artikel 8A.1

In dit artikel zijn de categorieën van zorgaanbieders aangewezen ten aanzien waarvan op grond van artikel 3a Wkkgz in dit besluit regels over acute zorg worden gesteld. De categorieën, genoemd in de onderdelen a tot en met g, betreffen zorgaanbieders die acute zorg verlenen en dus deel uitmaken van wat in de praktijk vaak de 'acute zorgketen' wordt genoemd. De categorieën, genoemd in de onderdelen h tot en met o, verlenen geen acute zorg als omschreven in artikel 1.1, maar zorg die van belang is om een onnodig beroep op deze acute zorg te voorkomen. Het gaat hierbij om zorg die een onnodige instroom in de acute zorg kan voorkomen dan wel een goede uitstroom uit de acute zorg kan bevorderen.

De gemeentelijke gezondheidsdiensten zijn zorgaanbieders waarvoor de Wkkgz geldt. Zij zullen veelal vertegenwoordigd worden door de directeur publieke gezondheid, die niet alleen de leiding heeft over de GGD, maar tevens de leiding heeft over de Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio (hierna: de GHOR).

Artikel 8A.2

Het eerste lid bevat de verplichting voor ieder traumacentrum om binnen diens regio een regionaal overleg acute zorgketen te organiseren. Daarbij is bepaald wat het doel dient te zijn van dat overleg. Dit is het maken van afspraken met betrekking tot de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg alsmede de voorbereiding op die zorg. De afspraken moeten zodanig zijn dat op doelmatige wijze wordt bereikt dat een patiënt die binnen die regio acute zorg nodig heeft, die zorg tijdig ontvangt van een zorgaanbieder die daarvoor voldoende is toegerust en over de voor die zorg noodzakelijke expertise beschikt. Kortweg betekent dit dat zodanige afspraken moeten worden gemaakt dat geborgd wordt dat een patiënt die met spoed zorg nodig heeft, op het juiste moment de juiste zorg ontvangt van de juiste zorgaanbieder en op de juiste plaats. Bij het maken van die afspraken moet de doelmatigheid in acht worden genomen, hetgeen betekent dat bijvoorbeeld geen afspraken worden gemaakt die ertoe leiden dat de ambulancedienst of de SEH zorg dient te

verlenen die ook door een huisarts of een wijkverpleegkundige kan worden verleend. Krachtens het derde lid, onderdeel a, worden bij ministeriële regeling nadere regels gesteld over de afspraken die in het kader van het eerste lid in ieder geval worden beoogd.

In het tweede lid is voor zorgaanbieders die behoren tot een in artikel 8A.1 aangewezen categorie, de inspanningsverplichting opgenomen om afspraken als vorenbedoeld te maken. Er is gekozen voor een inspanningsverplichting in plaats van een resultaatsverplichting, omdat de mogelijkheid tot het maken van een bepaalde afspraak die nodig is om het in het eerste lid omschreven doel te bereiken, afhankelijk is van de instemming van twee of meer partijen. De instemming van de ene partij kan niet door een andere partij worden afgedwongen. Wel kunnen partijen worden verplicht om zich in te spannen om tot bepaalde afspraken te komen. Of een aanbieder zich heeft ingespannen kan blijken uit het verslag: zo kan uit het verslag blijken of een aanbieder bij het overleg aanwezig was, of hij knelpunten of voorstellen heeft geagendeerd dan wel inbreng heeft geleverd die gericht is op oplossingen en relevante voorstellen niet zonder gegronde redenen heeft afgewezen. Indien een partij binnen het regionaal overleg acute zorgketen zich niet inspant en daarmee het maken van afspraken belemmert, kunnen andere partijen dit signaleren tijdens de regionale overleggen en ook richting de Inspectie gezondheidszorg en jeugd (hierna: IGJ). Ingevolge het tweede lid zijn de betrokken zorgaanbieders tevens verplicht om de door hen gemaakte afspraken na te komen. De IGJ kan hier op basis van signalen alsmede zo nodig de verslagen van de vergaderingen op toezien.

Op grond van het derde lid zullen bij ministeriële regeling nadere regels worden gesteld over de uitvoering van het eerste lid.

