

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 INTERNETCONSULTATIE**

De Minister voor Medische Zorg,

Gelet op de artikelen 8A.2, derde lid, 8A.3 en 8A.4, eerste lid, onderdeel g, derde en vierde 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*: een 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 in ieder geval 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, of artikel 8k, tenzij sprake is van:
  - a. een gehele of gedeeltelijke opschorting die redelijkerwijs ten hoogste twee weken zal duren; of
  - b. een gedeeltelijke beëindiging dan wel een gedeeltelijke opschorting van langer dan twee weken, inhoudende een afname van minder dan 10% van de behandelcapaciteit voor de acute zorg.
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 10% 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 tweede en derde 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, 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 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 uit die werkzaam is in de regio. 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 heeft een zorgaanbieder die is uitgenodigd niet bij het regionaal overleg acute zorgketen aanwezig te zijn, indien deze zorgaanbieder met vijftientig of minder zorgverleners zorg verleent of doet verlenen en 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.

#### **Artikel 8c**

1. Indien een zorgaanbieder die behoort tot een in artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit aangewezen categorie, 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. Het traumacentrum agendeert dat onderwerp voor het overleg.
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 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 beschikbaarheid 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 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 actueel 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;
- h. crisisplannen als bedoeld in artikel 8A.5 van het uitvoeringsbesluit.

### **§ 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. het percentage inwoners in het verzorgingsgebied dat binnen 30 minuten per auto een huisartsenpost kan bereiken in de avonden, nachten en weekenden bedraagt ten minste 90, dan wel 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 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. het percentage inwoners in het verzorgingsgebied dat in spoedgevallen met een ambulance binnen 60 minuten een beoordelingslocatie acute psychiatrie kan bereiken, bedraagt ten minste 90.
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 gerede 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@iqj.nl](mailto:meldpunt@iqj.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;
- 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 situatie als bedoeld in artikel 8a, tweede lid, onderdeel a of b, met dien verstande dat artikel 8a, derde lid, van overeenkomstige toepassing is;
  - b. een gedeeltelijke opschorting of beëindiging van de acute zorg; of
  - c. een gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging van de acute zorg door een dienstapothek.
3. In afwijking van het tweede lid, onderdeel b, wordt wel een bereikbaarheidsanalyse aangevraagd bij een gedeeltelijke opschorting of beëindiging van de acute zorg die bestaat uit een inperking 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 beëindiging of opschorting van het aanbod van de acute zorg, op het moment dat er voldoende tijd is voor het organiseren van een regionaal overleg acute zorgketen waarin wezenlijke invloed kan worden uitgeoefend op het besluit en er voor de deelnemers voldoende tijd is om de benodigde maatregelen te nemen. De zorgaanbieder verstrekt het traumacentrum hierbij in ieder geval de informatie, bedoeld in artikel 8g, tweede lid, en de ideeën die er zijn om de continuïteit en beschikbaarheid van acute zorg in de regio te borgen. De zorgaanbieder start de in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel c, van het uitvoeringsbesluit bedoelde overleggen met de organisaties die niet deelnemen aan het regionaal overleg acute zorgketen op het moment dat nog wezenlijke invloed kan worden uitgeoefend op het besluit en de betrokken organisaties voldoende tijd hebben om de benodigde maatregelen te nemen.
5. Indien op grond van artikel 8a voor de opschorting of beëindiging geen regionaal overleg acute zorgketen hoeft te worden georganiseerd, verstrekt de zorgaanbieder de in het vierde lid bedoelde informatie aan het betrokken traumacentrum, onderscheidenlijk de betrokken traumacentra, en start hij 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 de betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraar of

zorgverzekeraars voldoende tijd hebben om de benodigde maatregelen te nemen.

6. Bij de overleggen, bedoeld in het vierde en vijfde lid, wordt het regiobeeld betrokken, 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 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 een situatie als bedoeld in artikel 8a, tweede lid, onderdeel a of b, met dien verstande dat artikel 8a, derde lid, van overeenkomstige toepassing is. In dit geval 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.
3. Bij het informeren, bedoeld in het tweede lid, verstrekt de zorgaanbieder in ieder geval de gegevens, bedoeld in artikel 8g, tweede lid, alsmede de ideeën die er zijn om de continuïteit van de betrokken acute zorg in de regio te borgen. Dit gebeurt in een voor betrokkenen geschikte vorm.
4. 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 e, 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 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 indien sprake is van een situatie als bedoeld in artikel 8a, tweede lid, onderdeel a of b, met dien verstande dat artikel 8a, derde lid, van overeenkomstige toepassing is. 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**

Het informeren, bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid onderdeel i, van het uitvoeringsbesluit, vindt schriftelijk of elektronisch plaats.

