



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister MZS

Cc Minister VWS

Cc Staatssecretaris

Deadline: 25 september 2020

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
5.1.2e

Ontworpen door

5.1.2e

T 070- 5.1.2e
M +31(0)6 5.1.2e
5.1.2e @minvws.nl

Kenmerk
1745909-210283-CZ

Bijlage(n)
Bijlage 1 Aandachtspunten
Bijlage 2 Motie van den Berg
Bijlage 3 Concept regeling

5.1.2e

nota

(Ter beslissing)

Regeling acute zorg voor toetsen

5.1.2e

1. Aanleiding voor deze nota

De amvb acute zorg wordt nader uitgewerkt in een ministeriële regeling. Deze regeling moet voor de toetsen worden voorgelegd aan IGJ, NZa en het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR). Ook het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en ZN (toets op fraudemogelijkheden) moeten vroegtijdig betrokken worden, gezien de taak die zij krijgen in de ministeriële regeling.

Deze nota gaat cc naar MVWS vanwege de relatie met de (Aanpassingswet) Wet toetreding zorgaanbieders en de betrokkenheid van Wlz-aanbieders bij het Regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ) en cc naar de Staatssecretaris vanwege de betrokkenheid van de aanbieders van acute ggz bij het ROAZ.

2. Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

- Gaat u akkoord met het voorleggen van bijgaande versie van de concept ministeriële regeling acute zorg voor toetsen aan IGJ, NZa en ATR?
- Gaat u tevens akkoord met het voorleggen van bijgaande versie aan het LNAZ en ZN?

3. Samenvatting en conclusies

Inhoud

De ministeriële regeling geeft op vier punten een nadere invulling van de amvb acute zorg:

1. het functioneren van het regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ);
2. welke zorgverzekeraars moeten worden geïnformeerd bij knelpunten (alle zorgverzekeraars);
3. de normen voor de bereikbaarheid van de acute zorg (45 minutennormen voor SEH¹ en acute verloskunde, 30 minutennorm voor huisartsenposten, 60 minutennorm voor acute ggz).

De bereikbaarheidsnorm voor SEH's komt uit bestaande regelgeving. De overige normen zijn zo goed mogelijk gebaseerd op bestaande veldnormen en praktijk en afgestemd met InEen en de Nederlandse GGZ. Dat neemt niet weg dat er wel weerstand zou kunnen zijn tegen het in

¹ Op 22 september wordt het advies van de Gezondheidsraad over de 45-minutennorm gepubliceerd; u wordt daar separaat over geïnformeerd. Dat advies kan leiden tot een aanpassing van de onderhavige regeling of toelichting.



regelgeving vastleggen van de normen, in zodanige vorm dat het RIVM bereikbaarheidsanalyses kan uitvoeren.

4. het besluitvormingsproces bij plannen om de acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk te sluiten.

In de praktijk gaat het om zeer verschillende sluitingen die variëren in oorzaak, omvang, urgentie, betrokken partijen etc.. Het is niet mogelijk daarvoor een exacte eenduidige tijdlijn op te stellen. Belangrijke element uit dat besluitvormingsproces is het betrekken van gemeenten en inwoners bij het proces. De zorgaanbieder moet een continuïteitsplan opstellen (o.a. op basis van de ervaringen met de failliete ziekenhuizen). De regeling stelt eisen aan de inhoud en het tot stand komen van dat plan.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
5.1.2e

Kenmerk
1745909-210283-CZ

Aandachtspunten m.b.t. de inhoud van de concept regeling

De regeling is nog niet "af". Op een aantal punten is nog verdere doorontwikkeling nodig, in overleg met veldpartijen en n.a.v. de toetsen die worden uitgebracht. Hiervoor is ook nog gelegenheid nadat de toetsen zijn aangevraagd. Het gaat bijvoorbeeld om:

- De deelname van de aanbieders van langdurige zorg aan het ROAZ;
- Welke zorgverzekeraars moeten worden uitgenodigd voor het ROAZ en welke zorgverzekeraars moeten worden geïnformeerd bij knelpunten;
- De proportionaliteit van wat een zorgaanbieder allemaal moet doen als hij het aanbod van acute zorg wil sluiten.

Voor meer informatie over deze aandachtspunten wordt verwezen naar bijlage 1 bij deze nota.

Proces

- De wettelijke basis voor de regelgeving m.b.t. de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg ligt in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, zoals die wordt aangepast met de Aanpassingswet toetreding zorgaanbieders (AWtza). Dit wetsvoorstel is aanvaard door beide Kamers maar is nog niet in werking getreden.
- De concept amvb acute zorg waarop deze regeling is gebaseerd, is samen met andere amvb's op grond van de (A)Wtza informeel voorgehangen bij de EK en TK. Over deze amvb's wordt door de TK nog een plenair VSO ingepland. Daarna worden de amvb's gestuurd naar CWIZO/MR voor adviesaanvraag aan Raad van State.
- De conceptregeling acute zorg zal na de toetsen op uitvoerbaarheid, handhaafbaarheid en regeldruk opnieuw aan u worden voorgelegd voor akkoord voor internetconsultatie en informele voorhang bij het parlement.
- Op dit moment is nog niet helder wat het plenair VSO betekent voor de datum van inwerkingtreding van wet, amvb en ministeriële regeling.

4. Draagvlak politiek

De Tweede Kamer heeft in debatten en schriftelijke stukken steeds aangedrongen op het goed regelen van het besluitvormingsproces bij een voorgenomen sluiting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie. De regeling voorziet in uitgebreide voorschriften voor dat proces. Met de onderhavige regeling wordt de motie Van den Berg (Kamerstukken 31016, nr. 198) afgedaan.



Voor de inhoud van die motie en de wijze waarop daarmee wordt omgegaan, wordt verwezen naar bijlage 2 bij deze nota.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
5.1.2e

Kenmerk
1745909-210283-CZ

5. Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie

Er volgt nog een internetconsultatie. In debatten met de Tweede Kamer en brieven aan en gesprekken met zorgaanbieders is reeds veelvuldig gevraagd alvast te handelen conform de lijn van de amvb acute zorg.

6. Financiële en personele gevolgen

N.v.t.

7. Juridische aspecten haalbaarheid

De Raad van State moet nog adviseren over de amvb acute zorg. Een advies kan doorwerken in de uitwerking van de onderhavige regeling.

Juridisch aandachtspunt bij de regeling is de proportionaliteit van de vereisten in de regeling (zie aandachtspunten bijlage 1). Een ander juridisch aandachtspunt is dat in de regeling geen concrete termijnen zijn opgenomen en er geen vaste volgorde van te nemen stappen in het besluitvormingsproces is opgenomen. Dat zorgt voor niet altijd een hele heldere regeling. Gezien de praktijk is het echter niet mogelijk om concrete termijnen op te nemen. Een besluitvormingsproces om acute zorg te beëindigen verloopt immers altijd anders.

8. Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)

De regeling is opgesteld door CZ en WJZ met betrokkenheid van PZo. LNAZ, ZN, J&V, IGJ, RIVM en NZa hebben informeel de gelegenheid gehad voor een reactie. IGJ, NZa en ZN vinden dat de regels erg gedetailleerd zijn en daarmee verantwoordelijkheid wegnemen bij de zorgaanbieder die het aanbod van acute zorg wil sluiten. Diverse casussen hebben echter geleerd dat stakeholders niet vanzelf voldoende worden betrokken bij het besluitvormingsproces; de Kamer dringt daarom aan op het goed regelen van dat proces. J&V wilde graag het systeem dat inzicht biedt in actuele beschikbaarheid van acute zorg en IC-bedden uitbreiden met cohortlocaties (waar COVID-patiënten worden verpleegd) en persoonlijke beschermingsmiddelen. J&V had echter begrip voor onze uitleg dat bedden voor kort verblijf al in beeld zijn via de regionale coördinatiefunctie en dat de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen (bij wie? Alle zorgaanbieders? Alle dienstverleners? Burgers?) de reikwijdte van het systeem te buiten gaat.

9. Gevolgen administratieve lasten

De structurele regeldruk is berekend op ruim 8 ton per jaar, de eenmalige kosten op een halve ton.

10. Toezeggingen

N.v.t.

10. Fraudetoets

Wordt aangevraagd.