Vanwege het grote belang dat bijvoorbeeld bepaalde systemen tot stand komen en specifieke (bereikbaarheids)normen worden gehaald, zullen op grond van onderdeel a bij ministeriële regeling nadere regels worden gesteld over de in het eerste lid bedoelde afspraken. Verwezen wordt naar hetgeen hierover in paragraaf 5 van het algemeen deel van deze nota is opgemerkt.

Het traumacentrum is als organisator van het regionaal overleg onder meer verantwoordelijk voor het uitnodigen van de deelnemers. Op grond van het derde lid, onderdeel b, zal in de ministeriële regeling worden bepaald welke zorgaanbieders in welke gevallen door het traumacentrum in ieder geval moeten worden uitgenodigd. Uitgangspunt is dat de zorgaanbieders die behoren tot de acute zorgketen voor iedere vergadering zullen worden uitgenodigd. Dat geldt daarmee ook voor de GGD-en, mede omdat de afstemming tussen acute zorg en publieke gezondheid van groot belang kan zijn voor de (opgeschaalde) acute zorgverlening bij crises en rampen. Het voornemen is voorshands om traumacentra niet te verplichten om zorgaanbieders die behoren tot de in artikel 8A.1, onderdelen h tot en met o, genoemde categorieën standaard uit te nodigen maar alleen als er een onderwerp is geagendeerd dat hen raakt. In de ministeriële regeling zal worden bepaald dat ook andere organisaties of personen (eventueel in de in de regeling omschreven gevallen) moeten worden uitgenodigd. Het voornemen is om in de ministeriële regeling in ieder geval te bepalen dat zorgverzekeraars voor iedere vergadering moeten worden uitgenodigd. Dit in verband met de zorgplicht die de zorgverzekeraar heeft op grond van artikel 11 van de Zvw. Deze zorgplicht geldt onverkort voor de acute zorg. Zoals opgemerkt in paragraaf 3 van het algemeen deel van deze nota brengt het bepaalde in dit besluit op geen enkele manier wijziging in die zorgplicht, maar zullen de bij of krachtens dit besluit geregelde verplichtingen tot afstemming, samenwerking, het maken van afspraken en het verschaffen van informatie, wel in belangrijke mate ondersteunend zijn voor zorgverzekeraars voor het voldoen aan hun zorgplicht. Voor een goede bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg in de praktijk is het van belang dat de zorgverzekeraars zoveel als mogelijk zijn aangesloten en betrokken. De zorgplicht vergt een regierol van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar wordt geacht vanuit zijn zorgplicht proactief te zijn en knelpunten te voorkomen en op te lossen en niet af te wachten tot zorgaanbieders met afspraken komen over het inzicht in de beschikbaarheid van acute zorg of over maatregelen die nodig zijn om de acute zorg bereikbaar te houden binnen de tijdsnormen. Door de zorgverzekeraars standaard uit te nodigen, kunnen de zorgverzekeraars op de hoogte zijn van de voortgang, de gemaakte afspraken, en de nakoming daarvan.

Daarnaast kan in de ministeriële regeling worden bepaald dat ook andere organisaties moeten worden uitgenodigd als er een onderwerp is geagendeerd dat hen raakt. Daarbij zou bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan de GHOR in de gevallen waarin de vertegenwoordiging van de GHOR in de persoon van de directeur publieke gezondheid niet voldoende is, gemeenten, patiëntenorganisaties, Wlz-uitvoerders of politie.

