



Advies Raad van State inzake het ontwerp van een algemene maatregel van bestuur, houdende wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG in verband met het stellen van eisen omtrent de voorbereiding, beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg

Nader Rapport

14 juni 2021

2348029-1006367-WJZ

Directie Wetgeving en Juridische Zaken

Aan de Koning

Nader rapport inzake het ontwerp van een algemene maatregel van bestuur, houdende wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG in verband met het stellen van eisen omtrent de voorbereiding, beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg

Blijkens de mededeling van de Directeur van Uw Kabinet van 29 december 2020, no. 2020002661, machtigde Uwe Majesteit de Afdeling advisering van de Raad van State haar advies inzake het bovenvermelde ontwerp van een algemene maatregel van bestuur rechtstreeks aan mij te doen toekomen. Dit advies, gedateerd 14 april 2021, no. W13.20.0493/III, bied ik U hierbij aan.

De tekst van het advies treft u hieronder cursief aan, voorzien van mijn reactie.

Bij Kabinetsmissive van 29 december 2020, no. 2020002661, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister voor Medische Zorg, bij de Afdeling advisering van de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het ontwerpbesluit tot wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG in verband met het stellen van eisen omtrent de voorbereiding, beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg, met nota van toelichting.

Het ontwerpbesluit geeft een regeling voor de organisatie van de acute zorg. Het regelt onder meer dat op initiatief van het traumacentrum, daartoe aangewezen zorgaanbieders in regionaal verband afspraken maken over de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van acute zorg.

De Afdeling advisering van de Raad van State wijst erop dat het nodig is dat de inhoud van de regionale afspraken en de contractering door zorgverzekeraars met afzonderlijke zorgaanbieders, op elkaar aansluiten. Alleen dan kunnen de regionale afspraken eraan bijdragen dat zorgverzekeraars kunnen voldoen aan hun zorgplicht. Zorgverzekeraars zijn echter geen partij bij de regionale afspraken. Onvoldoende duidelijk is of er voldoende instrumenten zijn om alsnog te bewerkstelligen dat het beoogde resultaat wordt bereikt ingeval die aansluiting niet vanzelf tot stand komt.

Voorts is onvoldoende duidelijk hoe de voorgestelde regeling voor de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg zich verhoudt tot de mededeling dat de besluitvorming over de inrichting en de bekostiging van de acute zorg wordt overgelaten aan een volgend kabinet. Ten slotte adviseert de Afdeling om meer aandacht te besteden aan de mededingingsrechtelijke gevolgen van het voorstel. In verband daarmee is aanpassing wenselijk van de toelichting en zo nodig het ontwerpbesluit.

1. Inleiding

Zorgaanbieders van acute zorg maken momenteel op grond van beleidsregels in het kader van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) afspraken over het (tijdelijk) beëindigen van zorgverlening. De bereikbaarheidsnorm mag daarbij niet in gevaar komen. Op dit moment werken specifiek aangewezen zorgaanbieders in de acute zorg daartoe al samen in het Regionaal overleg acute zorg (ROAZ). Deze ROAZ wordt georganiseerd door een traumacentrum. Nederland kent 11 traumacentra.

Met de Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders (Awtza) is de grondslag voor de hiervoor genoemde beleidsregels vervangen door de verplichting om bij algemene maatregel van bestuur (amvb) regels te stellen over bereikbaarheid en over de beschikbaarheid van acute zorg. Het ontwerp-



besluit geeft hieraan invulling. De te maken afspraken in regionaal verband worden, anders dan nu, niet beperkt tot de bereikbaarheid van de acute zorg in strikte zin. Zij zien ook op de beschikbaarheid en de instroom, doorstroom en uitstroom van acute zorg. Daarom worden ook andere zorgaanbieders dan alleen de aanbieders van acute zorg verplicht afspraken te maken en deze na te komen.

Het ontwerpbesluit regelt voorts een wijziging in de informatiepositie van de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars worden echter geen verplichtingen opgelegd. Wel hebben zij op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) een al bestaande zorgplicht om voldoende goede, tijdige en bereikbare acute zorg in te kopen en daar de regie op te nemen.

Bovendien regelt het ontwerpbesluit dat bij ministeriële regeling zorgverzekeraars kunnen worden aangewezen die door het traumacentrum moeten worden geïnformeerd als knelpunten in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg niet worden opgelost. Als de continuïteit van de patiëntenzorg in gevaar komt, worden zorgaanbieders daarnaast verplicht desgevraagd medewerking te verlenen aan een zorgverzekeraar. Dit om ervoor te zorgen dat deze aan zijn zorgplicht kan voldoen.

Ten slotte regelt het besluit welk besluitvormingsproces is vereist voordat een zorgaanbieder het bieden van zorg geheel of gedeeltelijk kan beëindigen of opschorten. Dit ziet vooral op het tijdig informeren van alle betrokkenen en het overleggen met andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de continuïteit van de acute zorg.

2. Sturing

a. Doorzettingsmacht

In het ontwerpbesluit wordt de keten van acute zorg (instroom, doorstroom en uitstroom) per regio georganiseerd. Het traumacentrum in de regio neemt het initiatief voor het regionale overleg en bevordert dat tussen zorgaanbieders werkafspraken worden gemaakt over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg. De zorgaanbieders zijn verplicht deze afspraken na te komen. Het traumacentrum heeft wel regie over het regionale overleg, maar heeft geen doorzettingsmacht als er knelpunten in de beschikbaarheid van acute zorg ontstaan en de zorgaanbieders in het regionaal overleg niet tot overeenstemming komen.

Het is de bedoeling dat de regionale afspraken de zorgverzekeraars ondersteunen bij het voldoen aan hun zorgplicht. Zorgverzekeraars kunnen wel worden uitgenodigd voor het regionale overleg, maar zijn geen partij bij de afspraken die in het regionale overleg worden gemaakt. Zorgverzekeraars hebben geen regie over de afspraken, maar hebben wel een zekere doorzettingsmacht als er onvoldoende zorgverlening beschikbaar dreigt te zijn.

De Afdeling wijst er daarbij voorts op dat zorgaanbieders die deelnemen aan het regionale overleg financieel afhankelijk zijn van contractering door (meerdere) zorgverzekeraars. Deze contractering ziet niet alleen op beschikbaarheid van de acute zorg, maar ook op de prijs, kwantiteit en kwaliteit van (andere) zorgverlening. Daarmee heeft de contractering invloed op de ruimte die zorgaanbieders hebben om de regionale afspraken te maken. Zorgverzekeraars zijn op hun beurt (gedeeltelijk) afhankelijk van de inhoud van de regionale afspraken, om te kunnen voldoen aan hun zorgplicht.

Er is aldus sprake van een wederzijdse afhankelijkheid tussen de contractering door zorgverzekeraars en de inhoud van de regionale afspraken. Die wederzijdse afhankelijkheid wordt met het ontwerpbesluit versterkt, omdat de inhoud van de te maken afspraken is verbreed naar de instroom, doorstroom en uitstroom van acute zorg. Meer vormen van zorg (en dus ook meer partijen) komen daardoor onder het bereik ervan.

Om ervoor te zorgen dat de regionale afspraken eraan bijdragen dat zorgverzekeraars kunnen blijven voldoen aan hun zorgplicht, is het nodig dat de inhoud van de regionale afspraken en de contractering door zorgverzekeraars met afzonderlijke zorgaanbieders op elkaar aansluiten. Onduidelijk is of er voldoende instrumenten zijn om alsnog te bewerkstelligen dat het beoogde resultaat wordt bereikt ingeval die aansluiting niet vanzelf tot stand komt. De Afdeling adviseert in de toelichting nader op het voorgaande in te gaan en zo nodig het ontwerpbesluit aan te passen.