Bijlage 1

Aandachtspunten m.b.t. de inhoud van de concept regeling

De regeling is nog niet "af". Op een aantal punten is nog verdere doorontwikkeling nodig, in overleg met veldpartijen en n.a.v. de toetsen die worden uitgebracht. Hiervoor is ook nog gelegenheid nadat de toetsen zijn aangevraagd. Het gaat bijvoorbeeld om

- De deelname van de aanbieders van verpleging, verzorging en thuiszorg aan het ROAZ. Per ROAZ-regio zijn er veel van deze aanbieders, als deze allemaal moeten deelnemen, wordt het overleg te groot. Tegelijk willen we wel dat deze aanbieders de afspraken die worden gemaakt in het ROAZ naleven, zij moeten zich niet kunnen verschuilen achter het feit dat ze niet bij het overleg waren. Het beste zou zijn als LNAZ en Actiz samen met een voorstel komen voor eventuele vertegenwoordiging met mandaat.
- We worstelen nog met welke zorgverzekeraars moeten worden uitgenodigd voor het ROAZ, welke zorgverzekeraars moeten worden geïnformeerd bij knelpunten in het aanbod van acute zorg in de regio en welke zorgverzekeraars de zorgaanbieder die aanbod van acute zorg wil sluiten moet betrekken bij zijn besluitvormingsproces. Enerzijds moeten lasten en overleggen beperkt gehouden worden, anderzijds hebben alle zorgverzekeraars zorgplicht voor hun verzekerden. Dit zullen we ook met ZN bespreken.
- De proportionaliteit van wat een zorgaanbieder allemaal moet doen als hij het aanbod van acute zorg wil sluiten. In de toelichting bij de amvb staat dat we bij de uitwerking in de regeling zullen kijken naar de proportionaliteit. Tegelijkertijd is er druk om zo goed mogelijk te borgen dat alle betrokkenen invloed kunnen uitoefenen op het besluitvormingsproces en op hoe de continuïteit van de zorg na een sluiting geborgd blijft. In de concept regeling is nu opgenomen dat bij een tijdelijke sluiting van maximaal 2 weken of een beperking van maximaal 25% van de capaciteit, niet hoeft te worden voldaan aan de volgende verplichtingen:
 - het organiseren van een ROAZ door het traumacentrum nadat het geïnformeerd is over een sluiting,
 - het aanvragen van een bereikbaarheidsanalyse bij het RIVM,
 - het organiseren van een bijeenkomst met burgemeester en wethouders, de voorzitter van de veiligheidsregio te organiseren en inwoners. Zij moeten wel geïnformeerd worden.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
5.1.2e

Kenmerk
1745909-210283-CZ



Bijlage 2

Motie Van den Berg

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
5.1.2e

Kenmerk
1745909-210283-CZ

De motie Van den Berg (31016, nr. 198) verzoekt de regering, te borgen dat bij voorstellen tot aanpassingen in de acute zorg altijd:

1. de effecten op de benodigde extra capaciteit bij andere ziekenhuizen in kaart worden gebracht;
2. de effecten op de aanrijtijden van ambulances in kaart worden gebracht;
3. de adherentiecijfers in de regio in kaart worden gebracht;
4. en bovenstaande gedeeld wordt met betrokken regiobestuurders en zorgverleners in de keten voordat besluitvorming plaatsvindt.

Hier wordt als volgt mee omgegaan:

Ad 1. In het continuïteitsplan moet komen te staan welke afspraken met andere zorgaanbieders zijn gemaakt om te zorgen dat er voldoende capaciteit beschikbaar is bij andere zorgaanbieders.

Ad 2. In de amvb is nu opgenomen (wijkt af van versie die naar de TK is gegaan) in art. 8A.4 eerste lid onder g dat het RIVM berekent wat de effecten zijn op de rijtijden voor patiënten per ambulance naar de dichtst bij zijnde locatie waar de betreffende acute zorg wordt aangeboden (dit is volgens ons ook wat de motie bedoelt te zeggen).

Ad 3. Op het punt van de adherentie (inzicht in waar de patiënten vandaan komen) wordt niet voldaan aan de motie Van den Berg, de adherentie wordt niet in beeld gebracht, die indruk is ook nooit gewekt. Het gaat hier om bedrijfsgevoelige informatie van de zorgaanbieder zelf.

Ad 4. Ketenpartners (zoals andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars) krijgen het concept continuïteitsplan (amvb art. 8A.4, eerste lid onder h) waarin deze informatie is opgenomen en gemeenten en inwoners krijgen voorafgaand aan de besluitvorming een onderbouwing van het waarom van de eventuele sluiting en na besluitvorming informatie over waar welke zorg te verkrijgen is.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Regeling van de Minister voor Medische Zorg van houdende nadere regels over de voorbereiding, bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg (Regeling acute zorg)

CONCEPT TEN BEHOEVE VAN DE TOETSEN

De Minister voor Medische Zorg,

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

Besluit:

Artikel I

De Uitvoeringsregeling Wkkgz wordt als volgt gewijzigd:

A

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

- *bereikbaarheidsanalyse*: bereikbaarheidsanalyse als bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel f, van het uitvoeringsbesluit.
- *continuïteitsplan*; plan als bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel g, van het uitvoeringsbesluit;
- *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 de in artikel 8A.2, eerste lid, van het uitvoeringsbesluit gestelde doelen te behalen, met een minimum van 2 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 ingevolge artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel b, van het uitvoeringsbesluit, of ingevolge artikel 8k, tenzij sprake is van:
 - a. een gehele of gedeeltelijke opschorting die redelijkerwijs ten hoogste twee weken zal duren, terwijl in de periode van een maand daaraan voorafgaand geen gehele of gedeeltelijke opschorting heeft plaatsgevonden op dezelfde locatie die ten hoogste twee weken heeft geduurd; of
 - b. 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.
3. In aanvulling op het tweede lid wordt alsnog zo spoedig mogelijk een regionaal overleg acute zorgketen georganiseerd zodra een gehele of gedeeltelijke opschorting langer blijkt te duren dan twee weken, of zodra toch 25% of meer van de behandelcapaciteit voor de acute zorg blijkt te worden gesloten,.

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 die werkzaam zijn in de regio uit.
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 zorgaanbieders 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 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 behoeft een zorgaanbieder die is uitgenodigd niet bij het regionaal overleg acute zorgketen aanwezig te zijn, indien deze zorgaanbieder met tien 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. Na het opstellen doet het traumacentrum het verslag toekomen aan alle tijdens het betrokken overleg aanwezige en vertegenwoordigde organisaties en aan alle zorgverzekeraars.
5. 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.
6. Traumacentra informeren elkaar over onderwerpen en conclusies uit het regionaal overleg acute zorgketen die van belang kunnen zijn voor elkaars regio.

Artikel 8d

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

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

- c. de beschikbaarheid van de acute zorg in de regio, ook tijdens piekperiodes, zoals tijdens griep- en vakantieperiodes en bij crises en rampen;
- d. het inzicht voor zorgverleners en cliënten in welke zorgaanbieder in de regio welke specifieke competenties, expertises en faciliteiten heeft voor het bieden van zorg voor 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 zorg voor cliënten met specifieke toestandsbeelden;
- f. het beschikbaar komen van een landelijk uniform systeem dat op ieder moment aan deelnemers van het regionale overleg acute zorgketen voor wie dit relevant is inzicht biedt in de actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg inclusief intensive care bedden in de regio;
- g. de informatie die zorgaanbieders beschikbaar stellen in het in onderdeel f bedoelde systeem over hun actueel beschikbare capaciteiten aan acute zorg inclusief intensive care bedden in de regio;
- h. het inzicht in de opleidingsinspanningen van de zorgaanbieders als bedoeld in artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit in de regio;
- i. het aanleveren van crisisplannen als bedoeld in artikel 8A.5 van het uitvoeringsbesluit aan de directeur publieke gezondheid opdat deze kan zorgen voor afstemming met de planvorming in het veiligheidsdomein, in overeenstemming met de taak die hij heeft op grond van de Wet veiligheidsregio's.

§ 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

De normen inzake de bereikbaarheid van acute zorg, bedoeld in artikel 8A.4, tweede lid, van het uitvoeringsbesluit, zijn:

- a. het aantal inwoners dat in spoedgevallen met een ambulance niet binnen 45 minuten op een afdeling voor 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.