Op grond van artikel 8A.2, derde lid, onderdeel c, zal in de ministeriële regeling worden bepaald welke zorgaanbieders in welke gevallen verplicht zullen zijn om deel te nemen aan een vergadering van het regionaal overleg. Om onnodige lasten te voorkomen zal daarbij tevens worden bepaald onder welke voorwaarden zorgaanbieders zich kunnen laten vertegenwoordigen. Wat betreft de GGD is het voornemen om te bepalen dat deze dienst in elk geval wordt vertegenwoordigd door de directeur publieke gezondheid. De aanwezigheid van de directeur publieke gezondheid zorgt voor een verbinding van het regionaal overleg acute zorg met de publieke gezondheidszorg en de opgeschaalde acute hulpverlening bij rampen en crises. De directeur publieke gezondheid adviseert zorgaanbieders over de voorbereiding op rampen en crises, draagt zorg voor afstemming van de planvorming tussen zorg en veiligheid, zorgt dat hij inzicht heeft in de mate van voorbereiding van de zorgaanbieders op rampen en crises en legt verbindingen met het openbaar bestuur. Voorts kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat degenen die namens een zorgaanbieder deelnemen aan het overleg, daartoe voldoende mandaat moeten hebben zodat ook daadwerkelijk afspraken kunnen worden gemaakt waaraan een zorgaanbieder gebonden is. Gezien de reikwijdte van de Wkkgz kunnen alleen zorgaanbieders en niet bijvoorbeeld gemeenten, politie of zorgverzekeraars, worden verplicht om aan een vergadering van het regionaal overleg deel te nemen. Het is echter evident dat in ieder geval van zorgverzekeraars, gezien hun wettelijke zorgplicht, verwacht mag worden dat zij gebruik zullen maken van de mogelijkheid om bij de vergadering van het regionaal overleg vertegenwoordigd te zijn. Dit bevordert een goede relatie tussen de afspraken die worden gemaakt in het regionaal overleg en de zorginkoop.

Het traumacentrum is als organisator van het overleg verantwoordelijk voor het agenderen van onderwerpen. Dit neemt niet weg dat het van belang kan zijn dat het traumacentrum ook onderwerpen agendeert die door anderen, bijvoorbeeld zorgverzekeraars, worden aangedragen. Hierover zullen op grond van het derde lid, onderdeel d, nadere regels worden gesteld.

Bij ministeriële regeling zullen op grond van het derde lid, onderdeel e, regels worden gesteld over het door het traumacentrum op te stellen verslag van een vergadering van het regionaal overleg acute zorgketen. Hierbij kan gedacht worden aan de eis dat het verslag schriftelijk of elektronisch moet zijn vastgelegd. Een schriftelijk of elektronisch vastgelegd verslag is van belang opdat alle bij de acute zorg betrokken partijen zicht hebben op de gemaakte afspraken en weten wat hen te doen staat. Daarnaast kan het verslag behulpzaam zijn voor het toezicht door de IGJ; de IGJ is immers niet bij de vergaderingen van het regionaal overleg aanwezig maar zal wel moeten kunnen optreden indien de verplichtingen die het traumacentrum en de zorgaanbieders hebben in het kader van het regionaal overleg (zoals deelnemen aan het overleg, zich inspannen om tot afspraken te komen, nakomen van afspraken) niet worden nageleefd. Het verslag zal dus zodanig moeten zijn dat dit voldoende informatief is voor het toezicht door de IGJ. Ook hierover kunnen nadere regels worden gesteld. Het verslag hoeft niet aan de IGJ te worden gezonden, maar kan op grond van artikel 5:16 van de Algemene wet bestuursrecht zo nodig worden opgevraagd door de IGJ.

Daarnaast kunnen in de ministeriële regeling nog andere nadere regels ter uitvoering van het eerste lid worden gesteld. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan de bepaling dat het traumacentrum optreedt als voorzitter van het regionaal overleg.

In aanvulling hierop kunnen de deelnemers aan de regionale overleggen acute zorgketen uiteraard ook zelf afspraken maken over hoe de besluitvorming in hun overleg over verschillende onderwerpen vorm krijgt.

Artikel 8A.3

Het is, ondanks de inspanningsverplichting van de zorgaanbieders, niet uitgesloten dat er knelpunten zijn in de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg welke niet worden opgelost in het regionaal overleg. Op grond van het eerste lid is het traumacentrum als voorzitter van het regionaal overleg gehouden om de IGJ en zorgverzekeraars over niet opgeloste knelpunten te informeren, indien dit van belang is voor hun respectievelijke taken. Het traumacentrum dient te beoordelen of sprake is van een knelpunt dat de taken van de IGJ of de zorgverzekeraars raakt. Als sprake is van een knelpunt dat de taken van zowel de IGJ als de taken van zorgverzekeraars raakt, zal het traumacentrum hen alle op de hoogte moeten stellen. In geval van twijfel doet het traumacentrum er goed aan hierover contact op te nemen met de betrokken organisaties en een en ander te bespreken. In dit kader wordt opgemerkt dat een knelpunt in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg vrijwel altijd de veiligheid en de kwaliteit van de acute zorg zal raken en dus aan de IGJ zal moeten worden gemeld.