Het beoogde resultaat van het ontwerpbesluit is het zo goed mogelijk bewerkstelligen dat de acute zorg voldoende beschikbaar en bereikbaar is. Zoals de Afdeling terecht aangeeft is er sprake van een wederzijdse afhankelijkheid tussen de contractering door zorgverzekeraars met de afzonderlijke zorgaanbieders en de inhoud van de regionale afspraken. De Afdeling merkt ook terecht op dat de afspraken niet alleen betrekking hebben op de acute zorg zelf, maar tevens op de instroom, doorstroom en uitstroom uit de acute zorg. Het is de bedoeling dat de regionale afspraken de zorgverzekeraars ondersteunen bij het voldoen aan hun zorgplicht. Doordat ook zorgaanbieders die relevant zijn



voor de instroom, doorstroom en uitstroom van acute zorg, zijn betrokken bij het regionaal overleg acute zorgketen, worden de zorgverzekeraars breder ondersteund om aan hun zorgplicht te voldoen. De afspraken die worden gemaakt in het overleg bepalen immers welke zorg er beschikbaar is. Door de zorgverzekeraars uit te nodigen bij het regionaal overleg acute zorgketen kunnen de zorgverzekeraars invloed uitoefenen op de afspraken die worden gemaakt. In de praktijk nemen zorgverzekeraars al deel aan het regionaal overleg acute zorgketen. De verwachting is dat zorgverzekeraars in de praktijk blijven deelnemen aan het overleg. Zorgverzekeraars kunnen overigens in het kader van het overleg uiteraard eveneens afspraken maken met de zorgaanbieders en/of zich aansluiten bij die afspraken. Bovendien zal een zorgaanbieder voordat hij in het regionaal overleg afspraken maakt over de levering van zorg, zich ervan vergewissen dat (zijn contract met) de zorgverzekeraar hiervoor de ruimte biedt. Zo wordt bevorderd dat de regionale afspraken en de contractering op elkaar aansluiten. Als er (desondanks) knelpunten zijn in de beschikbaarheid of bereikbaarheid van de acute zorg in de regio, informeert het traumacentrum ingevolge het in het ontwerpbesluit voorgestelde artikel 8A.3 van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz, de Inspectie gezondheidszorg en jeugd (Inspectie) en zorgverzekeraars. De Inspectie kan, indien zij dat nodig acht in verband met de taken van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), op grond van artikel 26 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) de NZa informeren. De mogelijkheid om de NZa te informeren geldt ook voor de zorgverzekeraars als zij vinden dat zij niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen. De Inspectie en de NZa kunnen zo nodig hun instrumentarium inzetten richting de zorgaanbieders dan wel de zorgverzekeraars.

Naar aanleiding van het advies van de Afdeling is het vorenstaande beter tot uitdrukking gebracht in paragraaf 3 van de toelichting.

b. Houtskoolschets

In samenhang hiermee wijst de Afdeling erop dat de Minister voor Medische Zorg en Sport in de houtskoolschets acute zorg van juli 2020 bewust nog niet heeft willen beschrijven hoe de sturing over de inrichting van het acute zorglandschap exact vormgegeven moet worden; wie krijgt waarover de regie, welke beslissing neemt de minister, de zorgverzekeraars en het ROAZ. Voor het verder uitwerken van de regie in de regio, welke gevolgen dit heeft en wat de effecten zijn op de rest van de zorg wil VWS in gesprek met betrokkenen. Verder zal in de uiteindelijke contourennota ook de relatie worden gelegd met sturingsaspecten die breder voor de zorg gelden, aldus de minister. De houtskoolschets is in internetconsultatie gegaan tot januari 2021. Een aanzienlijke hoeveelheid partijen heeft daarop inmiddels gereageerd. De Minister voor Medische Zorg en Sport heeft de definitieve besluitvorming over de inrichting en bekostiging aan een nieuw kabinet gelaten.

Uit de toelichting wordt niet duidelijk hoe de voorgestelde regeling voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg zich verhoudt tot de houtskoolschets acute zorg en de mededeling van de minister dat de definitieve besluitvorming over de inrichting en bekostiging van de acute zorg aan een nieuw kabinet is. De Afdeling adviseert de toelichting op dit punt aan te vullen en daarbij in het bijzonder in te gaan op de gevolgen van het besluit voor de definitieve besluitvorming over de inrichting en bekostiging van de acute zorg.

Met de inwerkingtreding van de Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders (AWtza) komen de Beleidsregels WTZi 2017 (beleidsregels), waarin regels zijn opgenomen over de samenwerking, spreiding en bereikbaarheid van de acute zorg, te vervallen.¹ Om die reden is via de AWtza in de Wkkgz een grondslag gecreëerd voor het bij algemene maatregel van bestuur stellen van eisen aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg en de voorbereiding daarop.² Dit heeft geleid tot het onderhavige ontwerpbesluit waarmee wordt beoogd regels te stellen over hetgeen in voornoemde beleidsregels over de acute zorg is vastgelegd. Het geregelde in het onderhavige ontwerpbesluit is uitgebreider dan hetgeen in de beleidsregels is geregeld, om beter aan te sluiten bij de huidige praktijk. Het ontwerpbesluit heeft evenwel niet tot doel om het acute zorglandschap en de financiering daarvan te wijzigen. Beoogd is de huidige gang van zaken rondom de regionale samenwerking vast te leggen. Het ontwerpbesluit is informeel voorgehangen bij het parlement en met de Tweede Kamer besproken³. Onderhavig ontwerpbesluit is niet controversieel verklaard. De Houtskoolschets, waaraan de Afdeling refereert, heeft betrekking op de toekomst van het acute zorglandschap. Onderhavig ontwerpbesluit is daarvan niet afhankelijk en loopt daar ook niet op vooruit. De Houtskoolschets acute zorg is door de Tweede Kamer controversieel verklaard.⁴ Op basis van (verdergaande) besluitvorming door een nieuw kabinet over de toekomst van het acute zorglandschap kan de amvb (en andere regelgeving) te zijner tijd zo nodig worden aangepast.

¹ De grondslag voor deze beleidsregels vervalt door artikel I, onderdeel B, AWtza.

² Deze grondslag is gecreëerd in artikel VII, onderdeel B, AWtza.

³ Verwezen wordt naar paragraaf 10, onderdeel b, van de toelichting.

⁴ Kamerstukken II 2020/21, 35 718, nr. 1.



Naar aanleiding van het advies van de Afdeling is in paragraaf 1 van de nota van toelichting kort ingegaan op de Houtskoolschets acute zorg.

3. Mededinging

Voor zover er op basis van het ontwerpbesluit regionale afspraken tot stand zullen komen die ten dienste staan aan de zorgplicht van zorgverzekeraars hebben deze een zeker mededingingsbeperkend effect. Het maken van deze afspraken is niet zonder meer verboden, zoals ook blijkt uit de inmiddels door de ACM gehanteerde uitgangspunten. Deze komen er – kort gezegd – op neer dat de samenwerking en de daarmee verbonden mededingingsbeperkende gevolgen noodzakelijk moeten zijn voor de desbetreffende zorg.

Bij de acute zorg zelf is die noodzaak evident. Zoals hiervoor geschetst gaan de afspraken echter verder en is het de bedoeling dat deze ook de instroom, doorstroom en uitstroom betreffen. De afspraken zijn dus niet beperkt tot de acute zorg, maar hebben ook gevolgen voor de planbare zorg verderop in de keten. Daardoor zijn de gevolgen voor de mededinging groter dan de mededingingsbeperkingen die van de huidige afspraken uitgaan. Dit kan leiden tot hogere toetredingsdrempels voor nieuwkomers op de zorgmarkt, ook waar het gaat om planbare (niet acute) zorg. Zonder deelname aan de regionale afspraken zal het contracteren van zorgaanbieders met zorgverzekeraars immers moeilijker worden.

Ook is in dit verband van belang wat het gevolg is van de afspraken voor de mededinging bij de onderhandelingen over prijs, kwantiteit en kwaliteit in een markt waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars op regionaal niveau wederzijds van elkaar afhankelijk zijn en voor de concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling. De ruime reikwijdte van de regionale afspraken in het ontwerpbesluit stelt dan ook nadere eisen aan de onderbouwing van de noodzaak ervan in het licht van het mededingingsrecht.

De Afdeling adviseert in de toelichting nader op het voorgaande in te gaan.