§ 3.4. Voorgenomen beëindiging of opschorting

§ 3.4.1. Ideeënvormingsfase

Artikel 8g

1. Zodra een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid, van het uitvoeringsbesluit redelijkerwijs kan voorzien dat er een gerede kans bestaat dat hij de acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk moet beëindigen of opschorten, informeert de zorgaanbieder de Inspectie daarover. Dit informeren geschiedt schriftelijk of elektronisch, via e-mailadres 5.1.2e@igj.nl.
2. Bij het informeren, bedoeld in het eerste lid, verstrekt de zorgaanbieder in ieder geval de volgende gegevens:
 - a. de naam en contactgegevens van de zorgaanbieder en van de contactpersoon bij de zorgaanbieder;
 - b. de vorm van acute zorg die het betreft;
 - c. de locatie of locaties die het betreft;
 - d. of het gaat om een gehele of gedeeltelijke, opschorting of beëindiging van de zorg en op welke termijn deze eventueel zal plaatsvinden;
 - e. wat de reden is dat er een gerede kans bestaat dat een hele 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 actie gaat ondernemen om de continuïteit en beschikbaarheid van de acute zorg in de regio te borgen.

Artikel 8h

1. Nadat de zorgaanbieder de Inspectie overeenkomstig artikel 8g heeft geïnformeerd, vraagt de zorgaanbieder een bereikbaarheidsanalyse aan bij het RIVM, tenzij de zorgaanbieder inmiddels aan de Inspectie heeft gemeld dat er geen gerede kans meer is dat de acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk wordt beëindigd of opgeschort.
2. Een bereikbaarheidsanalyse als bedoeld in het eerste lid hoeft niet te worden aangevraagd als sprake is van:
 - a. een gehele of gedeeltelijke opschorting die redelijkerwijs ten hoogste twee weken zal duren, terwijl in de periode van een maand daaraan voorafgaand geen gehele of gedeeltelijke opschorting heeft plaatsgevonden op dezelfde locatie die ten hoogste twee weken heeft geduurd; of
 - b. een gedeeltelijke beëindiging dan wel een gedeeltelijke opschorting van langer dan twee weken, inhoudende een afname van minder dan 25% van de behandelcapaciteit voor acute zorg, terwijl de acute zorg in het jaar daaraan voorafgaand niet eerder met minder dan 25% van de behandelcapaciteit is beëindigd of opgeschort.
3. In afwijking van het tweede lid wordt alsnog een bereikbaarheidsanalyse aangevraagd zodra een gehele of gedeeltelijke opschorting langer blijkt te duren dan twee weken, of zodra toch 25% of meer van de behandelcapaciteit voor acute zorg blijkt te worden gesloten.

4. De zorgaanbieder start de in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel c, van het uitvoeringsbesluit bedoelde overleggen op een zodanig tijdstip dat de zorgaanbieder, de zorgaanbieders voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben en de betrokken zorgverzekeraars voldoende tijd hebben de benodigde maatregelen te nemen om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg te borgen.
5. De zorgaanbieder informeert het traumacentrum, onderscheidenlijk de traumacentra, van de regio of regio's waarin de zorgaanbieder zorg verleent, over de gereede kans op een gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting van het aanbod van de acute zorg, op het tijdstip waarop hij de overleggen, bedoeld in het vierde lid, start. De zorgaanbieder verstrekt het traumacentrum hierbij in ieder geval de informatie, bedoeld in artikel 8g, tweede lid, alsmede de ideeën die er zijn om de continuïteit en beschikbaarheid van acute zorg in de regio te borgen.
6. Bij de overleggen, bedoeld in het vierde lid, wordt het regiobeeld betrokken, indien voor de betrokken regio een regiobeeld beschikbaar is.

§ 3.4.2: Inspraak- en informerende fase

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 en de voorzitter van de veiligheidsregio over het voornemen van de opschorting of beëindiging van de acute zorg op een bepaalde locatie. In de bijeenkomst informeert de zorgaanbieder de colleges en de voorzitter van de veiligheidsregio over de plannen en stelt hij de colleges en de voorzitter van de veiligheidsregio 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 colleges en de voorzitter van de veiligheidsregio van invloed kan zijn op de besluitvorming door de zorgaanbieder.
2. In afwijking van het eerste lid hoeft geen bijeenkomst georganiseerd te worden indien sprake is van:
 - a. een gehele of gedeeltelijke opschorting die redelijkerwijs ten hoogste twee weken zal duren, terwijl in de periode van een maand daaraan voorafgaand geen gehele of gedeeltelijke opschorting heeft plaatsgevonden op dezelfde locatie die ten hoogste twee weken heeft geduurd; of
 - b. een gedeeltelijke beëindiging dan wel een gedeeltelijke opschorting van langer dan twee weken, inhoudende een afname van minder dan 25% van de behandelcapaciteit voor 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 zulke gevallen worden de colleges van burgemeester en wethouders van de betrokken gemeenten en de voorzitter van de veiligheidsregio schriftelijk of elektronisch geïnformeerd door de zorgaanbieder.
3. In afwijking van het tweede lid wordt alsnog een bijeenkomst als bedoeld in het eerste lid georganiseerd indien een gehele of gedeeltelijke opschorting langer blijkt te duren dan twee weken, of indien toch 25% of meer van de behandelcapaciteit voor acute zorg blijkt te worden gesloten.

4. Bij het informeren, bedoeld in het tweede lid, verstrekt de zorgaanbieder in ieder geval de gegevens, bedoeld in artikel 8h, vijfde lid, in een voor de colleges van burgemeester en wethouders en de voorzitter van de veiligheidsregio geschikte vorm.
5. Indien de zorgaanbieder een bijeenkomst als bedoeld in het eerste lid heeft georganiseerd dan wel de zorgaanbieder een schriftelijke of elektronische reactie heeft gekregen van colleges van burgemeester en wethouders of de voorzitter van de veiligheidsregio, deelt de zorgaanbieder aan de betrokkenen schriftelijk of elektronisch gemotiveerd mee wat met de door hen naar voren gebrachte visies, wensen en zorgen zal worden gedaan.

Artikel 8j

1. De inspanning, bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel e, van het uitvoeringsbesluit, om te voren onzekerheid bij de in dat artikelonderdeel bedoelde inwoners te voorkomen, houdt in dat de zorgaanbieder in de inspraak- en informerende fase een bijeenkomst organiseert voor inwoners uit de omgeving die belang hebben bij de door de zorgaanbieder geboden zorg. In de bijeenkomst informeert de zorgaanbieder de inwoners over de plannen en stelt hij de inwoners 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 invloed kan zijn op de besluitvorming door de zorgaanbieder.
2. In afwijking van het eerste lid hoeft geen bijeenkomst georganiseerd te worden indien sprake is van:
 - a. een gehele of gedeeltelijke opschorting die redelijkerwijs ten hoogste twee weken zal duren, terwijl in de periode van een maand daaraan voorafgaand geen gehele of gedeeltelijke opschorting heeft plaatsgevonden op dezelfde locatie die ten hoogste twee weken heeft geduurd; of
 - b. een gedeeltelijke beëindiging dan wel een gedeeltelijke opschorting van langer dan twee weken, inhoudende een afname van minder dan 25% van de behandelcapaciteit voor 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 zulke gevallen worden de inwoners en cliënten geïnformeerd door de zorgaanbieder via een bericht in een plaatselijke krant en op de website van de zorgaanbieder.

3. In afwijking van het tweede lid wordt alsnog een bijeenkomst als bedoeld in het eerste lid georganiseerd indien een gehele of gedeeltelijke opschorting langer blijkt te duren dan twee weken, of indien toch meer dan 25% van de behandelcapaciteit voor acute zorg blijkt te worden gesloten.
4. 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 inwoners en cliënten via haar website over wat met de naar voren gebrachte visies, wensen en zorgen zal worden gedaan.

§ 3.4.3: Besluitvormende fase

Artikel 8k

Na afloop van de inspraak- en informerende fase informeert de zorgaanbieder de Inspectie, het traumacentrum, aanbieders voor wie de voorgenomen beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben en alle zorgverzekeraars met verzekerden in de regio over een door die zorgaanbieder op te stellen concept van het continuïteitsplan.

Artikel 8l

1. De zorgaanbieder bespreekt het concept continuïteitsplan in het regionaal overleg acute zorgketen dat door het traumacentrum overeenkomstig artikel 8a is georganiseerd met de zorgaanbieders die deelnemen aan het overleg en stelt hen in de gelegenheid hun visie, zorgen en wensen te uiten op de voorgenomen gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting.
2. De zorgaanbieder bespreekt het concept continuïteitsplan met andere zorgaanbieders dan de zorgaanbieders, bedoeld in het tweede lid, voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben.
3. De zorgaanbieder bespreekt het concept continuïteitsplan met zorgverzekeraars .