**Artikel II**

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

De Minister voor Medische Zorg,

CONCEPT



## 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 zorg (hierna ook: ROAZ' en), het signaleren van knelpunten in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg, de besluitvormingsprocedure die moet worden gevolgd bij sluitingen 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. In deze ministeriële regeling worden uitsluitend eisen gesteld aan 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 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 is, 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 aanbieders van acute psychiatrie. In de Regeling Ambulancezorgvoorzieningen zijn daarnaast normen opgenomen voor de ambulancezorg: een prestatienorm<sup>1</sup> en een bereikbaarheidsnorm<sup>2</sup>. 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 geestelijke gezondheidszorg (hierna: ggz). 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 jaar, maar ook over concentratie van zorg om kwaliteits- of doelmatigheidsredenen of vanwege personeelskrapte, om kortdurende sluitingen

---

<sup>1</sup> Artikel 5, eerste lid van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen (Stcrt. 2020, 63510).

<sup>2</sup> Artikel 4 van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen (Stcrt. 2020, 63510).

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 ziekenhuizen, 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 de 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 het aantal inwoners dat niet binnen de norm de locatie kan bereiken niet toeneemt), 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.

Alleen wanneer de veiligheid van cliënten onmiddellijk wordt bedreigd, en er geen tijd is voor een uitgebreider 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. De IGJ moet wel altijd geïnformeerd worden 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 situatie 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 x54 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 gemaakt<sup>3</sup>, een (tweede) concept is naar de Eerste en Tweede Kamer gestuurd<sup>4</sup>, 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. 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.

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.

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.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2018/19, 29247, nr. 264.

<sup>4</sup> Bijlage bij Kamerstukken II 29247, nr. 312 en bijlage bij Kamerstukken I 2019/20, 34767 en 34768, nr. D.

## 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 inhoud van de regeling geeft de IGJ aanleiding tot het maken van enkele opmerkingen met betrekking tot de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid van specifieke onderdelen van deze regeling. De IGJ ziet, vanuit het perspectief van toezicht en handhaafbaarheid en de uitvoering in de praktijk, op deze onderdelen aanleiding tot aanpassing van deze regeling.

De IGJ geeft 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 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 vervolg op de Houtskoolschets acute zorg<sup>5</sup> waarin ook het advies van de Gezondheidsraad over de 45 minuten norm<sup>6</sup> zal worden meegenomen, zullen 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

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2019/20, 29247, nr. 314.

<sup>6</sup> 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 gereede 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 IGJ geeft in overweging de betreffende uitzonderingsbepaling te relateren aan het totale aanbod in de regio en actuele ontwikkelingen daarbinnen, omdat als er sprake is van meerdere beperkte sluitingen in de regio, de totale invloed op het aanbod van acute zorg groter kan zijn. Een beter criterium voor gedeeltelijke opschortingen en beëindigingen met een beperkte impact is echter niet gevonden. Daarom is een percentage van de behandelcapaciteit daarbij het uitgangspunt. De betreffende bepaling in artikel 8a, tweede lid, onderdeel b, is wel vereenvoudigd naar aanleiding van de opmerkingen van de IGJ. 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 voorliggende versie is de passage vanaf "terwijl" geschrapt en het percentage verlaagd naar 10%. De passage met "terwijl" bleek te ingewikkeld. Het percentage is 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.

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 sluiting 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). Zoals in paragraaf 5.2 is aangegeven is echter geen eenduidiger criterium gevonden om te voorkomen dat ook bij beperkte gedeeltelijke sluitingen of opschortingen aan de bovengenoemde verplichtingen moet worden voldaan. In deze gevallen moet overigens wel de IGJ geïnformeerd worden, moet overleg met zorgaanbieders en zorgverzekeraars plaatsvinden, moeten gemeenten, inwoners en, in bepaalde gevallen, de veiligheidsregio betrokken worden en moet een continuïteitsplan worden opgesteld.