Bij ministeriële regeling zal worden bepaald over welke onderwerpen afspraken zullen moeten worden gemaakt in het regionaal overleg (voor een nadere toelichting hierop wordt verwezen naar paragraaf 5 van de toelichting van het ontwerpbesluit). Daarmee krijgen zorgaanbieders de plicht om hierover afspraken te maken; deze onderwerpen zullen zodanig zijn dat die niet met zich meebrengen dat afspraken zouden moeten worden gemaakt die in strijd zijn met de Mededingingswet. In de Mededingingswet zijn onder meer regels gesteld over afspraken die ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) is belast met het toezicht op de naleving van de Mededingingswet. In haar toezicht stelt de ACM de belangen van huidige en toekomstige patiënten en verzekerden centraal. Om marktpartijen in de zorg een leidraad geven om samenwerkingsvormen en gedragingen te toetsen aan de Mededingingswet, zijn de Richtsnoeren voor de zorgsector opgesteld.⁵ Zoals is opgemerkt in de Richtsnoeren voor de zorgsector zijn veel samenwerkingsvormen, misschien wel juist in de zorg, vanuit kwaliteits- of doelmatigheidsoogpunt zeer wenselijk. Zolang gedragingen van – en in het bijzonder samenwerking tussen – ondernemingen de concurrentie niet belemmeren, zullen deze ook niet in strijd zijn met de Mededingingswet. In het algemeen leveren bijvoorbeeld zuiver medisch-inhoudelijke kwaliteitsafspraken of afspraken over administratieve procedures geen beperking van de mededinging op. Ook bestaat er ruimte voor afspraken tussen zorginstellingen om de instroom en uitstroom op elkaar af te stemmen. Datzelfde geldt bijvoorbeeld voor het uitwisselen van actuele informatie over instroom, uitstroom en beschikbare (lege) capaciteit voor zover die informatie nodig is om de beschikbaarheid van de gehele acute zorgketen te waarborgen en niet verder gaat dan daarvoor nodig is. Ook wanneer de concurrentie mogelijk wel wordt belemmerd, zijn bepaalde afspraken tussen ondernemingen vanwege hun geringe impact toegestaan op grond van de zogenaamde bagatelregeling. Daarnaast kan sprake zijn van afspraken die gericht zijn op samenwerking tussen ondernemingen die voordelen opleveren voor de consument die zwaarder wegen dan de eventuele nadelen voor de concurrentie. Ook dergelijke afspraken zijn onder bepaalde omstandigheden toegestaan.

Specifiek voor vergaande vormen van samenwerking in het kader van de juiste zorg op de juiste plek, heeft de ACM een beleidsregel opgesteld.⁶

Zoals de Afdeling terecht constateert, vloeit uit de uitgangspunten van de ACM voort dat indien een samenwerking de mededinging beperkt, de daarmee verbonden mededingingsbeperkende gevolgen

⁵ <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/7083/Richtsnoeren-voor-de-zorgsector>

⁶ ACM Beleidsregel over afspraken in het kader van de beweging 'De juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP) (<https://www.acm.nl/nl/publicaties/acm-beleidsregel-juiste-zorg-op-de-juiste-plek-jzojp>).



in ieder geval noodzakelijk moeten zijn voor de desbetreffende zorg. Bij de acute zorg zelf is die noodzaak in de meeste gevallen evident; samenwerking tussen zorgaanbieders in de acute zorgketen om de beschikbaarheid van de acute zorg te waarborgen is dan ook veelal toegestaan. Daarbij is het voor het waarborgen van de beschikbaarheid van de acute zorg noodzakelijk dat er afspraken worden gemaakt over de instroom, doorstroom en uitstroom uit de keten van de acute zorg. Het gaat dan bijvoorbeeld om afspraken die beogen te voorkomen dat mensen een beroep doen op de huisartsenpost, die ook overdag naar de huisarts zouden kunnen gaan, of een ambulance wordt ingezet, terwijl de wijkverpleging goede hulp zou kunnen bieden. De beschikbaarheid van de zorg op bijvoorbeeld de Spoedeisende hulp (SEH) kan alleen worden geborgd als er goede afspraken zijn met de regionale ambulancevoorzieningen over waar een patiënt naar toe wordt gebracht. Daarbij is van belang te weten of er in het betreffende ziekenhuis ook plaats is voor een eventuele opname na het bezoek aan de SEH. Ook zijn afspraken met andere aanbieders nodig om te bewerkstelligen dat er eerstelijnsverblijf bedden of crisisbedden in de langdurige zorg beschikbaar zijn om te voorkomen dat patiënten onnodig lang op de SEH of in het ziekenhuis verblijven. Voornoemde beleidsregel en Richtsnoeren bieden een kader voor deze samenwerking in de regio, ook als daardoor mogelijk minder keuzemogelijkheden voor inkopende partijen en patiënten ontstaan.⁷ Mochten er vragen zijn van marktpartijen of hun samenwerking is toegestaan dan kunnen zij hierover contact opnemen met de ACM.

In paragraaf 5 van de toelichting is, conform het advies van de Afdeling, nader ingegaan op het voorgaande.

De Afdeling advisering van de Raad van State heeft een aantal opmerkingen bij het ontwerpbesluit en adviseert daarmee rekening te houden voordat een besluit wordt genomen.

*De vice-president van de Raad van State,
Th.C. de Graaf*

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om enkele kleine verbeteringen in de nota van toelichting aan te brengen, te weten in de paragrafen 2, 4 en 11b van het algemeen deel van de toelichting en in de toelichting op artikel 8A.3.

Ik moge U het ontwerpbesluit en de gewijzigde nota van toelichting doen toekomen en U verzoeken overeenkomstig dit ontwerp te besluiten.

*De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark.*

⁷ Daarnaast kan de reactie van de ACM op de houtskoolschets acute zorg, partijen guidance geven over samenwerking op het gebied van acute zorg. Zie hiervoor: <https://www.acm.nl/sites/default/files/documents/reactie-acm-op-houtskoolschets-vws-acute-zorg.pdf>.



Advies Raad van State

No. W13.21.0493/III

's-Gravenhage, 14 april 2021

Aan de Koning

Bij Kabinetsmissive van 29 december 2020, no.2020002661, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister voor Medische Zorg, bij de Afdeling advisering van de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het ontwerpbesluit tot wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG in verband met het stellen van eisen omtrent de voorbereiding, beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg, met nota van toelichting.

Het ontwerpbesluit geeft een regeling voor de organisatie van de acute zorg. Het regelt onder meer dat op initiatief van het traumacentrum, daartoe aangewezen zorgaanbieders in regionaal verband afspraken maken over de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van acute zorg.

De Afdeling advisering van de Raad van State wijst erop dat het nodig is dat de inhoud van de regionale afspraken en de contractering door zorgverzekeraars met afzonderlijke zorgaanbieders, op elkaar aansluiten. Alleen dan kunnen de regionale afspraken eraan bijdragen dat zorgverzekeraars kunnen voldoen aan hun zorgplicht. Zorgverzekeraars zijn echter geen partij bij de regionale afspraken. Onvoldoende duidelijk is of er voldoende instrumenten zijn om alsnog te bewerkstelligen dat het beoogde resultaat wordt bereikt ingeval die aansluiting niet vanzelf tot stand komt.

Voorts is onvoldoende duidelijk hoe de voorgestelde regeling voor de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg zich verhoudt tot de mededeling dat de besluitvorming over de inrichting en de bekostiging van de acute zorg wordt overgelaten aan een volgend kabinet. Ten slotte adviseert de Afdeling om meer aandacht te besteden aan de mededingingsrechtelijke gevolgen van het voorstel. In verband daarmee is aanpassing wenselijk van de toelichting en zo nodig het ontwerpbesluit.

1. Inleiding

Zorgaanbieders van acute zorg maken momenteel op grond van beleidsregels in het kader van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) afspraken over het (tijdelijk) beëindigen van zorgverlening.¹ De bereikbaarheidsnorm mag daarbij niet in gevaar komen. Op dit moment werken specifiek aangewezen zorgaanbieders in de acute zorg daartoe al samen in het Regionaal overleg acute zorg (ROAZ). Deze ROAZ wordt georganiseerd door een traumacentrum. Nederland kent 11 traumacentra.

Met de Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders (Awtza) is de grondslag voor de hiervoor genoemde beleidsregels vervangen door de verplichting om bij algemene maatregel van bestuur (amvb) regels te stellen over bereikbaarheid en over de beschikbaarheid van acute zorg. Het ontwerpbesluit geeft hieraan invulling. De te maken afspraken in regionaal verband worden, anders dan nu, niet beperkt tot de bereikbaarheid van de acute zorg in strikte zin. Zij zien ook op de beschikbaarheid en de instroom, doorstroom en uitstroom van acute zorg. Daarom worden ook andere zorgaanbieders dan alleen de aanbieders van acute zorg verplicht afspraken te maken en deze na te komen.