Artikel 8m

Indien een reactie van de Inspectie op het concept continuïteitsplan dan wel de besprekingen, bedoeld in artikel 8l, daartoe aanleiding geven, past de zorgaanbieder het concept continuïteitsplan aan.

Artikel 8n

In het continuïteitsplan wordt in ieder geval omschreven:

- a. wat er uit de bereikbaarheidsanalyse is gekomen, waarbij wordt omschreven of door de gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting van acute zorgactiviteiten door de zorgaanbieder:
 - 1° de normen als omschreven in artikel 8f in het geding zijn;
 - 2° in geval van het geheel of gedeeltelijk beëindigen of opschorten van acute zorg door andere zorgaanbieders de normen, bedoeld in artikel 8f, in gevaar zouden komen, en welke zorgaanbieder of zorgaanbieders dat betreft;
 - 3° In het geval van gehele of gedeeltelijk beëindiging of opschorting van het aanbod van acute zorg op een afdeling spoedeisende hulp of acute verloskunde of een beoordelingslocatie acute psychiatrie wat de effecten zijn op de rijtijden voor patiënten per ambulance naar de dichtst bij zijnde locatie waar de betreffende acute zorg wordt aangeboden;
- b. de reden waarom de zorgaanbieder het aanbod van acute zorg opschort of beëindigt 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 en inwoners en waarom deze eventueel niet is overgenomen;

- 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 om de continuïteit in de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg voor de verschillende groepen cliënten te borgen, 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 op 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 gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting zal plaatsvinden.

§ 3.4.4: Bekendmakingsfase

Artikel 8o

Het informeren van personen en instanties als bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid onderdeel h, van het uitvoeringsbesluit vindt schriftelijk of elektronisch plaats. Bij het informeren gaat de zorgaanbieder in op de afspraken die de zorgaanbieder gemaakt heeft over de continuïteit van de acute zorg voor de verschillende groepen cliënten, alsmede op wat er met de inbreng van de verschillende betrokkenen is gedaan en als er niets mee is gedaan wordt onderbouwd waarom dat niet is gebeurd.

Artikel II

Deze regeling treedt in werking op het tijdstip waarop het Besluit van [...], houdende wijziging van het uitvoeringsbesluit Wkkgz in verband met het stellen van eisen omtrent de voorbereiding, beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg (Stb. ..., ...) in werking treedt.

De minister voor Medische Zorg,

Toelichting

Algemeen

Op grond van artikel 4 van de Wet toelating zorginstellingen (hierna: WTZi) golden beleidsregels die onder meer betrekking hadden op de acute zorgketen. In die beleidsregels stonden voor specifieke categorieën van zorgaanbieders voorschriften met betrekking tot acute zorg, zoals het deelnemen aan het regionale overleg acute zorgketen (ook wel 'ROAZ' genoemd) en het nakomen van de afspraken die in dat regionale overleg zijn gemaakt. Deze beleidsregels zijn vervallen door het schrappen van artikel 4 WTZi (artikel I, onderdeel B, van de Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders, hierna: AWtza). In plaats daarvan is in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (hierna: Wkkgz) een nieuw artikel 3a opgenomen (artikel VII, onderdeel B, AWtza). Op grond van artikel 3a Wkkgz moeten bij of krachtens algemene maatregel van bestuur (hierna: amvb) eisen worden gesteld aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg en de voorbereiding op het verlenen van die zorg, waaraan de bij die maatregel aangewezen categorieën van zorgaanbieders moeten voldoen (welke eisen voor de verschillende categorieën zorgaanbieders verschillend kunnen zijn). Hoofdstuk 8 van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz (hierna: uitvoeringsbesluit) en onderhavige regeling geven hieraan uitvoering.

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

Door het bepaalde in het uitvoeringsbesluit en onderhavige regeling zullen de verplichtingen voor zorgaanbieders die samenhangen met dit regionaal overleg acute zorgketen duidelijker zijn vastgelegd, opdat het overleg in het regionaal overleg acute zorgketen minder vrijblijvend wordt. Ook wordt bewerkstelligd dat

zorgverzekeraars beter worden betrokken en geïnformeerd. Verder wordt de reikwijdte van het regionaal overleg aangepast aan de praktijk: het overleg heeft zich in de praktijk verbreed van een overleg over acute zorg in enge zin (te weten de zorg van spoedeisende eerste hulp afdelingen en afdelingen acute verloskunde in ziekenhuizen, ambulancediensten, huisartsenposten en crisisdiensten van de ggz), naar een overleg dat tevens betrekking heeft op de instroom, doorstroom en uitstroom uit de keten van acute zorg. Om te zorgen dat het traumacentrum iedereen uitnodigt die kan en moet bijdragen aan de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van acute zorg en dat iedereen bijdraagt aan het maken van afspraken en de afspraken naleeft en zich committeert aan het beschikbaar zijn van voldoende tijdige en goede acute zorg en om te zorgen dat partijen elkaar kunnen aanspreken op gemaakte afspraken, worden in deze ministeriële regeling verplichtingen opgelegd aan verschillende categorieën zorgaanbieders. Deze ministeriële regeling geeft een nadere invulling aan de amvb op een viertal punten: 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 8e gaan over het functioneren van het regionale overleg acute zorgketen en het informeren van de zorgverzekeraars over knelpunten in de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg. De bepalingen gaan over de frequentie van het overleg, de aanwezigheid bij het overleg, uitnodiging, agendering en verslaglegging, de onderwerpen waarover afspraken moeten worden gemaakt in het overleg en het informeren van zorgverzekeraars over niet opgeloste knelpunten. Deze bepalingen gaan over het regionaal overleg acute zorgketen als s 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. Normen voor de bereikbaarheid van acute zorg

In het regionaal overleg acute zorgketen moeten afspraken gemaakt worden over de beschikbaarheid (de aanwezigheid van (voldoende) gekwalificeerd personeel) en bereikbaarheid (de rijtijden naar de locaties) 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 normen voor acute zorg is voldaan. Het vraagstuk of aan de normen voor acute zorg 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 bewaken dat aan de normen voor de bereikbaarheid van acute zorg blijvend wordt voldaan. Overigens is het ook aan de deelnemers van het regionaal overleg acute zorgketen en zorgverzekeraars om los van eventuele voorgenomen of gerealiseerde sluitingen te bewerkstelligen dat er voldoende aanbod is van goede acute zorg in de regio en dat dat geldt voor alle schakels in de keten.

In artikel 8f van deze regeling staan normen geformuleerd voor de afdelingen voor spoedeisende hulp, afdelingen voor acute verloskunde, aanbieders van huisartsenzorg in huisartsenposten en aanbieders van acute psychiatrie. In de Regeling Ambulancezorgvoorzieningen zijn daarnaast normen opgenomen voor de ambulancezorg: een prestatienorm¹ en een bereikbaarheidsnorm². 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 RAV's dienen betrokken te worden bij de afspraken die in het regionaal overleg acute zorgketen worden gemaakt over de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg. 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 SEH, afdeling acute verloskunde of een beoordelingslocatie acute 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 geven 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 art. 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 ook aan bij te dragen dat de zorgaanbieders goede afspraken kunnen maken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg.

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

Een belangrijk onderdeel van de amvb en ook van deze ministeriële regeling is het besluitvormingsproces dat moet worden doorlopen als een 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

¹ PM verwijzing opnemen na publicatie van de regeling in de Staatscourant.

² PM verwijzing opnemen na publicatie van de regeling in de Staatscourant.

kwaliteitsredenen of vanwege personeelskrapte, om kortdurende sluitingen vanwege onderhoud of renovatie of om sluitingen op korte termijn vanwege financiële problemen. In de artikelen 8g tot en met 8o 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

- Spoedeisende hulp;
- Acute verloskunde;
- Huisartsenposten;
- Beoordelingslocaties acute ggz.

Er kan sprake zijn van gehele of gedeeltelijke beëindiging van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie en van opschorting of beëindiging van dit aanbod. Van een gedeeltelijke beëindiging is bijvoorbeeld sprake als het aantal bedden of de behandelcapaciteit wordt teruggebracht of als men voor een bepaalde aandoening niet meer terecht kan op de locatie. Als het aanbod van acute zorg (blijvend) voor bepaalde uren van de dag of dagen van de week of het jaar worden gesloten, spreken we eveneens van een (blijvende) gedeeltelijke beëindiging.