De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht met betrekking tot de acute zorg; als een knelpunt naar verwachting van belang is voor de uitvoering van die zorgplicht, zal het traumacentrum dat moeten melden. Het is de bedoeling dat in de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 8A.2, derde lid, wordt geregeld dat in ieder geval zorgverzekeraars altijd moeten worden uitgenodigd voor een vergadering van het regionaal overleg acute zorgketen. Zorgverzekeraars kunnen daarom al in een vroeg stadium van eventuele knelpunten op de hoogte zijn. Omdat zorgverzekeraars een belangrijke rol hebben bij de acute zorg, is het traumacentrum verplicht om zorgverzekeraars altijd ook uitdrukkelijk op de hoogte te stellen van knelpunten die in het regionale overleg niet blijken te kunnen worden opgelost en die hun taak (te weten hun zorgplicht) raken. Uiteindelijk moeten zorgverzekeraars vanwege hun zorgplicht door middel van hun zorginkoop een knoop doorhakken en zorgen voor goede bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg. Indien desondanks sprake is van een niet opgelost knelpunt in de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg dat de zorgplicht van de zorgverzekeraar raakt en dat ook in een volgend regionaal overleg acute zorgketen niet blijkt te zijn of kunnen worden opgelost, moet dit op grond van het tweede lid door het traumacentrum aan de NZa worden gemeld. Dit is van belang voor de NZa in het kader van diens toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

Als dat voor de beschikbaarheid van de acute zorg nuttig wordt geacht kan de voorzitter van het regionaal overleg acute zorgketen de Wlz-uitvoerder informeren over de beschikbaarheid van vervolgzorg. De gemeente kan geïnformeerd worden over een knelpunt met gevolgen voor de acute zorg als dat (mede) samenhangt met de taak van de gemeente met betrekking tot preventie, maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp. Via de aanwezigheid van de directeur publieke gezondheid in het regionaal overleg acute zorgketen zijn GGD en GHOR geïnformeerd over niet opgeloste knelpunten in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg.

Artikel 8A.4

Dit artikel heeft betrekking op het geheel of gedeeltelijk beëindigen of opschorten van het aanbieden van acute zorg. Nu de continuïteit van de GGD'en en de Regionale Ambulancevoorzieningen is geregeld in de Wet publieke gezondheid, onderscheidenlijk de Tijdelijke wet ambulancevoorzieningen, is dit artikel niet van toepassing op die voorzieningen. Bepaald is dat de in dit artikel opgenomen eisen gelden voor traumacentra, aanbieders van medisch specialistische zorg die acute zorg verlenen (dat wil zeggen zorg door een SEH of afdeling acute verloskunde), huisartsenposten en aanbieders van acute ggz. Er kunnen verschillende redenen zijn voor deze zorgaanbieders in de acute zorgketen om te besluiten de door hen geboden acute zorg geheel of gedeeltelijk op te schorten of te beëindigen. Dit kan bijvoorbeeld plaatsvinden in het kader van een fusie, maar ook in situaties waarin uitsluitend omstandigheden binnen de betrokken zorgaanbieder een rol spelen.

Gezien het belang van bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg en het feit dat die bereikbaarheid en beschikbaarheid worden beïnvloed doordat de acute zorg onderdeel is van een

langere zorgketen, is bepaald dat een zorgaanbieder alleen tot opschorting of beëindiging van de zorg mag overgaan als aan de voorwaarden van dit artikel wordt voldaan.