Het ontwerpbesluit regelt voorts een wijziging in de informatiepositie van de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars worden echter geen verplichtingen opgelegd. Wel hebben zij op grond van de Zorgverzekeringwet (Zvw) een al bestaande zorgplicht om voldoende goede, tijdige en bereikbare acute zorg in te kopen en daar de regie op te nemen.²

Bovendien regelt het ontwerpbesluit dat bij ministeriële regeling zorgverzekeraars kunnen worden aangewezen die door het traumacentrum moeten worden geïnformeerd als knelpunten in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg niet worden opgelost. Als de continuïteit van de patiëntenzorg in gevaar komt, worden zorgaanbieders daarnaast verplicht desgevraagd medewerking te verlenen aan een zorgverzekeraar. Dit om ervoor te zorgen dat deze aan zijn zorgplicht kan voldoen.

Ten slotte regelt het besluit welk besluitvormingsproces is vereist voordat een zorgaanbieder het bieden van zorg geheel of gedeeltelijk kan beëindigen of opschorten. Dit ziet vooral op het tijdig informeren van alle betrokkenen en het overleggen met andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de continuïteit van de acute zorg.

¹ Artikel 3.1. Beleidsregels Wtzi 2017.

² Artikel 11 Zvw.



2. Sturing

a. Doorzettingsmacht

In het ontwerpbesluit wordt de keten van acute zorg (instroom, doorstroom en uitstroom) per regio georganiseerd. Het traumacentrum in de regio neemt het initiatief voor het regionale overleg en bevordert dat tussen zorgaanbieders werkafspraken worden gemaakt over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg. De zorgaanbieders zijn verplicht deze afspraken na te komen.³ Het traumacentrum heeft wel regie over het regionale overleg, maar heeft geen doorzettingsmacht als er knelpunten in de beschikbaarheid van acute zorg ontstaan en de zorgaanbieders in het regionaal overleg niet tot overeenstemming komen.

Het is de bedoeling dat de regionale afspraken de zorgverzekeraars ondersteunen bij het voldoen aan hun zorgplicht. Zorgverzekeraars kunnen wel worden uitgenodigd voor het regionale overleg, maar zijn geen partij bij de afspraken die in het regionale overleg worden gemaakt. Zorgverzekeraars hebben geen regie over de afspraken, maar hebben wel een zekere doorzettingsmacht als er onvoldoende zorgverlening beschikbaar dreigt te zijn.⁴

De Afdeling wijst er daarbij voorts op dat zorgaanbieders die deelnemen aan het regionale overleg financieel afhankelijk zijn van contractering door (meerdere) zorgverzekeraars. Deze contractering ziet niet alleen op beschikbaarheid van de acute zorg, maar ook op de prijs, kwantiteit en kwaliteit van (andere) zorgverlening. Daarmee heeft de contractering invloed op de ruimte die zorgaanbieders hebben om de regionale afspraken te maken. Zorgverzekeraars zijn op hun beurt (gedeeltelijk) afhankelijk van de inhoud van de regionale afspraken, om te kunnen voldoen aan hun zorgplicht.

Er is aldus sprake van een wederzijdse afhankelijkheid tussen de contractering door zorgverzekeraars en de inhoud van de regionale afspraken. Die wederzijdse afhankelijkheid wordt met het ontwerpbesluit versterkt, omdat de inhoud van de te maken afspraken is verbreed naar de instroom, doorstroom en uitstroom van acute zorg. Meer vormen van zorg (en dus ook meer partijen) komen daardoor onder het bereik ervan.

Om ervoor te zorgen dat de regionale afspraken eraan bijdragen dat zorgverzekeraars kunnen blijven voldoen aan hun zorgplicht, is het nodig dat de inhoud van de regionale afspraken en de contractering door zorgverzekeraars met afzonderlijke zorgaanbieders op elkaar aansluiten. Onduidelijk is of er voldoende instrumenten zijn om alsnog te bewerkstelligen dat het beoogde resultaat wordt bereikt ingeval die aansluiting niet vanzelf tot stand komt. De Afdeling adviseert in de toelichting nader op het voorgaande in te gaan en zo nodig het ontwerpbesluit aan te passen.⁵

b. Houtskoolschets

In samenhang hiermee wijst de Afdeling erop dat de Minister voor Medische Zorg en Sport in de houtskoolschets acute zorg van juli 2020⁶ bewust nog niet heeft willen beschrijven hoe de sturing over de inrichting van het acute zorglandschap exact vormgegeven moet worden; wie krijgt waarover de regie, welke beslissing neemt de minister, de zorgverzekeraars en het ROAZ. Voor het verder uitwerken van de regie in de regio, welke gevolgen dit heeft en wat de effecten zijn op de rest van de zorg wil VWS in gesprek met betrokkenen. Verder zal in de uiteindelijke contourennota ook de relatie worden gelegd met sturingsaspecten die breder voor de zorg gelden, aldus de minister. De houtskoolschets is in internetconsultatie gegaan tot januari 2021. Een aanzienlijke hoeveelheid partijen heeft daarop inmiddels gereageerd. De Minister voor Medische Zorg en Sport heeft de definitieve besluitvorming over de inrichting en bekostiging aan een nieuw kabinet gelaten.⁷

Uit de toelichting wordt niet duidelijk hoe de voorgestelde regeling voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg zich verhoudt tot de houtskoolschets acute zorg en de mededeling van de minister dat de definitieve besluitvorming over de inrichting en bekostiging van de acute zorg aan een nieuw kabinet is. De Afdeling adviseert de toelichting op dit punt aan te vullen en daarbij in het bijzonder in te gaan op de gevolgen van het besluit voor de definitieve besluitvorming over de inrichting en bekostiging van de acute zorg.

³ Voorgesteld artikel 8A.2, tweede lid.

⁴ Voorgesteld artikel 8A.4, tweede lid.

⁵ Zij wijst er overigens op dat ook uit de consultatiereacties naar voren komt dat bij de partijen in het veld juist op dit punt nog veel zorgen bestaan.

⁶ Kamerstukken II 2019/20, 29 247, nr. 314, 'Houtskoolschets acute zorg', paragraaf 5.5.

⁷ Kamerstukken II 2020/21, 29 247, nr. 325, p. 21.



3. Mededinging

Voor zover er op basis van het ontwerpbesluit regionale afspraken tot stand zullen komen die ten dienste staan aan de zorgplicht van zorgverzekeraars hebben deze een zeker mededingingsbeperkend effect. Het maken van deze afspraken is niet zonder meer verboden, zoals ook blijkt uit de inmiddels door de ACM gehanteerde uitgangspunten.⁸ Deze komen er – kort gezegd – op neer dat de samenwerking en de daarmee verbonden mededingingsbeperkende gevolgen noodzakelijk moeten zijn voor de desbetreffende zorg.

Bij de acute zorg zelf is die noodzaak evident. Zoals hiervoor geschetst gaan de afspraken echter verder en is het de bedoeling dat deze ook de instroom, doorstroom en uitstroom betreffen. De afspraken zijn dus niet beperkt tot de acute zorg, maar hebben ook gevolgen voor de planbare zorg verderop in de keten. Daardoor zijn de gevolgen voor de mededinging groter dan de mededingingsbeperkingen die van de huidige afspraken uitgaan. Dit kan leiden tot hogere toetredingsdrempels voor nieuwkomers op de zorgmarkt, ook waar het gaat om planbare (niet acute) zorg. Zonder deelname aan de regionale afspraken zal het contracteren van zorgaanbieders met zorgverzekeraars immers moeilijker worden.⁹

Ook is in dit verband van belang wat het gevolg is van de afspraken voor de mededinging bij de onderhandelingen over prijs, kwantiteit en kwaliteit in een markt waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars op regionaal niveau wederzijds van elkaar afhankelijk zijn en voor de concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling. De ruime reikwijdte van de regionale afspraken in het ontwerpbesluit stelt dan ook nadere eisen aan de onderbouwing van de noodzaak ervan in het licht van het mededingingsrecht.

De Afdeling adviseert in de toelichting nader op het voorgaande in te gaan.

De Afdeling advisering van de Raad van State heeft een aantal opmerkingen bij het ontwerpbesluit en adviseert daarmee rekening te houden voordat een besluit wordt genomen.