6. *Internetconsultatie*

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 daarnaast voor dat 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. Tevens dient het traumacentrum nadat hij door een zorgaanbieder geïnformeerd is over een ontwerp-continuïteitsplan, een regionaal overleg acute zorgketen te organiseren. 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 gemeentelijke gezondheidsdienst (hierna: 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 van ten hoogste twee weken.

Onderdeel b regelt dat geen regionaal overleg acute zorgketen hoeft te worden georganiseerd bij het beëindigen of het langer dan twee weken opschorten van acute zorg indien die beëindiging of opschorting een afname van minder dan 10% van de behandelcapaciteit voor acute zorg inhoudt. De behandelcapaciteit kan bijvoorbeeld afnemen door de vermindering van het aantal bedden of het aantal kamers dan wel door een beperking van de openingsuren. Bij een vermindering van minder dan 10% van de behandelcapaciteit is er 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 10% 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*

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, waarbij het bepaalde in het derde lid eveneens van overeenkomstige toepassing is. Dit laatste 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

voorzien gedeeltelijke beëindiging of opschorting van minder dan 10% van de behandelcapaciteit, toch 10% of meer zal zijn.

### **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.

#### *Eerste lid*

Ingevolge het eerste lid worden de zorgaanbieders, genoemd in artikel 8A.1, eerste lid, b tot en met f, 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 in HAP's, GGD'en als bedoeld in artikel 14 van de Wet publieke gezondheid 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 tot en met k, van het uitvoeringsbesluit moet uitnodigen. Dit kunnen ook aanbieders zijn die acute zorg leveren, bijvoorbeeld huisartsen die overdag acute zorg leveren of de verlening van acute zorg in de avond, nacht en weekend uren anders geregeld hebben dan in een HAP. 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 die met vijftientwintig of minder zorgverleners zorg verlenen, 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 Directeur publieke gezondheid (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.

### **Artikel 8c**

#### *Eerste lid*

Diverse zorgaanbieders en organisaties kunnen onderwerpen voordragen voor bespreking in het regionale overleg acute zorgketen. Het gaat hier bijvoorbeeld om een zorgaanbieder die behoort tot een in artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit aangewezen categorie, maar ook om een zorgverzekeraar, GHOR, gemeente, cliëntenorganisatie, Wlz-uitvoerder, politie of een andere organisatie (waar ook zorgaanbieders onder kunnen worden verstaan uit categorieën die niet zijn aangewezen in artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit).

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. Het onderwerp zal vervolgens door het traumacentrum geagendeerd moeten worden voor het regionale overleg acute zorgketen. 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. 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 zien 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 capaciteit en de specifieke competenties die de verschillende zorgaanbieders in de regio in huis hebben.

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 van een landelijk systeem dat op ieder moment inzicht biedt in deze informatie. 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 kunnen tevens worden gezien in het licht van de motie Geleijnse<sup>7</sup>. Zorgaanbieders en overige organisaties voor wie inzicht in de actuele capaciteit relevant is, moeten inzage hebben in de beschikbaar gestelde informatie. Dit geldt dus bijvoorbeeld voor RAV's en huisartsen, maar ook voor de GHOR, zodat die inzicht heeft ter voorbereiding op en 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

---

<sup>7</sup> Kamerstukken II 2018/19, 31016, nr. 181.

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 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 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'<sup>8</sup>

De 45-minutennorm ziet op de spreiding en bereikbaarheid van SEH's over Nederland. Het is een berekende spreidingsnorm<sup>9</sup>. 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

---

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> 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).

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.

#### *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 veldnorm dat minimaal 90% van de inwoners van het werkgebied van een huisartsenpost binnen 30 minuten per auto een huisartsenpost kan bereiken<sup>10</sup>. De norm is eveneens opgenomen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen (2019)<sup>11</sup>. 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 norm 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

<sup>10</sup> Zie <https://ineen.nl/onderwerpen/kwaliteit/> voor het Raamwerk kwaliteitsbeleid huisartsenposten van InEen (2013).

<sup>11</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2019/04/15/kwaliteitskader-spoedzorgketen>.