Van een 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 zorgen dat de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg 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 bij 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 moeten 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 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 geheel of gedeeltelijke beëindiging of opschorting, zijn de artikelen 8h tot en met 8o van deze regeling niet van toepassing. 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 8o 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. Immers, de sluiting dient gepaard te gaan met het borgen van de continuïteit van het aanbod van acute zorg. De IGJ moet wel altijd geïnformeerd worden over hoe de continuïteit wordt geborgd. 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.

In de artikelen 8g tot en met 8o wordt beschreven welke stappen van het besluitvormingsproces een zorgaanbieder moet doorlopen en welke acties hij moet ondernemen in de verschillende fases. Er is voor gekozen om in het besluitvormingsproces verschillende fases te onderscheiden om te bevorderen dat de zorgaanbieder tijdig de noodzakelijke acties onderneemt om de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg goed te borgen. 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 proces 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 nog een keer een overleg gevoerd moeten worden dat hoort bij een voorafgaande fase.

Grofweg zijn er verschillende fases te onderscheiden:

1. ideeënvormingsfase: de fase waarin een zorgaanbieder redelijkerwijs kan voorzien dat er een gerede kans bestaat dat een gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting van de acute zorg op een bepaalde locatie plaats zal vinden;

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. Allereerst, zodra een zorgaanbieder redelijkerwijs kan voorzien dat er een gerede kans bestaat dat hij de acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk moet beëindigen of opschorten, dient de IGJ te worden geïnformeerd. Nog in de ideeënvormingsfase moeten andere zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het regionaal overleg acute zorgketen worden betrokken om mee te denken over een blijvende beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg.

2. inspraak- en informerende fase: de fase waarin een zorgaanbieder zijn voornemen van een gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting van acute zorg op een bepaalde locatie deelt met de colleges van burgemeester en wethouders en inwoners en zijn plannen vervolgens vastlegt in een concept continuïteitsplan;

Zodra de ideeën een iets concretere vorm hebben gekregen moeten colleges van burgemeester en wethouders, de voorzitter van de veiligheidsregio en inwoners worden geïnformeerd in de inspraak- en informerende fase en moeten zij hun inbreng kunnen leveren. Bijeenkomsten met deze groepen worden op een zodanig tijdstip georganiseerd dat deze groepen tijdig worden geïnformeerd over de plannen. De colleges van burgemeester en wethouders, de voorzitter van de veiligheidsregio en inwoners dienen hun vragen te kunnen stellen en hun visies, wensen en zorgen te kunnen uiten. De zorgaanbieder dient deze inbreng in zijn besluitvorming te betrekken.

3. besluitvormende fase: de fase waarin de zorgaanbieder het concept continuïteitsplan opstelt en bespreekt met betrokken partijen.

Een belangrijke rol in het besluitvormingsproces speelt het continuïteitsplan in verschillende versies. Het continuïteitsplan wordt in de loop van het proces steeds verder uitgewerkt en moet uiteindelijk duidelijkheid bieden over waar de cliënt na de sluiting van het aanbod van acute zorg op enige locatie de acute zorg kan krijgen en op welke momenten dat kan. Daarbij moet gestreefd worden naar aanbod op redelijke afstand van de zorgaanbieder die het aanbod van acute zorg op een locatie eindigt. Tevens moet in het continuïteitsplan aandacht worden besteed aan de relevante bereikbaarheidsnorm. Ook moet duidelijk worden wat de zorgaanbieder heeft gedaan met de inbreng en vragen van inwoners en colleges van burgemeester en wethouders.

Na afloop van de bijeenkomsten met burgemeester en wethouders en de voorzitter van de veiligheidsregio en met inwoners of na het informeren van gemeenten, veiligheidsregio en inwoners en op basis van het concept-continuïteitsplan moet de IGJ opnieuw geïnformeerd worden en vinden gesprekken plaats met zorgverzekeraars, andere zorgaanbieders en het regionaal overleg acute zorgketen over hoe de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg daadwerkelijk worden geborgd.

4. de bekendmakingsfase: de fase waarin de zorgaanbieder besloten heeft dat hij op een bepaalde datum de zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk zal beëindigen of opschorten, maar deze zorg nog niet beëindigd of opgeschort is.

Als het besluit eenmaal genomen is en voordat het besluit in werking treedt, in de bekendmakingsfase, wordt het definitieve besluit breed bekend gemaakt. Daarbij wordt niet alleen inzicht geboden in welk aanbod verdwijnt, maar ook in welk aanbod daarvoor in de plaats komt en op welke momenten dat aanbod waar beschikbaar is vanaf welke ingangsdatum. Ook is de aanbieder transparant over hoe hij bezwaren en suggesties van inwoners, colleges van burgemeester en wethouders en de voorzitter van de veiligheidsregio heeft meegewogen en als er er niets mee is gedaan, is hij transparant over waarom dat het geval is.

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 medewerkers, waaronder verpleegkundigen, en cliënten bij besluitvorming over het geheel of gedeeltelijk opschorten of beëindigen van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie geregeld.

4. Toetsen

4.1 Regeldruk

In de 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 er dat SEH-afdelingen in bepaalde gevallen niet mogen sluiten en dat ggz-aanbieders het aanbod van crisis ggz afstemmen en daarover zorgverzekeraars informeren. Het regionaal overleg acute zorgketen dient ervoor 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 het uitvoeringsbesluit en 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 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 gemaakt³, een (tweede) concept is naar de Eerste en Tweede Kamer gestuurd⁴, 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 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 systeem moet zijn dat inzicht geeft in de actuele capaciteiten van de aanbieders van acute zorg, zodat de RAV weet waarheen de ambulance moet rijden is geen nieuwe verplichting en brengt dus geen regeldruk met zich mee, maar wel kosten, aangezien dit systeem nog niet overal is gerealiseerd. 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.

4.2 Toezicht en handhaving door IGJ

4.3 Fraude

5. Internetconsultatie

Artikelsgewijs

³ Kamerstukken II, 2018/19, 29247, nr. 264.

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

Artikel I, onderdeel A

Door dit onderdeel wordt in artikel 1 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**

Dit artikel gaat over de frequentie van het te organiseren regionaal overleg acute zorgketen. Van belang is dat het 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, regelt het eerste lid van dit artikel dat ten minste twee keer per jaar een overleg zal plaatsvinden.

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 idee voor een eventuele 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 als bedoeld in artikel 8k, 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. Geen regionaal overleg acute zorgketen hoeft te worden georganiseerd in de gevallen, die ook zijn omschreven in artikel 8a, tweede lid, onderdeel a of b.

Het traumacentrum organiseert een overleg zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen twee weken na het ontvangen van het bericht. Uiteraard dient een traumacentrum ook een regionaal overleg acute zorgketen te organiseren als het zelf voorziet dat het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk zal worden opgeschort of beëindigd. Langs deze weg worden ook GGD en GHOR betrokken bij besluitvorming over een eventuele gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie.

Om te voorkomen dat voor iedere tijdelijke sluiting (opschorting) van de acute zorg een regionaal overleg acute zorgketen georganiseerd dient te worden, regelt het tweede lid, onderdeel a, dat het traumacentrum niet gehouden is een regionaal overleg acute zorgketen te organiseren indien het gaat om een opschorting van ten hoogste twee weken. Indien er in een periode van een maand voorafgaand aan die opschorting van hoogstens twee weken op de betrokken locatie reeds een zodanige tijdelijke sluiting heeft plaatsgevonden van de acute

zorg, dan moet er wel een regionaal overleg acute zorgketen worden georganiseerd. Hiermee wordt beoogd te voorkomen dat verschillende tijdelijke beëindigingen elkaar opvolgen, waardoor feitelijk het aanbod van acute zorg voor langere termijn wordt opgeschort.