*De vice-president van de Raad van State,
Th.C. de Graaf.*

⁸ Zie de ACM Beleidsregel (ACM/UIT/524798) over afspraken in het kader van de beweging 'de juiste zorg op de juiste plek'.

⁹ Weliswaar kunnen ingevolge artikel 8A.2, derde lid, bij ministeriële regeling nadere regels worden gesteld over het maken van de regionale afspraken. Dit doet echter niet af aan de in dit verband geschetste effecten. Bovendien is de betekenis ervan in het kader van het mededingingsrecht beperkt, nu zorgverzekeraars geen partij zijn bij deze afspraken.



Tekst zoals toegezonden aan de Raad van State: Besluit van houdende wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG in verband met het stellen van eisen omtrent de voorbereiding, beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg

Wij Willem-Alexander, bij de gratie Gods, Koning der Nederlanden, Prins van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister voor Medische Zorg van 18 december 2020, kenmerk 1793323-215181-WJZ;

Gelet op artikel 3a van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en artikel 56a, zesde lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van ..., no. ...);

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

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Uitvoeringsbesluit Wkkgz wordt als volgt gewijzigd:

A

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

- *acute zorg*: zorg in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of plotseling verergert;
- *apotheek*: apotheek als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel oo, van de Geneesmiddelenwet;
- *huisartsenpost*: locatie waar huisartsen uit de regio de avond-, nacht- en weekenddiensten verrichten voor huisartsenzorg die niet kan wachten tot de volgende werkdag;
- *regio*: gebied waarbinnen een traumacentrum verantwoordelijk is voor het organiseren van traumazorg;
- *regionaal overleg acute zorgketen*: overleg als bedoeld in artikel 8A.2, eerste lid;
- *Regionale Ambulancevoorziening*: Regionale Ambulancevoorziening als bedoeld in artikel 4, tweede lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen;
- *traumacentrum*: krachtens artikel 8, tweede lid, van de Wet op bijzondere medische verrichtingen als traumacentrum aangewezen ziekenhuis;
- *veiligheidsregio*: openbaar lichaam als bedoeld in artikel 9 van de Wet veiligheidsregio's;
- *zorgverzekeraar*: zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1 van de Zorgverzekeringswet.

B

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

Hoofdstuk 8A. Acute zorg

Artikel 8A.1

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

- a. traumacentra;
- b. aanbieders van medisch-specialistische zorg die acute zorg verlenen, anders dan traumacentra;
- c. Regionale Ambulancevoorzieningen;
- d. aanbieders van huisartsenzorg in huisartsenposten;
- e. gemeentelijke gezondheidsdiensten als bedoeld in artikel 14 van de Wet publieke gezondheid;
- f. aanbieders van geestelijke gezondheidszorg die acute zorg verlenen;
- g. apotheken die in de avond, de nacht en op zondag farmaceutische zorg aanbieden;
- h. aanbieders van huisartsenzorg, anders dan in huisartsenposten;
- i. aanbieders van geestelijke gezondheidszorg, die geen acute zorg verlenen;
- j. aanbieders van medisch-specialistische zorg, anders dan bedoeld in de onderdelen a en b;



- k. apotheken, anders dan bedoeld in onderdeel g;
- l. aanbieders van verloskundige zorg;
- m. aanbieders van wijkverpleging;
- n. aanbieders van eerstelijnsverblijf;
- o. aanbieders van Wlz-zorg;
- p. aanbieders van geriatrische revalidatiezorg.

Artikel 8A.2

1. Een traumacentrum organiseert een regionaal overleg dat tot doel heeft te bewerkstelligen dat zorgaanbieders die behoren tot de in artikel 8A.1 aangewezen categorieën afspraken maken met betrekking tot de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in hun regio alsmede de voorbereiding op het verlenen van die zorg. De afspraken bevorderen op doelmatige wijze dat een persoon die binnen die regio acute zorg nodig heeft, die zorg tijdig ontvangt van een zorgaanbieder die daarvoor voldoende is toegerust en over de voor die zorg noodzakelijke deskundigheid beschikt.
2. Zorgaanbieders die behoren tot de in artikel 8A.1 aangewezen categorieën maken afspraken als bedoeld in het eerste lid en komen de door hen gemaakte afspraken na.
3. Bij regeling van Onze Minister worden nadere regels gesteld over de uitvoering van het eerste lid. De regels hebben in ieder geval betrekking op:
 - a. de afspraken, bedoeld in het eerste lid;
 - b. de verplichting van het traumacentrum om zorgaanbieders die behoren tot een of meer van de in artikel 8A.1 aangewezen categorieën dan wel andere organisaties of personen uit te nodigen voor een vergadering van het regionaal overleg acute zorgketen;
 - c. de verplichting van zorgaanbieders die behoren tot een of meer van de in artikel 8A.1 aangewezen categorieën om deel te nemen aan een vergadering van het regionaal overleg acute zorgketen;
 - d. de verplichting van het traumacentrum om desgevraagd onderwerpen voor een vergadering van het regionaal overleg acute zorgketen te agenderen;
 - e. de verplichting van het traumacentrum om op een zo kort mogelijke termijn na het ontvangen van de in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel b, bedoelde informatie een regionaal overleg acute zorgketen plaats te laten vinden; en
 - f. het door het traumacentrum op te stellen verslag van een vergadering van het regionaal overleg acute zorgketen.

Artikel 8A.3

Het traumacentrum informeert de Inspectie en bij ministeriële regeling aan te wijzen zorgverzekeraars over knelpunten in de beschikbaarheid of bereikbaarheid van de acute zorg in de betrokken regio die binnen het regionaal overleg acute zorgketen niet worden opgelost, voor zover die knelpunten van belang kunnen zijn voor de uitvoering van de taken van deze organisaties.

Artikel 8A.4

1. Een zorgaanbieder die behoort tot een categorie als bedoeld in artikel 8A.1, onderdelen a, b, d, f of g, kan het aanbieden van acute zorg op een bepaalde locatie slechts geheel of gedeeltelijk beëindigen of opschorten als hij een zorgvuldige besluitvormingsprocedure heeft gevolgd waarbij de belangen van cliënten, inwoners, andere zorgaanbieders, gemeenten en veiligheidsregio worden meegewogen. Een zorgvuldige besluitvormingsprocedure houdt in ieder geval in dat de zorgaanbieder:
 - a. de Inspectie tevoren schriftelijk of elektronisch heeft geïnformeerd over de mogelijke beëindiging of opschorting;
 - b. het traumacentrum dat belast is, dan wel de traumacentra die belast zijn, met het organiseren van een regionaal overleg acute zorgketen voor de regio, onderscheidenlijk regio's, waarin de zorgaanbieder zorg verleent, tevoren schriftelijk of elektronisch heeft geïnformeerd over de mogelijke beëindiging of opschorting;
 - c. over de beëindiging of opschorting tevoren heeft overlegd met de zorgverzekeraar waarmee hij ter zake een overeenkomst heeft gesloten alsmede met de zorgaanbieders die behoren tot een categorie als bedoeld in artikel 8A.1, voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben;
 - d. de colleges van burgemeester en wethouders van de gemeenten in de omgeving tevoren heeft betrokken;
 - e. de voorzitter van de veiligheidsregio waar de zorgaanbieder acute zorg verleent tevoren heeft betrokken, indien de zorgaanbieder een taak heeft in het kader van de rampenbestrij-