Een belangrijke voorwaarde is neergelegd in het eerste lid, onderdeel a. Dit behelst de verplichting voor een in artikel 8A.4 bedoelde zorgaanbieder om de IGJ en de NZa te voren schriftelijk of elektronisch te informeren. Het is van belang dat de IGJ en de NZa zo snel mogelijk worden geïnformeerd, opdat zij zich tijdig een beeld kunnen vormen van de wijze waarop de zorgaanbieder, in samenspraak met zorgverzekeraars en andere ketenpartners, stuurt op risico's met betrekking tot respectievelijk kwaliteit en veiligheid, dan wel beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg, die voortvloeien uit de potentiële beëindiging of opschorting alsmede hoe zorgverzekeraars in de betrokken situatie handelen met het oog op hun zorgplicht. Het plan, bedoeld in onderdeel f dat afgestemd moet zijn met zorgverzekeraars, zal aan dit beeld kunnen bijdragen. De IGJ en de NZa zullen zo nodig afstemming hebben met elkaar met het oog op de continuïteit van zorg in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Ook kan de IGJ op deze wijze tijdig vaststellen of de zorgaanbieder aan de overige verplichtingen van dit artikel voldoet (waaronder het opstellen van een plan als bedoeld in onderdeel f) en zo nodig ingrijpen. Om die reden is in het tweede lid bepaald dat de zorgaanbieder de IGJ en de NZa moet informeren zodra de zorgaanbieder redelijkerwijs kan voorzien dat er een gerede kans bestaat dat een gehele of gedeeltelijke beëindiging van de acute zorg plaats zal vinden. Zo nodig kunnen over het informeren van de IGJ en de NZa bij ministeriële regeling nadere regels worden gesteld (bijvoorbeeld over de bij de informatie te verstrekken gegevens of de tijdigheid van het informeren).

Een andere belangrijke voorwaarde is dat de zorgaanbieder er zorg voor moet dragen dat door de opschorting of beëindiging de in paragraaf 4 van deze nota bedoelde normen niet in gevaar komen (eerste lid, onderdeel b). De zorgaanbieder kan dit bewerkstelligen door afspraken te maken met andere zorgaanbieders die binnen de regio zorg verlenen en/of met zorgverzekeraars. Hiervoor is tijd nodig; de betrokken zorgaanbieders zullen immers in overleg moeten gaan om het voorgenomen beleid toe te lichten en eventueel verschillende opties te verkennen. Hoeveel tijd hiervoor noodzakelijk is, hangt onder meer af van de ingrijpendheid van de voorgenomen opschorting of beëindiging. De zorgaanbieder die voornemens is om over te gaan tot een gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging, zal hier een goede inschatting van moeten maken en tijdig overleg moeten voeren met de zorgaanbieders voor wie de opschorting of beëindiging gevolgen kan hebben. Hetzelfde geldt voor het overleg met de zorgverzekeraar. Die moet voorts in de gelegenheid zijn om zijn regierol in het kader van de zorgplicht in te vullen en de inkoop van zorg in de verschillende schakels van de keten van acute zorg op elkaar af te stemmen. Zo mogelijk wordt het overleg met zorgaanbieders en zorgverzekeraars gevoerd in het kader van het regionaal overleg acute zorg.

Ook als de normen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, niet in gevaar zijn, moet eerst over het geheel of gedeeltelijk beëindigen of opschorten van het aanbieden van acute zorg overlegd zijn met zorgverzekeraars en met zorgaanbieders voor wie zo'n wijziging gevolgen kan hebben. Opgemerkt wordt dat een opschorting of beëindiging gevolgen kan hebben voor zorgaanbieders in meerdere regio's; de zorgaanbieder die de zorg geheel of gedeeltelijk wil beëindigen of opschorten zal moeten overleggen met alle zorgaanbieders voor wie de voorgenomen beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben. De aanbieders en verzekeraars moeten voldoende tijd hebben om hun beleid aan te passen met het oog op de continuïteit van zorg. Het vorenstaande is geregeld in het eerste lid, onderdeel c, en het derde lid.

Verder moet zoveel mogelijk voorkomen worden dat gemeenten en inwoners plotseling met een beëindiging of opschorting van de acute zorg worden geconfronteerd. Dit geldt ook als de bereikbaarheidsnormen voor acute zorg niet in gevaar zijn. In het eerste lid, onderdeel d, is de verplichting opgenomen om de gemeenten in de regio te informeren. De gemeenten mogen niet voor verrassingen worden gesteld, ook omdat zij hier vaak door hun inwoners over worden bevraagd, en zij zo nodig in gesprek moeten kunnen gaan met de zorgaanbieder alsmede hun eigen beleid op de voornemens moeten kunnen afstemmen.