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 cliënten in die uren een locatie voor huisartsenzorg binnen 30 minuten per auto moeten kunnen bereiken. Of een dienstdoende huisarts moet hen binnen 30 minuten per auto kunnen bereiken.

#### *Onderdeel d*

In de generieke module Acute psychiatrie<sup>12</sup> 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 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. 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 gereede 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

---

<sup>12</sup> Zie [www.ggzstandaarden.nl](http://www.ggzstandaarden.nl) voor de generieke module Acute psychiatrie en het bijbehorende implementatieplan.

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.<sup>13</sup> 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;

---

<sup>13</sup> 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.

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 dat 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 of afdeling acute verloskunde, 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 eerste onderdelen 1a en 1b aan de orde.
- Bij een algehele beëindiging of opschorting van de acute ggz zijnde 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.

#### *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 van minder dan twee weken hoeft geen bereikbaarheidsanalyse te worden aangevraagd. Ook bij een opschorting of beëindiging van de behandelcapaciteit met minder dan 10% hoeft geen bereikbaarheidsanalyse te worden aangevraagd.
- 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 10% 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 – rekening houdend met de in artikel 8a genoemde termijn van twee weken – voldoende tijd is voor het organiseren van een regionaal overleg acute zorgketen waarin nog wezenlijk invloed kan worden uitgeoefend op de besluitvorming door de zorgaanbieder en naar aanleiding waarvan door de deelnemers nog de benodigde maatregelen kunnen worden genomen. Het is van belang dat de zorgaanbieders en zorgverzekeraar(s) in het 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 zorgverzekeraars 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 in principe deelnemen aan het betrokken overleg en zal het overleg met die zorgaanbieders in principe in dat verband plaatsvinden. Wat betreft de zorgaanbieders voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben, valt te denken aan zorgaanbieders die na de beëindiging wellicht (delen van) de acute zorg gaan overnemen of opvangen maar ook aan zorgaanbieders voor wie de beëindiging of opschorting anderszins gevolgen kan hebben, bijvoorbeeld verwijzers. In het geval dat er zorgaanbieders zijn voor wie de opschorting of beëindiging gevolgen kan hebben, maar die niet deelnemen aan het regionaal overleg, moet de zorgaanbieder ook met hen overleggen op een zodanig tijdstip dat zij nog wezenlijk invloed kunnen uitoefenen op de besluitvorming en de nodige maatregelen kunnen nemen. Hetzelfde geldt voor overleg met de zorgverzekeraar(s) waarmee de zorgaanbieder een overeenkomst over de betrokken acute zorg heeft gesloten. Voor zorgverzekeraars is dit overleg van belang in verband met de op hen rustende zorgplicht. Om aan die zorgplicht te kunnen voldoen is van belang dat de zorgverzekeraar vroegtijdig van eventuele plannen en de gevolgen van die plannen op de hoogte is.

Het vijfde lid gaat over de situatie waarin uit een oogpunt van proportionaliteit geen regionaal overleg acute zorg hoeft te worden georganiseerd. Ook in dat geval dient het traumacentrum te worden geïnformeerd en moet overleg worden gevoerd met de zorgaanbieders voor wie de opschorting of beëindiging gevolgen kan hebben en met de zorgverzekeraar(s) waarmee de zorgaanbieder een overeenkomst over de betrokken zorg heeft gesloten. Voor wat betreft het tijdstip waarop dit informeren en het starten van de overleggen plaats moet vinden, is van belang dat een zodanig tijdstip wordt gekozen dat nog wezenlijk invloed kan worden geoefend op de besluitvorming en er voldoende tijd is voor het nemen van

de benodigde maatregelen. Hoeveel tijd hiervoor nodig is, hangt af van de concrete opschorting of beëindiging.

Door te regelen dat zorgaanbieders tijdig moeten worden geconsulteerd, wordt ook uitvoering gegeven aan de motie Van den Berg.<sup>14</sup>

#### *Zesde lid*

Ingevolge het zesde lid dient de zorgaanbieder bij de overleggen 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 kan de zorgaanbieder ingaan op de gevolgen voor het huidige zorgaanbod en 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.<sup>15</sup>

#### *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, 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 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 beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg op bijvoorbeeld afdelingen spoedeisende hulp of in huisartsenposten.