- ding en crisisbeheersing, bedoeld in artikel 1 van de Wet veiligheidsregio's, of de bestrijding van een infectieziekte behorend tot groep A, bedoeld in artikel 6 van de Wet publieke gezondheid;
- f. zich tevoren aantoonbaar inspant om onzekerheid te voorkomen bij de inwoners uit de omgeving die belang hebben bij de door de zorgaanbieder geboden acute zorg;
 - g. in bij regeling van Onze Minister te omschrijven situaties bij het RIVM, bedoeld in de Wet op het RIVM, tevoren een bereikbaarheidsanalyse heeft aangevraagd waarin het RIVM beoordeelt of door het geheel of gedeeltelijk beëindigen of opschorten van de acute zorg op een bepaalde locatie de bij regeling van Onze Minister omschreven normen inzake de bereikbaarheid van acute zorg in gevaar komen, of andere zorgaanbieders gevoelig worden voor die normen en berekent wat de effecten zijn op de rijtijden voor patiënten per ambulance naar de dichtstbijzijnde locatie waar de betreffende acute zorg wordt aangeboden;
 - h. een plan heeft opgesteld waarin wordt omschreven hoe, gezien de concrete omstandigheden en de bereikbaarheidsanalyse, bedoeld in onderdeel g, wordt gestreefd naar het borgen van de continuïteit van zorg voor cliënten, en een ontwerp van dat plan tevoren heeft toegezonden aan de Inspectie, de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders, bedoeld in onderdeel c, en het traumacentrum, onderscheidenlijk de traumacentra, bedoeld in onderdeel b, en deze organisaties in de gelegenheid heeft gesteld daarop te reageren; en
 - i. de Inspectie, zorgaanbieders als bedoeld in onderdeel c, het traumacentrum onderscheidenlijk de traumacentra, bedoeld in onderdeel b, alle zorgverzekeraars, colleges van burgemeester en wethouders als bedoeld in onderdeel d, de voorzitter van de veiligheidsregio, bedoeld in onderdeel e, en inwoners als bedoeld in onderdeel f, tevoren heeft geïnformeerd over de daadwerkelijke beëindiging of opschorting, waarbij de inwoners worden geïnformeerd over waar zij tijdens de opschorting of na de beëindiging terecht kunnen met hun vraag naar acute zorg.
2. Indien door het beëindigen of opschorten van de acute zorg op een bepaalde locatie de krachtens het eerste lid, onderdeel g, omschreven normen in gevaar komen, verleent een zorgaanbieder die behoort tot een categorie als bedoeld in artikel 8A.1, op verzoek van een zorgverzekeraar de medewerking die redelijkerwijs kan worden geleverd en noodzakelijk is voor het door de zorgverzekeraar voldoen aan de zorgplicht, bedoeld in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, voor zover deze de bereikbaarheid van de betrokken acute zorg betreft.
 3. Bij regeling van Onze Minister kunnen nadere regels worden gesteld over de uitvoering van het eerste lid.
 4. Het eerste lid, aanhef en onderdelen b tot en met i, en het bepaalde krachtens het derde lid, is niet van toepassing voor zover vanwege een onmiddellijke dreiging van de veiligheid van de cliënten of de zorg, het toepassing geven aan die onderdelen niet kan worden afgewacht. Indien toepassing wordt gegeven aan de eerste volzin, informeert de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk achteraf de Inspectie omtrent de borging van de continuïteit van de zorg. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat indien toepassing wordt gegeven aan de eerste volzin alsnog overeenkomstig een of meer van de in het eerste lid, onderdelen b tot en met i, bedoelde voorwaarden dient te worden gehandeld.

Artikel 8A.5

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



14, derde lid, van de Wet publieke gezondheid, van de regio of regio's, waar de zorgaanbieder zorg verleent.

C

De artikelen 9.2, 9.4, 9.5 en 9.6 vervallen.

ARTIKEL II

Onderdeel B van de bijlage bij het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG wordt als volgt gewijzigd:

1. Onderdeel 5 komt te luiden:

5. *Coördinatie acute zorg voor zover het gaat om:*
 - a. *coördinatie regionaal overleg acute zorgketen en coördinatie traumazorg*
Het gaat hierbij om het organiseren van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van traumazorg in instellingen voor medisch specialistische zorg, het onderhouden en ontwikkelen van het traumazorgnetwerk en de kenniscentrumfunctie voor traumazorg alsmede het uitvoeren van activiteiten gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de traumazorg. Daarnaast gaat het om de coördinatie van de activiteiten, omschreven in de artikelen 8A.2 en 8A.3 van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
 - b. *opleiden, trainen en oefenen voor rampen en crises*
Het gaat hierbij om het organiseren van het opleiden, trainen en oefenen van zorgaanbieders en het coördineren van deze activiteiten ten behoeve van voorbereid zijn op rampen en crises.

ARTIKEL III

Dit besluit treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

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

De Minister voor Medische Zorg,



NOTA VAN TOELICHTING

Algemeen

1. Aanleiding

Op grond van artikel 4 van de Wet toelating zorginstellingen (hierna: WTZi) golden beleidsregels die onder meer betrekking hadden op de acute zorgketen. In die beleidsregels stonden 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). Deze eisen zijn opgenomen in de onderhavige amvb.

2. Doel van de amvb

Het doel van deze amvb is om de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg en de voorbereiding op die zorg zo goed mogelijk te borgen door middel van onder meer een goede regionale samenwerking en afstemming met betrekking tot de acute zorg in alle regio's. De bereikbaarheid van acute zorg heeft betrekking op de rijtijd en de locatie waarop de acute zorg wordt aangeboden, beschikbaarheid heeft betrekking op het aanwezig zijn van (voldoende) gekwalificeerde medewerkers om de betreffende zorg te kunnen aanbieden. Van belang is dat patiënten die acute zorg nodig hebben zeven dagen per week, 24 uur per dag, tijdig goede en passende zorg krijgen. Hiertoe worden onder meer, evenals in voornoemde beleidsregels het geval was, regels gesteld over een door de traumacentra te organiseren regionaal overleg acute zorgketen. Er zijn in Nederland elf ziekenhuizen met een functie als traumacentrum die ieder een regionaal overleg acute zorgketen organiseren. Ketenpartners in de acute zorg zoals ziekenhuizen met een afdeling spoedeisende hulp (hierna: SEH), Regionale Ambulancevoorzieningen, 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 een aantal 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 bij en krachtens de onderhavige amvb zullen de verplichtingen voor zorgaanbieders die samenhangen met dit regionaal overleg acute zorgketen duidelijker zijn vastgelegd, het zijn nu rechtstreeks werkende verplichtingen voor zorgaanbieders geworden. Ook wordt door het bepaalde bij en krachtens de onderhavige amvb 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 acute zorg. Deze verbreding is onder meer van belang om ervoor te zorgen dat patiënten op het juiste moment de juiste zorg van de juiste zorgverlener ontvangen, en niet onnodig (lang) in de keten van de acute zorg terecht komen of blijven. Zoals ook is geconstateerd door de Nederlandse Zorgautoriteit¹ (hierna: NZa), is de druk op deze keten namelijk hoog en ziet de NZa deze in de toekomst verder toenemen. Daarnaast kunnen krachtens onderhavige amvb regels worden gesteld aan de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute ggz. Met de generieke module Acute psychiatrie zoals die is ingeschreven in het Register van het Zorginstituut is met ingang van 2020 een bereikbaarheidsnorm beschikbaar voor beoordeling van patiënten met een acute psychische zorgvraag.

Ingevolge de Wet veiligheidsregio's (hierna: Wvr) is de GHOR als onderdeel van de veiligheidsregio

¹ Marktscan acute zorg, september 2017, Kamerstukken II 2016/17, 29 247, nr. 236, Monitor acute zorg 2018, januari 2019, Kamerstukken II 2018/19, 29 247, nr. 267, Informatiekaart acute zorg, januari 2020, Kamerstukken II 2019/20, 29 247, nr. 311.



belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening in het kader van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing (artikelen 1 en 32 tot en met 34 Wvr). Door de GHOR onderdeel te laten zijn van de Wvr is benadrukt dat de GHOR een taak heeft die voortkomt uit aandacht voor veiligheid. Gekozen is om dit element van veiligheidsbeleid niet onderdeel te laten zijn van de aanbieders van acute medische zorg, maar te koppelen aan de bestuurlijke verantwoordelijkheid van de veiligheidsregio voor rampen en crises ingevolge de Wvr. Naast het meer patiëntgerichte belang van de acute zorgketen wordt hierdoor geborgd dat de medische hulpverlening bij rampen en crises ook de juiste aandacht krijgt. Ook in situaties van rampen en crises moeten de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg zo goed mogelijk geborgd zijn.