Voor inwoners is de (tijdelijke) sluiting van acute zorg in een traumacentrum, in een andere instelling voor medisch specialistische zorg waar acute zorg wordt verleend (te weten op een afdeling SEH of acute verloskunde), in een HAP of een ggz-crisisdienst op een bepaalde locatie van belang, ook al is bijvoorbeeld de norm voor de bereikbaarheid van SEH's en acute verloskunde of de norm voor de bereikbaarheid van een HAP niet in gevaar. In het eerste lid, onderdeel e, is daarom geregeld dat de betrokken zorgaanbieder zich in geval van voorgenomen (gehele of gedeeltelijke) beëindiging of opschorting van de acute zorg, moet inspannen om onzekerheid onder de inwoners uit de regio te voorkomen. Welke maatregelen hiervoor nodig zijn, hangt af van de inhoud en omvang van de voorgenomen opschorting of beëindiging. In geval van de beëindiging van (een belangrijk deel van) de acute zorg ligt het in de rede dat een zorgaanbieder niet alleen de inwoners daarover informeert, maar ook een bijeenkomst organiseert waarin hij de inwoners in de gelegenheid stelt om mondeling hun mening over de voorgenomen beëindiging naar voren te brengen. Op die manier kunnen inwoners hun zorgen uiten over voorgenomen wijzigingen in het aanbod van de acute zorg of suggesties doen voor flankerend beleid. De betrokken zorgaanbieder is in een bijeenkomst als vorenbedoeld ook in de gelegenheid om de inwoners te melden hoe ervoor wordt gezorgd dat in de regio voldoende en tijdige zorg beschikbaar blijft en kan alternatieve scenario's toelichten. Het is van groot belang dat de zorgaanbieder de belangen van de inwoners bij zijn beslissing betreft. Indien de zorgaanbieder uiteindelijk een beslissing neemt, zal hij daarbij inzichtelijk moeten maken op welke wijze hij de belangen van de inwoners alsmede hun zorgen en suggesties, heeft meegewogen in zijn beslissing. Dit kan bijdragen aan het voorkomen van onzekerheid en onrust.

Het Landelijk Netwerk Acute Zorg heeft al een Leidraad wijziging acute zorg aanbod. Gestimuleerd zal worden dat deze leidraad wordt uitgebreid, in die zin dat deze niet alleen geldt voor wijzigingen die de bereikbaarheidsnormen in gevaar kunnen brengen, maar ook voor wijzigingen in het aanbod van acute zorg (in het bijzonder op SEH's, acute verloskunde en HAP's) die gevolgen hebben voor andere zorgaanbieders en voor de keten als geheel. Deze leidraad van veldpartijen zou het proces van besluitvorming kunnen beschrijven waarbij ketenpartners in de regio, zorgverzekeraars, gemeenten en inwoners worden betrokken. Het ligt voor de hand dat het Landelijk Netwerk Acute Zorg het voortouw neemt bij het opstellen van zo'n leidraad en daar relevante partijen bij betreft. Indien een dergelijke leidraad niet tot stand komt, kunnen bij ministeriële regeling nadere regels worden gesteld over de inspanningen die een zorgaanbieder in ieder geval moet doen om onzekerheid bij de inwoners te voorkomen. Dit is geregeld in het vijfde lid.