Het tweede lid, onderdeel b, regelt dat geen regionaal overleg acute zorgketen hoeft te worden georganiseerd indien er op een afdeling voor spoedeisende hulp of acute verloskunde sprake is van het beëindigen of het langer dan twee weken opschorten van acute zorg en die beëindiging of opschorting een afname van minder dan 25% van de behandelcapaciteit voor acute zorg inhoudt. De behandelcapaciteit kan afnemen door de vermindering van het aantal bedden, het aantal kamers of medewerkers of door een beperking van de openingsuren. Bij een vermindering van minder dan 25% van de behandelcapaciteit is er sprake van een beperkte impact op het aanbod van acute zorg, waardoor het niet proportioneel wordt geacht een regionaal overleg acute zorgketen te organiseren. Zulks geldt niet indien de behandelcapaciteit voor acute zorg in de 12 maanden voorafgaand aan deze beëindiging, eveneens met minder dan 25% van de behandelcapaciteit is afgeschaald of tijdelijk is afgeschaald geweest.

Het derde regelt dat wanneer een opschorting toch langer blijkt te gaan duren dan 2 weken of mocht sprake blijken te zijn van een beëindiging van 25% of meer van de behandelcapaciteit, alsnog zo spoedig mogelijk een regionaal overleg acute zorgketen georganiseerd dient te worden.

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 HAPs, GGD'en als bedoeld in artikel 14 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.

Tweede lid

Het tweede 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

Op grond van het derde lid moet minimaal de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel in de regio worden uitgenodigd. 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. Als in het ROAZ wordt overlegd over de gevolgen van een eventuele sluiting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie, dan zijn de zorgaanbieders die behoren tot een categorie als bedoeld in artikel 8A.1 van het uitvoeringsbesluit op verzoek van de zorgverzekeraar verplicht om de medewerking te verlenen die redelijkerwijs kan worden geleverd en noodzakelijk is voor het door de zorgverzekeraar voldoen aan de zorgplicht. Om die reden nodigt het traumacentrum ten minste de zorgverzekeraar uit met het grootste marktaandeel in de regio. Het traumacentrum kan ook meerdere zorgverzekeraars uitnodigen. Via de verslagen van de regionale overleggen acute zorgketen (artikel 8c, vierde lid, van deze regeling) worden alle zorgverzekeraars geïnformeerd. 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 Wvkgz 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 eraan 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 allen 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 verplicht zijn aanwezig te 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 tien 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. Met betrekking tot de mogelijkheid om zich te laten vertegenwoordigen in plaats van zelf aanwezig te zijn is gekozen voor zorgaanbieders met tien of minder zorgverleners. Hiermee wordt aangesloten bij de in artikel 4, eerste lid, onderdeel b, van de Wet toetreding zorgaanbieders gehanteerde grens voor kleinere zorgaanbieders.

Zevende lid

Het zevende lid regelt dat een zich moeten laten vertegenwoordigen door de Directeur publieke gezondheid (DPG), die op grond van artikel 14, derde lid, 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 tevens de belangen van de GHOR behartigen.

Artikel 8c

Eerste lid

Ingevolge het eerste lid kunnen organisaties 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 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 om toekomstige risico's inzake de beschikbaarheid of bereikbaarheid van de acute zorg. Het onderwerp zal

vervolgens door het traumacentrum geagendeerd 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. Daarom wordt in het zesde 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.

Derde, vierde en vijfde 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. Het verslag wordt dan ook naar alle deelnemers van het betrokken overleg gestuurd. Ook de zorgaanbieders die zich hebben laten vertegenwoordigen ontvangen het verslag. Daarnaast ontvangen alle zorgverzekeraars het verslag opdat zij hun zorgplicht waarmaken en kunnen beoordelen of zij aan een volgend overleg zouden willen of "moeten" deelnemen. 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.

Zesde lid

De afspraken die in de ene regio gemaakt zijn in het regionaal overleg acute zorgketen onder verantwoordelijkheid van het bijbehorende traumacentrum kunnen 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. Een traumacentrum kan hiertoe ook het verslag doen toekomen aan een ander traumacentrum. Het is aan het traumacentrum om een inschatting te maken of een onderwerp zou moeten worden gedeeld met andere traumacentra.

Artikel 8d

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

De afspraken, genoemd onder a tot en met c, gaan over het beschikbaar en bereikbaar zijn van de acute zorg. Onderdeel a dient ertoe te bevorderen dat de acute zorg in ieder geval bereikbaar is binnen de normen die ervoor staan. Deze normen worden toegelicht bij artikel 8f. De onderdelen b en c gaan over de beschikbaarheid van de acute zorg. Om te bevorderen dat er voldoende acute zorg

beschikbaar is, ook in periodes waarin de zorgvraag hoger is dan normaal (bijvoorbeeld bij een griepgolf, crises of rampen) of de beschikbaarheid van medewerkers beperkter is (bijvoorbeeld in vakantieperiodes), dienen er afspraken te worden gemaakt. Deze kunnen gaan over het voorkomen van een onnodig beroep op de acute zorg, over doorstroom binnen en uitstroom uit de acute zorgketen of over de inzetbaarheid van medewerkers. In alle gevallen is het van belang dat de zorgverzekeraars hun bijdrage leveren aan het oplossen van eventuele knelpunten.

Op basis van de onderdelen d tot en met g dienen ook afspraken 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) wordt toegewerkt naar een systeem dat op ieder moment inzicht biedt in de actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg inclusief intensive care bedden in de regio. Met een dergelijk systeem 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. Deelnemers aan het ROAZ voor wie dergelijk inzicht relevant is, moeten inzage hebben in het systeem. 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. Op dit moment is er nog niet in elke regio een werkend systeem, is de acute ggz nog niet aangesloten en is ook geen landelijk inzicht mogelijk. Motie Geleijnse⁵ verzoekt wel om zo'n landelijk inzicht. De afspraken moeten dus ook gaan over hoe dit systeem verder wordt ontwikkeld.

Onderdeel h 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 zijn de opleidingsinspanningen opgenomen in de regioplannen die zorgaanbieders opstellen. Dit is één van de redenen dat het voor de hand ligt dat de regioplannen acute ggz in het regionaal overleg acute zorgketen worden besproken. Deze plannen bevatten afspraken over de beschikbaarheid van de acute ggz. In het kader van het inzetten van de juiste zorgverlener op een zorgvraag is de acute ggz een belangrijke schakel in de keten van de acute zorg.

Onderdeel i 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 bedoeld 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 afstemming van deze plannen valt onder de verantwoordelijkheid van de DPG. Deze kan het regionaal overleg acute zorgketen benutten als gremium voor de afstemming binnen de zorgketen en met

⁵ Kamerstukken II, 2018/19, 31016, nr. 181.

de GHOR. 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. Het is in dit verband ook mogelijk een crisisplan in groter verband op te stellen, bijvoorbeeld met verschillende aanbieders die dezelfde zorg aanbieden of met verschillende aanbieders die verschillende zorg leveren, maar dat in dezelfde regio doen. Aanbieders van acute ggz moeten een crisisplan hebben voor het geval zich iets voordoet in hun eigen organisatie, maar hoeven deze niet aan te leveren aan de DPG, omdat zij geen rol spelen in het veiligheidsdomein en bij crises en rampen.

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. Het ligt echter niet voor de hand om alle verzekeraars te informeren. Daarom regelt artikel 8e van deze regeling dat het traumacentrum de zorgverzekeraars informeert die verzekerden hebben in de regio waarbinnen een traumacentrum verantwoordelijk is voor het organiseren van traumazorg.

Artikel 8f

Ten aanzien van de spreiding van zorgvoorzieningen zijn zorgaanbieders zelf verantwoordelijk voor de variatie, differentiatie en invulling. Ingevolge artikel 8A.4, tweede lid, van het uitvoeringsbesluit worden bij ministeriële regeling normen inzake de bereikbaarheid van de acute zorg gesteld, waaraan zorgaanbieders dienen te voldoen. Daarnaast hebben zorgverzekeraars een zorgplicht en dienen zorgverzekeraars ervoor te zorgen dat er voldoende goede acute zorg beschikbaar is en tijdig bereikbaar. Indien een zorgaanbieder die acute zorg verleent zijn activiteiten wenst/dient te beëindigen of opschorten is van belang dat de normen van bereikbaarheid behaald blijven worden. De consequenties van eventuele wijzigingen in het zorgaanbod van één van de zorgaanbieders in de keten acute zorg dienen binnen de regio te worden opgevangen. In artikel 8A.4, tweede lid van het uitvoeringsbesluit is daarom een verplichting opgenomen voor de betrokken zorgaanbieders om, voor zover dit redelijkerwijs van een aanbieder kan worden gevergd, aan de zorgverzekeraar de medewerking te verlenen die noodzakelijk is voor het realiseren van diens zorgplicht met betrekking tot de bereikbaarheid van de acute zorg. De normen van bereikbaarheid van acute zorg worden in deze regeling vastgesteld.