Het bestuur van de veiligheidsregio legt in het beleidsplan (artikel 14 e.v. Wvr) de ambities en taken voor de GHOR vast die gebaseerd zijn op de aanwezige risico's in de veiligheidsregio en de eisen die zijn gesteld in het Besluit veiligheidsregio's. Hierbij houdt de GHOR rekening met het in de regio aanwezige en beschikbare aanbod van acute zorg en de mogelijkheden om in samenwerking met andere betrokken hulpdiensten hulp te verlenen. De GHOR nam daarvoor onder andere deel aan het regionale overleg acute zorgketen op basis van de beleidsregels die onder de WTZi golden. Hierdoor kon de GHOR met acute zorginstellingen afspraken maken over voorbereiding en inzet van medische zorg ten tijde van een ramp of crisis. Onderhavige amvb regelt de randvoorwaarden voor het regionale overleg acute zorgketen. Daarom is het belangrijk dat de taak van de GHOR als onafhankelijke regisseur ten tijde van een ramp of crisis, hierin is geborgd. Op basis van artikel 8A.2, derde lid, onderdeel b, zal worden geregeld dat de GHOR als organisatie standaard wordt uitgenodigd voor het regionaal overleg acute zorgketen. De GHOR staat onder leiding van de directeur publieke gezondheid (DPG) van de gemeentelijke gezondheidsdienst, bedoeld in artikel 14 van de Wet publieke gezondheid (artikel 32 Wvr). De DPG vertegenwoordigt de GHOR hierbij, zoals ook het geval was voor de inwerkingtreding van dit besluit. Deze expliciete deelname van de GHOR geeft de DPG, naast zijn GGD-verantwoordelijkheid een duidelijke titel om te acteren in het publieke belang van veiligheid, mede in het licht van de door de NZa gesignaleerde hoge en toenemende druk op de acute zorgketen.

De samenwerking in de regio heeft mede tot doel (mogelijke) knelpunten in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg te signaleren, te voorkomen dan wel op te lossen. Alle betrokken partijen moeten actief zoeken naar eventuele knelpunten die zich voordoen in de praktijk of in de toekomst aan de orde kunnen zijn, bijvoorbeeld als gevolg van ontwikkelingen in de vraag naar acute zorg of in het aanbod daarvan. Oorzaken van knelpunten dienen in het regionaal overleg onderzocht te worden en waar mogelijk weggenomen en voor de toekomst voorkomen te worden.

Een apart artikel (artikel 8A.4) is gewijd aan een adequaat besluitvormingsproces bij een voorgenomen opschorting of beëindiging (hierna ook wel kortweg 'sluiting' genoemd) van het aanbod van acute zorg door een in dat artikel bedoelde zorgaanbieder op een bepaalde locatie. Die zorgaanbieder dient een zorgvuldige besluitvormingsprocedure te volgen waarbij de belangen van cliënten, inwoners, andere zorgaanbieders, gemeenten en de veiligheidsregio worden meegewogen. Het ligt voor de hand dat na een sluiting of opschorting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie, betrokkenen extra aandacht besteden aan het monitoren van de gevolgen van de gerealiseerde sluiting.

3. Verantwoordelijkheden met betrekking tot acute zorg

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

4. Normen voor acute zorg

In acute gevallen is goede, waaronder tijdige, zorg helemaal van groot belang. In dat kader bestaan er op dit moment verschillende concrete normen voor de bereikbaarheid. Zo is er bijvoorbeeld de norm voor ambulancezorg die aangeeft dat patiënten die met de hoogste graad van spoed zorg nodig hebben, onder normale omstandigheden in 95% van de gevallen binnen een kwartier na aanname van

² In geval van faillissement rusten deze verplichtingen ook op de curator.



de melding door een ambulance bereikt moeten kunnen worden om de primaire behandeling te kunnen laten beginnen (deze norm is geregeld op grond van de Wet ambulancezorgvoorzieningen). Dit vereiste van 95% geldt voor de ambulanceregio als geheel. De HAP's hebben als streefwaarde dat minimaal 90% van de inwoners van het werkgebied van een HAP binnen 30 minuten met de auto bij de HAP moet kunnen zijn³. In de Beleidsregels WTZi 2017 was bepaald dat de deelnemers aan het regionaal overleg alleen (tijdelijk) kunnen stoppen met functies op een bepaalde locatie als de 45 minuten norm om een ziekenhuisafdeling voor spoedeisende hulp te bereiken niet in gevaar komt⁴. Op basis van de generieke module Acute psychiatrie moet thans in 40% van de gevallen met een urgentie U2 de psychiatrische beoordeling binnen een uur aanvragen. Dit percentage wordt geleidelijk opgebouwd en moet in 2024 90% zijn.⁵

Het is van groot belang dat de zorgaanbieders in het regionaal overleg zodanige afspraken maken dat bevorderd wordt dat de zorg binnen de voornoemde normen kan worden gerealiseerd. Dit zal nader worden uitgewerkt in de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 8A.2, derde lid. In die regeling zullen ook de betrokken normen voor de bereikbaarheid van een afdeling spoedeisende hulp, een afdeling acute verloskunde, de huisartsenposten en de acute ggz (hierna: bereikbaarheidsnormen) worden omschreven. De bereikbaarheidsnormen zullen zodanig omschreven worden dat bij een voorgenomen opschorting of beëindiging van acuut zorgaanbod op een bepaalde locatie door het RIVM een modelmatige bereikbaarheidsanalyse kan worden gemaakt. In de bereikbaarheidsanalyse wordt in ieder geval omschreven of door de opschorting of sluiting een bereikbaarheidsnorm in gevaar komt of dat een naburige zorgaanbieder door de opschorting of sluiting gevoelig wordt voor de norm. De zorgaanbieder vraagt bij een voorgenomen gehele opschorting of beëindiging aan het RIVM een dergelijke bereikbaarheidsanalyse te maken. Het RIVM verricht deze werkzaamheden, omdat deze vanuit het oogpunt van algemeen belang nuttig worden geacht (artikel 3, tweede lid, Wet op het RIVM). Vervolgens gaat de zorgaanbieder in zijn continuïteitsplan in op de bereikbaarheidsanalyse van het RIVM.

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

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

- het verlenen van acute zorg binnen de normtijden zoals bedoeld in paragraaf 4;
- maatregelen die worden getroffen om de druk op de acute zorgketen te verminderen met het oog op de beschikbaarheid van de acute zorg;
- het inzichtelijk zijn voor zorgverleners welke zorgaanbieders in de regio specifieke competenties, expertises en faciliteiten hebben voor het bieden van zorg voor patiënten met specifieke toestandsbeelden: de deelnemers aan het regionaal overleg moeten afspreken hiervoor de benodigde informatie beschikbaar te stellen (het gaat hierbij over acute zorg maar kan ook gaan over bepaalde zorg die van belang is voor het beslag op de acute zorg);

³ Raamwerk kwaliteitsbeleid huisartsenposten van InEen (2013) en Kwaliteitskader Spoedzorgketen (2019).

⁴ De in de genoemde beleidsregels bedoelde 45-minutennorm ziet op de spreiding en beschikbaarheid van SEH's over Nederland. Het is een berekende spreidingsnorm die ook wordt gebruikt voor afdelingen acute verloskunde. Het gaat erom dat het aantal inwoners dat in spoedgevallen (met een ambulance) niet binnen 45 minuten op een afdeling SEH of acute verloskunde kan zijn, door een sluiting niet toeneemt. Dit wordt berekend met een theoretisch model van het RIVM. Op 22 september 2020 heeft de Gezondheidsraad een advies uitgebracht over de 45-minuten norm (<https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2020/09/22/45-minuten-norm-in-de-spoedzorg>).

⁵ Zie www.ggzstandaarden.nl voor de generieke module Acute psychiatrie en het bijbehorende implementatieplan.



- de informatie die zorgaanbieders met elkaar delen teneinde inzicht te bieden in de actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg (en intensive care bedden) in de regio, zodat de Regionale Ambulancevoorziening weet waar op een concreet moment naartoe moet worden gereden met een patiënt en ook de huisarts weet waar hij de patiënt naartoe kan verwijzen. Deze afspraken kunnen tevens bezien worden in het licht van de motie Geleijnse⁶;
- inzicht in de opleidingsinspanningen van de zorgaanbieders in de acute zorgketen in de regio;
- hoe ook tijdens piekperiodes, zoals tijdens griep- en vakantieperiodes, wordt voorzien in toereikende acute zorg;
- crisisplannen die worden aangeleverd door de DPG opdat kan worden gezorgd voor afstemming tussen zorgaanbieders in het regionaal overleg acute zorgketen en, voor zover de zorgaanbieder een taak heeft in het kader van de rampenbestrijding en crisisbeheersing, met de planvorming in het veiligheidsdomein, in overeenstemming met de taak die de DPG heeft op grond van de Wvr. Zie over de rol van de DPG ook hetgeen is toegelicht in paragraaf 2 van het algemeen deel van de toelichting en bij de artikelen 8A.1 en 8A.2.