In geval van een voorgenomen gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging van acute zorg zal de betrokken zorgaanbieder te voren een plan moeten opstellen (onderdeel f). In dat plan zal, uitgaande van de concrete omstandigheden, moeten zijn omschreven hoe op zorgvuldige wijze de continuïteit van de zorg wordt geborgd, dat wil zeggen hoe wordt geborgd dat de zorg in aanloop naar de sluiting en na de sluiting tijdig en goed kan worden geleverd en dat er afspraken zijn waaruit blijkt dat de keten sluitend is. Daar waar het crisisplan (artikel 8A.5) gericht is op hoe te handelen bij crisissituaties in het algemeen en altijd beschikbaar moet zijn, is het continuïteitsplan gericht op de specifieke situatie van de voorgenomen (of dreigende) gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging van acute zorg en moet het opgesteld worden voor die specifieke omstandigheden. Op grond van het vijfde lid kunnen bij ministeriële regeling eisen worden gesteld waaraan een zodanig plan moet voldoen. Daarbij kan onder meer worden bepaald dat in het plan uitdrukkelijk aandacht moet worden besteed aan de capaciteit en spreiding van de ambulancevoorziening, waarbij ook de publiekscommunicatie en informatie voor verwijzers en meldkamer zal moeten worden betrokken. Voorts kan worden bepaald dat het plan moet zijn afgestemd met onder andere de ketenpartijen waaronder de zorgverzekeraars en zo nodig ook de GGD/GHOR en een overzicht moet bevatten van risico's voor de patiëntveiligheid met bijbehorende beheersmaatregelen. Afhankelijk van de betrokken categorie zorgaanbieder kan in het plan voorts worden voorgeschreven dat moet worden ingegaan op het opvangen van de gevolgen voor een HAP dan wel het opvangen van de gevolgen voor verloskundigen in de omgeving. In geval van de sluiting van de crisisdienst ggz kan worden bepaald dat bijvoorbeeld ook de gevolgen voor politie,

wijkteams, SEH alsmede voor de aanbieders van ambulante en intramurale ggz moeten worden betrokken bij een zorgvuldige afbouw.

Het ligt in ieder geval in het voornemen om in de ministeriële regeling te bepalen dat dit plan aan de toezichthouders moet worden gezonden; zij kunnen vervolgens zo nodig met de betrokken zorgaanbieder of zorgverzekeraar in overleg treden. Indien blijkt dat niet overeenkomstig de wettelijke regels wordt gehandeld, zal handhavend kunnen worden opgetreden.

Als de veiligheid van de cliënten of de zorg in het geding is, bijvoorbeeld door een plotseling onverwacht hoog aantal ziekmeldingen onder het personeel of een bacterie op de afdeling, kan het nodig zijn een voorziening voor acute zorg met onmiddellijke ingang tijdelijk te sluiten. In dat geval kan, voor zover nodig, worden afgeweken van hetgeen is geregeld bij of krachtens het eerste lid, onderdelen b tot en met f, het derde lid en het vijfde lid (vierde lid). Wel zullen ook in een dergelijke situatie de IGJ en NZa tijdig moeten worden geïnformeerd (om die reden kan niet worden afgeweken van het eerste lid, onderdeel a, en het tweede lid). Als de NZa tijdig is geïnformeerd kan zij zo nodig de zorgverzekeraars aanspreken op hun zorgplicht.

In dit kader wordt opgemerkt dat uitgangspunt uiteraard is dat een zorgaanbieder die overgaat tot gehele of gedeeltelijke sluiting of opschorting van acute zorg, geheel handelt overeenkomstig het bepaalde bij en krachtens artikel 8.4, eerste, tweede, derde en vijfde lid. Op grond van het vierde lid van artikel 8.4 is afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste lid, onderdelen b tot en met f, het derde en vijfde lid, slechts mogelijk 'voor zover' de veiligheid van de cliënten of de zorg daardoor zou worden bedreigd. Dit betekent dat als het in verband met de veiligheid van de cliënten of de zorg niet mogelijk is om bijvoorbeeld te voren met alle zorgaanbieders te overleggen voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben, dit niet betekent dat de zorgaanbieder in het geheel niet meer aan die eis hoeft te voldoen. Voor zover het overleg in verband met de veiligheid niet te voren kan worden gevoerd, zal dit zo snel mogelijk alsnog moeten gebeuren.

Om misverstanden te voorkomen wordt opgemerkt dat dit artikel niet geldt voor zogenaamde "stops" op SEH's. Er is sprake van een 'stop' als er een zodanige toestroom is van patiënten dat de SEH aan de grenzen van zijn capaciteit zit; in dat geval kunnen niet alle patiënten terecht op de SEH, maar zullen patiënten in levensbedreigende situaties wel worden geholpen. Er is dan dus geen sprake van het beëindigen of opschorten van de acute zorg, maar van het volledig in gebruik zijn van de beschikbare capaciteit.