Onderdeel a

Ingevolge onderdeel a dient het aantal inwoners dat in spoedgevallen met een ambulance niet binnen 45 minuten een afdeling voor spoedeisende hulp (SEH) kan bereiken, niet toe te nemen. Het gaat hier om de zogeheten 'basis spoedeisende hulp'⁶.

De 45-minutennorm ziet op de spreiding en bereikbaarheid van SEH's over Nederland. Het is een berekende spreidingsnorm. Dit wordt berekend met een theoretisch model van het RIVM. Dat brengt modelmatig de tijd tussen het

⁶ Nadere informatie over wat wordt verstaan onder basis spoedeisende hulp en over het gehanteerde model is te vinden in de bijlage bij Tweede Kamer II 2018/19, 29247, nr. 290.

binnenkrijgen van de melding op de meldkamer ambulancezorg tot aan presentatie van de cliënt in het ziekenhuis voor alle postcodegebieden in Nederland in kaart, waarbij bijvoorbeeld wordt gerekend met een vaste tijd tussen aankomst van de ambulance bij de cliënt en vertrek van de ambulance naar het ziekenhuis.⁷ 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

In de praktijk wordt voor het aanbod van acute zorg op afdelingen acute verloskunde van ziekenhuizen 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 bereiken⁸. De norm is eveneens opgenomen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen (2019)⁹. 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

⁷ Op 21 november 2018 heeft de Minister van Medische Zorg en Sport tijdens het algemeen overleg van de Vaste commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de ziekenhuiszorg toegezegd dat naar de medisch-inhoudelijke kant van deze norm zal worden gekeken (Handelingen II 2018/19, 31016, nr. 183, p. 53). Het advies van de Gezondheidsraad over de heroverweging van de 45 minuten norm wordt verwacht in september 2020.

⁸ Zie <https://ineen.nl/onderwerpen/kwaliteit/> voor het Raamwerk kwaliteitsbeleid huisartsenposten van InEen (2013).

⁹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2019/04/15/kwaliteitskader-spoedzorgketen>.

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 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 psychiatrie¹⁰ is de norm opgenomen dat met ingang van medio 2024 bij ten minste 90% van de personen met urgentie U2 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 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.

§ 3.4.1. Ideeënvormingsfase

De artikelen 8g tot en met 8o bevatten de verschillende fases die een zorgaanbieder moet doorlopen wanneer hij aanbod van acute zorg geheel of gedeeltelijk wil beëindigen of opschorten.

¹⁰ Zie www.ggzstandaarden.nl voor de generieke module Acute psychiatrie en het bijbehorende implementatieplan.

Artikel 8g

Eerste lid

Het is van belang dat de inspectie zo spoedig mogelijk geïnformeerd wordt over een mogelijke gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting. Daarom regelt artikel 8g, eerste lid, dat zodra een zorgaanbieder redelijkerwijs kan voorzien dat er een gerede kans bestaat dat een gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting van de acute zorg op een bepaalde locatie plaats zal vinden, de inspectie moet worden geïnformeerd. Het vroegtijdig op de hoogte brengen van de inspectie van eventuele plannen van een 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 respectievelijk 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. In dit lid is het emailadres opgenomen dat door de zorgaanbieder moet worden gebruikt om digitaal te voldoen aan zijn plicht om de zorgaanbieder te informeren over ideeën voor een eventuele gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie.

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

Tweede lid

Het tweede lid omvat de gegevens die vermeld moeten worden bij het informeren van de IGJ. De onderdelen uit het tweede lid behoeven geen verdere toelichting.

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 zijn¹¹. De uitzondering van artikel 8A.4, vierde lid, van het uitvoeringsbesluit ziet dan ook niet op de verplichting een melding te maken bij de inspectie.

Artikel 8h

Eerste lid

Een zorgaanbieder dient in een vroeg stadium goed na te gaan wat de gevolgen van zijn eventuele opschorting of beëindiging zijn. Om te kunnen beoordelen of de bereikbaarheidsnormen uit artikel 8f, in het geding komen door een eventuele opschorting of beëindiging van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie, regelt artikel 8h dat de zorgaanbieder die een gehele of gedeeltelijke

¹¹ 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.

opschorting of beëindiging overweegt, door het RIVM een bereikbaarheidsanalyse moet laten maken. Dit volgt uit artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel f, van het uitvoeringsbesluit.

Tweede en derde lid

Het tweede lid geeft uitzonderingen op het vereiste om een bereikbaarheidsanalyse aan te vragen. Het derde lid regelt weer wanneer een bereikbaarheidsanalyse toch moet worden aangevraagd. Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 8a, tweede en derde lid, omdat voor dezelfde soort gevallen een uitzondering op dat artikel is opgenomen.

Vierde en vijfde lid

Het vierde en vijfde lid regelen dat de zorgaanbieder al in een vroeg stadium met belangrijke partijen in overleg moet. Artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel c, van het uitvoeringsbesluit regelt dat de zorgaanbieder die het voornemen heeft het aanbod van acute zorg te beëindigen of op te schorten, van te voren overleg heeft met de zorgverzekeraar waarmee hij ter zake een overeenkomst heeft gesloten alsmede met de zorgaanbieders voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben. Voor zorgverzekeraars is dit 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. Voor wat betreft zorgaanbieders voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben, valt te denken aan zorgaanbieders die na de beëindiging (delen van) de acute zorg gaan overnemen of opvangen. Door hen vroeg bij de plannen te betrekken, kan gezamenlijk worden toegewerkt naar een beëindiging, zonder dat daarbij bijvoorbeeld de bereikbaarheidsnormen in het geding komen.

Ingevolge artikel 8h, vierde lid, van onderhavige regeling zal de zorgaanbieder in een vroege fase, dienen te overleggen met de zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben. Deze overleggen dienen plaats te vinden op zodanig tijdstip dat de zorgaanbieder zelf, de zorgaanbieders voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben en de betrokken zorgverzekeraar voldoende tijd hebben de benodigde maatregelen te nemen om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg te borgen.

Op grond van het vijfde lid, dient ook het traumacentrum te worden geïnformeerd en wel op het moment dat de overleggen als bedoeld in het vierde lid worden gestart. Het vroegtijdig betrekken van de traumacentra is van belang opdat in het regionaal overleg acute zorgketen afspraken kunnen worden gemaakt over de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg na de opschorting of beëindiging op een bepaalde locatie, ook in situaties van rampen of crises.

Artikel 8h geeft overigens geen exacte volgtijdelijkheid van de te nemen stappen. Zo is het mogelijk dat een zorgaanbieder liever eerst met de zorgverzekeraar in overleg gaat, alvorens hij een bereikbaarheidsanalyse bij het RIVM aanvraagt. Wel is ingevolge het vierde lid van belang dat de overleggen met de zorgverzekeraars en betrokken zorgaanbieders voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben, op een zodanig moment plaatsvinden dat deze partijen voldoende tijd hebben om maatregelen te nemen om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg te borgen op het moment dat de acute zorg op een bepaalde locatie

eindigt of opgeschort wordt en deze voorgenomen maatregelen ook nog met andere betrokkenen kunnen worden besproken.

Zesde lid

Ingevolge het zesde lid dient bij de overleggen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben, de zorgaanbieder 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.

§ 3.4.2: Inspraak- en informerende fase

De inspraak- en informerende fase is de fase waarin een zorgaanbieder zijn voornemen tot een gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting van acute zorg op een bepaalde locatie deelt met organisaties of personen als bedoeld in de artikelen 8j en 8k en zijn plannen vervolgens vastlegt in een concept continuïteitsplan. In deze fase zal de zorgaanbieder zijn plannen dienen te delen met gemeenten en inwoners op zodanig tijdstip dat de inbreng van de colleges van invloed kan zijn op de besluitvorming door de zorgaanbieder.

Artikel 8i

Eerste lid

Bij een voorgenomen gehele of gedeeltelijke beëindiging of opschorting dient een zorgaanbieder de colleges van burgemeester en wethouders en de voorzitter van de veiligheidsregio in een bijeenkomst te informeren over de plannen: 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 bijvoorbeeld 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 tijdig worden geïnformeerd over de plannen en de zorgaanbieder de inbreng van de colleges en de voorzitter van de veiligheidsregio nog kan betrekken bij zijn besluitvorming.