#### *Tweede en derde lid*

---

<sup>14</sup> Kamerstukken II 2020/21, 29247, nr. 322.

<sup>15</sup> 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 8h, vierde en vijfde 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 zijn dezelfde gevallen als omschreven in artikel 8a, tweede lid, waarbij het derde lid van dat artikel van overeenkomstige toepassing is. Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 8a, tweede en derde lid.

Wanneer een bijeenkomst ingevolge deze uitzonderingsbepalingen niet verplicht is, dienen de colleges van burgemeester en wethouders en de voorzitter van de veiligheidsregio schriftelijk of elektronisch geïnformeerd te worden. In het derde 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.

#### *Vierde 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*

Dit artikel regelt dat inwoners uit de omgeving die belang hebben bij de betrokken acute zorg, worden geïnformeerd door middel van een bijeenkomst. Bij een dergelijke bijeenkomst dient de zorgaanbieder in gesprek te gaan met de inwoners, waar tevens cliënten<sup>16</sup> 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, 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.

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.<sup>17</sup>

#### *Tweede lid*

---

<sup>16</sup> Hierbij kan bijvoorbeeld een Zorgbelang organisatie betrokken worden. Voor meer informatie zie [www.zorgbelang-nederland.nl](http://www.zorgbelang-nederland.nl).

<sup>17</sup> 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).

Ingevolge het tweede lid hoeft een zorgaanbieder in bepaalde gevallen geen bijeenkomst voor inwoners te organiseren. Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 8a, 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**

Na afloop van de bijeenkomsten met burgemeester en wethouders en met inwoners moet de IGJ opnieuw geïnformeerd worden en vinden gesprekken plaats met zorgverzekeraars, andere zorgaanbieders en het regionaal overleg acute zorgketen. Dit informeren en deze gesprekken vinden plaats met behulp van een concept-continuïteitsplan.

De zorgaanbieder informeert de Inspectie, het traumacentrum, betrokken zorgaanbieders en alle zorgverzekeraars met verzekerden in de regio 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. Ingevolge artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel g, van het uitvoeringsbesluit moet een plan worden opgesteld 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. Artikel 8m van deze regeling 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 zorgaanbieders en de zorgverzekeraars.

#### **Artikel 8l**

##### *Eerste lid*

Ingevolge dit lid dient de zorgaanbieder over het ontwerp continuïteitsplan in overleg te gaan met zorgaanbieders voor wie de 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.

Op grond van artikel 8a van deze regeling organiseert het traumacentrum in de meeste gevallen een regionaal overleg acute zorgketen, indien dat traumacentrum

door een zorgaanbieder is geïnformeerd over het concept continuïteitsplan.<sup>18</sup> Het ligt voor de hand dat dit regionaal overleg, als dat op grond van artikel 8a aan de orde is, 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. Ter voorbereiding op dat regionaal overleg zijn uiteraard 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. In geval van een opschorting of beëindiging waarvoor geen regionaal overleg acute zorgketen wordt georganiseerd, zal de zorgaanbieder aparte overleggen moeten voeren met de zorgaanbieder voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben en met zorgverzekeraars.

#### *Tweede lid*

De besprekingen als bedoeld in artikel 8l 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 IJsselmeerziekenhuizen<sup>19</sup>. 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 continuïteitsplan<sup>20</sup>. 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 zorg<sup>21</sup>.

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

---

<sup>18</sup> Indien de aanbieder een substantieel aantal cliënten heeft in verschillende regio's, zullen er in alle betrokken regio's regionale overleggen acute zorgketen georganiseerd moeten worden.

<sup>19</sup> Bijlage bij Kamerstukken II 2019/20, 31016, nr. 269.

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

<sup>21</sup> 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 hoeft 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 ingediend<sup>22</sup> 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 ook in gaat 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.

#### *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 regiobeeld<sup>23</sup> is, de zorgaanbieder moet aangeven hoe zijn voornemens daarin passen. Dit betekent dat de zorgaanbieder daarbij in moet gaan op de gevolgen voor het huidige zorgaanbod en de huidige en toekomstige zorgvraag.

#### *Onderdeel f*

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

---

<sup>22</sup> Kamerstukken II 2018/19, 31016, nr. 198.

<sup>23</sup> 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 hulpposten 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.

De minister voor Medische Zorg,

CONCEPT