Artikel 8A.5

De in het eerste lid van dit artikel bedoelde zorgaanbieders behoren tot de acute zorgketen. Zij dienen te allen tijde voorbereid te zijn op het leveren van zorg aan mensen die met spoed zorg nodig hebben. Het is van groot belang dat zij in staat zijn goed te reageren op crisissituaties die gevolgen kunnen hebben voor de eigen organisatie en een risico kunnen vormen voor de continuïteit of de goede uitvoering van de acute zorg. Het kan hierbij gaan om crisissituaties die hun oorzaak vinden binnen de eigen organisatie, zoals personeelsuitval binnen de organisatie, brand of wateroverlast, maar ook om crisissituaties die veroorzaakt worden door gebeurtenissen buiten de eigen organisatie, zoals algemenere stroomuitval, overstromingen, ICT-storingen en storingen in de continuïteit van informatieveiligheid die gevolgen hebben voor de zorgaanbieder. In het tweede lid is bepaald dat in het crisisplan de handelwijzen voor dergelijke crisissituaties moeten zijn omschreven (onderdeel a).

Daarbij zal tevens moeten zijn beschreven op welke wijze de zorgaanbieder zich voorbereidt op eventuele crises die kunnen gevolgen hebben voor zijn organisatie (onderdeel c); gedacht kan bijvoorbeeld worden aan opleidingen en trainingen van het personeel alsmede aan oefeningen.

Daarnaast zullen vrijwel alle in het eerste lid bedoelde zorgaanbieders een taak hebben binnen de geneeskundige hulpverlening in het kader van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing als bedoeld in de Wet veiligheidsregio's en in dat kader schriftelijke afspraken moeten maken als bedoeld in artikel 33, tweede lid, van die wet. Om een goede uitvoering van de door de betrokken zorgaanbieder gemaakte afspraken te bewerkstelligen, wordt de zorgaanbieder in het tweede lid

van het onderhavige artikel daarom eveneens verplicht in het crisisplan uit te werken hoe hij uitvoering zal geven aan die afspraken en hoe hij zich daarop voor zal bereiden (onderdelen b en c). Wat betreft de voorbereiding kan ook hier worden gedacht aan bijvoorbeeld opleidingen, trainingen en oefeningen.

Het plan moet toereikend zijn om te borgen dat in geval van verschillende soorten crises direct op de juiste wijze wordt gehandeld. Onderdeel van het crisisplan zal bijvoorbeeld moeten zijn hoe zal worden omgegaan met een eventueel noodzakelijke evacuatie en een overdracht van patiënten en dossiers.

Om te borgen dat de betrokken zorgaanbieders en hun personeel goed zijn voorbereid op crisissituaties zullen de in de crisisplannen opgenomen voorbereidende maatregelen (tweede lid, onderdeel c), zoals trainingen en oefeningen, ook daadwerkelijk moeten worden uitgevoerd; dit is geregeld in het derde lid.

De crisisplannen moeten op grond van het vierde lid worden toegezonden aan de directeur publieke gezondheid van de veiligheidsregio waar de zorgaanbieder is gevestigd. Op deze wijze en door de afstemming van de crisisplannen van de aanbieders in de regio in het regionaal overleg in zijn aanwezigheid, is de directeur publieke gezondheid, die leiding geeft aan de GHOR in de veiligheidsregio, geïnformeerd over de voorbereiding op de uitvoering van de geneeskundige hulpverlening. De directeur publieke gezondheid kan daardoor beter beoordelen of de zorgaanbieder niet tekort schiet ter zake. Als de directeur publieke gezondheid van oordeel is dat de betrokken zorgaanbieder ter zake wel tekort schiet, kan hij dit melden aan het bestuur van de veiligheidsregio, waarna het bestuur van de veiligheidsregio overeenkomstig artikel 34 van de Wet veiligheidsregio's in overleg zal treden met de zorgaanbieder en de voorzitter van de veiligheidsregio, zo nodig, de zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing kan geven.

Onderdeel C

De artikelen 9.2 tot en met 9.6 zijn uitgewerkt en kunnen om die reden worden geschrapt.

De Minister voor Medische Zorg,