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 colleges van burgemeesters en wethouders belast met de organisatie van de rampenbestrijding, crisisbeheersing en de geneeskundige hulpverlening. In verband met deze taken is het ook van belang dat deze colleges 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.

Tweede, derde en vierde lid

Ingevolge het tweede lid hoeft een zorgaanbieder in bepaalde gevallen geen bijeenkomst voor de colleges van burgemeester en wethouders en voorzitter van de veiligheidsregio te organiseren. Een uitzondering hierop, wordt weer geregeld in het derde lid. 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 deze artikelen niet verplicht is, dienen de colleges van burgemeester en wethouders en de voorzitter van de veiligheidsregio schriftelijk of elektronisch geïnformeerd te worden. In het vierde lid is geregeld welke gegevens daarbij in elk geval moeten worden verstrekt en dat dit moet geschieden in een voor de colleges van burgemeester en wethouders en de voorzitter van de veiligheidsregio geschikte vorm.

Vijfde lid

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

Artikel 8j

Eerste lid

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 cliënten¹² 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 geborgd wordt, 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 invloed kan zijn op de besluitvorming door de zorgaanbieder. De zorgaanbieder moet luisteren naar de zorgen en suggesties van inwoners, die mee te wegen in de besluitvorming en transparant te 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.¹³

Tweede en derde lid

Ingevolge het tweede lid hoeft een zorgaanbieder in bepaalde gevallen geen bijeenkomst voor inwoners te organiseren. Een uitzondering hierop wordt geregeld

¹² Hierbij kan bijvoorbeeld een Zorgbelang organisatie betrokken worden. Voor meer informatie zie www.zorgbelang-nederland.nl.

¹³ 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).

in het derde lid. 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.

Vierde 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.

§ 3.4.3: Besluitvormende fase

De besluitvormende fase is de fase waarin de zorgaanbieder een concept continuïteitsplan en bespreekt met betrokken partijen.

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.

Artikel 8k

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 onderwerpen die in de zienswijzenfase aan de orde zijn geweest 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 geborgd. Dit wordt het continuïteitsplan genoemd. Artikel 8n 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

Op grond van artikel 8a van deze regeling organiseert het traumacentrum een regionaal overleg acute zorgketen, indien dat traumacentrum door een zorgaanbieder is geïnformeerd over het concept continuïteitsplan. Tijdens dat regionale overleg dient de zorgaanbieder die acute zorg wenst te beëindigen of op te schorten, het concept continuïteitsplan te bespreken. Daarbij worden deelnemers in de gelegenheid gesteld hun zienswijze te uiten. Indien de aanbieder een substantieel aantal cliënten heeft in verschillende regio's, zullen er meerdere regionale overleggen acute zorgketen georganiseerd worden. Ter voorbereiding op dat regionaal overleg zijn uiteraard ook overleggen in kleiner 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 en 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 afgestemd met politie, wijkteams, SEH alsmede met de aanbieders van ambulante en intramurale ggz. Voor de DPG als hoofd van de GHOR is het relevant dat het aanbod van acute zorg adequaat blijft voor het geval zich een crisis of ramp voordoet.

Tweede lid

Ingevolge dit lid dient de zorgaanbieder tevens in overleg te gaan met andere zorgaanbieders dan degenen die deelnemen aan het regionale overleg acute zorgketen, indien de beëindiging of opschorting voor hen gevolgen kan hebben.

Derde lid

Niet alle zorgverzekeraars zijn bij het regionale overleg acute zorgketen aanwezig. Daarom regelt het vierde lid dat de zorgaanbieder met alle zorgverzekeraars met verzekerden in de regio, het concept continuïteitsplan bespreekt. Dit is van belang in verband met de zorgplicht van zorgverzekeraars alsmede 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.

Artikelen 8m en 8n

De besprekingen als bedoeld in artikel 8l of een eventuele reactie van de inspectie op het concept continuïteitsplan kunnen aanleiding geven voor een aanpassing van de plannen van de zorgaanbieder. In zulk geval moet de zorgaanbieder het continuïteitsplan aanpassen. Artikel 8n regelt wat er allemaal in het continuïteitsplan moet komen te staan. Uit artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel g, van het uitvoeringsbesluit volgt dat het continuïteitsplan voor de daadwerkelijke sluiting naar de inspectie, de zorgverzekeraars waarmee overeenkomsten zijn gesloten en het traumacentrum worden gestuurd.

De besluitvormende fase wordt uiteindelijk afgesloten met een (definitief) continuïteitsplan. 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 IJsselmeerziekenhuizen¹⁴. 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 continuïteitsplan¹⁵. Ook 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 zorg¹⁶. Artikel 8n geeft weer welke informatie uiteindelijk in het plan dient te staan.

¹⁴ Bijlage bij Kamerstukken II, 2019/20, 31016, nr. 269.

¹⁵ Bijlage bij Kamerstukken II, 2019/20, 31016, nr. 282 d.d. 4 maart 2020, p. 111 en p. 96.

¹⁶ 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.

Met de informatie in het continuïteitsplan wordt een zo volledig mogelijk beeld geschetst van hoe de continuïteit van de acute zorg in de regio in de toekomst is geborgd. 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 risico's voor de patiëntveiligheid?), of de bereikbaarheids- en beschikbaarheidsnormen van artikel 8f in gevaar komen (ook bij rampen en crises) en welke afspraken daarvoor worden gemaakt en hoe de zorgaanbieder aan zijn informatieplicht jegens inwoners, meldkamers en verwijzers heeft voldaan. Enkele onderdelen 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. Daarbij gaat de zorgaanbieder in op de resultaten van de berekeningen van het RIVM met betrekking tot de vraag of er een bereikbaarheidsnorm in het geding is, of andere zorgaanbieders ten gevolge van de sluiting door de zorgaanbieder 'gevoelig' worden voor deze norm. In het geval van gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging van zorg op een afdeling SEH of acute verloskunde of beoordelingslocatie acute psychiatrie gaat de aanbieder ook in op de effecten op de rijtijden van patiënten per ambulance naar de dichtst bij zijnde locatie waar de betreffende acute zorg wordt aangeboden. Het lid Van den Berg heeft op 14 februari 2019 een motie ingediend¹⁷ 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. Om aan deze motie uitvoering te geven wordt in het derde subonderdeel geregeld dat de zorgaanbieder ook in gaat op de (modelmatig berekende) rijtijden van patiënten per ambulance naar de dichtst bij zijnde 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

Het lid Van den Berg heeft 4 december 2019 een motie ingediend waarin zij vraagt te borgen dat er geen nieuwe besluiten worden genomen waardoor er huisartsenposten en/of spoedeisende hulpposten verdwijnen zolang er geen regiobeelden bekend zijn.¹⁸ In een brief van 19 december 2019¹⁹ is aangegeven dat bij voorgenomen sluitingen voldaan moet worden aan de

¹⁷ Kamerstukken II, 2018/19, 31016, nr. 198.

¹⁸ Kamerstukken II, 2019/20, 29247, nr. 299.

¹⁹ Brief 19 december 2019, Kamerstukken II, 2019/20, 29247, nr. 310.

bereikbaarheidsnormen en aan de eisen die in het uitvoeringsbesluit en deze regeling worden gesteld aan het besluitvormingsproces. Onderdeel is het opstellen en afstemmen van een continuïteitsplan waaruit blijkt dat de continuïteit van de acute zorg in de regio is geborgd. In dit onderdeel wordt aangegeven dat als er een regiobeeld is, de zorgaanbieder moet aangeven hoe zijn voornemens daarin passen.

Onderdeel f

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

§ 3.4.4: Bekendmakingsfase

De laatste fase van het besluitvormingsproces rondom de beëindiging van acute zorg, is de bekendmakingsfase. In deze fase heeft de zorgaanbieder besloten dat hij op een bepaalde datum de zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk zal beëindigen of opschorten. De acute zorg is dan nog niet daadwerkelijk beëindigd of opgeschort is.

Artikel 8o

Als de zorgaanbieder eenmaal een definitief besluit heeft genomen, maakt hij dat besluit breed bekend, voordat het besluit in werking treedt. Daarbij is van belang dat de informatie zodanig is, dat helder is waar cliënten met hun verschillende acute zorgvragen terecht kunnen en op welke momenten. Ook moet de zorgaanbieder transparant zijn over wat hij met inbreng van colleges van burgemeester en wethouders en van inwoners heeft gedaan.

De minister voor Medische Zorg,