De zorgaanbieders die behoren tot de in artikel 8A.1 aangewezen categorieën moeten afspraken maken over deze onderwerpen. Dit betekent dat men op constructieve wijze met elkaar in overleg moet om te bezien hoe de betrokken doelen zo goed mogelijk kunnen worden bereikt. Dit houdt onder meer in dat alle betrokken partijen de verantwoordelijkheid hebben om op tijd onderwerpen in het overleg te agenderen als die de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg (op termijn) in gevaar (kunnen) brengen, waaronder ook randvoorwaardelijke zaken vallen als het opleiden, behouden en inzetbaar houden van gekwalificeerd personeel. Het vergt voorts actief meedenken over en meewerken aan oplossingen van eventuele knelpunten.

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

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

6. Belang van goede afstemming met voorliggende- en vervolgzorg

Het is belangrijk dat patiënten tijdig de juiste zorg op de juiste plek ontvangen. Voorkomen moet worden dat er patiënten bij de HAP of de SEH komen die beter door een andere zorgaanbieder zouden kunnen worden geholpen. Ook is het van belang dat zodra er geen acute zorg meer nodig is, de uitstroom vanuit de HAP en SEH niet wordt belemmerd door het ontbreken van inzicht in en afspraken over beschikbare vervolgzorg. Om die redenen dienen ook aanbieders van 'voorliggende' zorg (bijvoorbeeld huisartsenzorg anders dan in huisartsenposten) en 'vervolgzorg' (bijvoorbeeld aanbieders van wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg en niet-acute ggz) bij de afstemming over de continuïteit van de acute zorg betrokken te worden. Ook deze zorgaanbieders moeten ingevolge artikel 8A.2, tweede lid, in het regionaal overleg acute zorgketen afspraken maken ter realisering van het doel van het regionaal overleg.

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

⁶ Kamerstukken II 2018/19, 31 016, nr. 181.



In dit kader is van belang dat de zorgverzekeraars op verzoek van VWS zorg hebben gedragen voor regionale coördinatiepunten die een actueel inzicht bieden in de capaciteit van de diverse vormen van vervolgzorg⁷. Dit inzicht kan worden betrokken bij het maken van afspraken in het regionaal overleg acute zorgketen over uitstroom naar de vervolgzorg.

7. Afspraken over continuïteit van zorg bij plannen om het aanbod van acute zorg te beëindigen of op te schorten

Goede afspraken over continuïteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg zijn in het bijzonder van belang als een aanbieder van acute zorg plannen heeft om het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te beëindigen of op te schorten. Zulke plannen kunnen samenhangen met het streven van de zorgaanbieder naar de juiste zorg op de juiste plek. Bij de juiste zorg op de juiste plek kunnen drie doelstellingen van belang zijn: het voorkomen van (duurdere) zorg, verschuiving van zorg (dichtbij waar het kan, verder weg waar het moet) en vervanging van traditionele vormen van zorg door meer innovatieve zorgvormen. Dit zal kunnen leiden tot veranderingen in het zorgaanbod, ook in het aanbod van acute zorg. Daarnaast kunnen andere overwegingen ten grondslag liggen aan het opschorten of beëindigen van het aanbod van acute zorg op een bepaalde plek, bijvoorbeeld verhuizing of financiële of personele argumenten.

Acute zorg moet onder alle omstandigheden beschikbaar en bereikbaar zijn. Als de acute zorg ergens wordt beëindigd of opgeschort, leidt dit in de samenleving dan ook regelmatig tot vragen en zorgen. Het is daarom belangrijk dat besluitvormingsprocessen die raken aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg zorgvuldig verlopen en dat de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg geborgd blijven.

Deze amvb zorgt ervoor dat de Inspectie gezondheidszorg en jeugd (hierna: IGJ) toezicht kan houden op het verloop van besluitvormingsprocessen over het aanbod van acute zorg en op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg na een beëindiging of opschorting. Ook wordt in deze amvb geregeld dat collega zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij de besluitvorming van de zorgaanbieder betrokken moeten worden, opdat al deze betrokkenen samen goede afspraken kunnen maken over de continuïteit van de zorg. Via het regionaal overleg acute zorgketen zijn ook GGD en GHOR betrokken bij afspraken over de continuïteit van zorg bij een voorgenomen beëindiging of opschorting van aanbod van acute zorg. Inwoners en colleges van burgemeester en wethouders, en de voorzitter van de veiligheidsregio als dit relevant is voor opgeschaalde medische hulpverlening of de infectieziektebestrijding, moeten worden geïnformeerd en betrokken bij de besluitvorming van de aanbieder die aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie wil beëindigen of opschorten. Voor die partijen is het van belang te weten hoe de zorginstelling ervoor staat en wat de toekomstplannen zijn. Het is van belang dat zij hierover mee kunnen praten, hun zorgen kunnen uiten en suggesties kunnen doen. Voor hen is ook van belang dat zij weten wanneer besloten worden tot het eindigen of opschorten van acute zorg op een bepaalde locatie en hoe de continuïteit van het aanbod van acute zorg wordt vormgegeven.

8. Bekostiging activiteiten in het kader van het regionaal overleg

Voor het maken van afspraken die betrekking hebben op de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg vindt op dit moment bekostiging plaats via een beschikbaarheidsbijdrage. Deze beschikbaarheidsbijdrage omvat mede het verwerven van kennis die nodig is voor het maken van zulke afspraken, het bieden van inzicht in capaciteit van zorgaanbieders en het fungeren als kenniscentrum. De netwerken acute zorg (ondersteunende bureaus bij de traumacentra) zijn belast met de organisatie en de voorbereiding van het regionaal overleg acute zorgketen. Met de toenemende druk op de acute zorg worden ook de taken van deze bureaus belangrijker en omvangrijker. Het belang en de kosten van de bureaus nemen daarom toe. De traumacentra ontvangen een beschikbaarheidsbijdrage voor het faciliteren en organiseren van het regionaal overleg acute zorgketen. De NZa kent deze beschikbaarheidsbijdrage toe op basis van een aanvraag van het traumacentrum. Met ingang van 2019 is de beschikbaarheidsbijdrage verhoogd vanwege toegenomen activiteiten. Hiernaast kunnen deelnemers aan het overleg er zelf voor kiezen bepaalde thema's ter hand te nemen of kan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: de minister) (of een andere partij zoals bijvoorbeeld het Zorginstituut) vragen de overlegstructuur te benutten voor het bevorderen van afspraken of het geven van adviezen over andere thema's. Als het gaat om onderwerpen die los staan van de afspraken over beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg, zoals bijvoorbeeld het opzetten van zorgnetwerken ter voorkoming en bestrijding van antibioticaresistentie, ligt eventuele bekostiging van de activiteiten uit andere bron dan de beschikbaarheidsbijdrage voor acute zorgnetwerken voor de hand, bijvoorbeeld

⁷ Zie brief van 4 april 2018, Kamerstukken II 2017/18, 31 765, nr. 316.



omdat in dat geval niet voldaan wordt aan de criteria voor het verlenen van een beschikbaarheidsbijdrage aan acute zorgnetwerken.

Onderhavig besluit wijzigt de bijlage van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG. De wijziging is technisch en heeft geen gevolgen in de praktijk. Er wordt slechts verduidelijkt dat de beschikbaarheidsbijdrage bestaat uit twee onderdelen. Eén voor de coördinatie van traumazorg en het regionaal overleg acute zorgketen en één voor opleiden, trainen en oefenen voor rampen en crises.

9. Regeldruk

In deze amvb worden onder meer regels gesteld met betrekking tot het regionaal overleg acute zorgketen. Daarbij worden de reikwijdte van het regionale overleg en de groep deelnemers aan dat overleg meer in overeenstemming gebracht met de praktijk. Ook worden in deze amvb de bepalingen met betrekking tot acute zorg concreter uitgewerkt dan in de Beleidsregels WTZi 2017 die door deze amvb worden vervangen. In de praktijk zal dan ook nauwelijks sprake zijn van een toename van regeldruk. Uitsluitend in die regio's waar bepaalde partijen nog niet altijd aan tafel zitten, zal sprake zijn van een toename van de tijdsbesteding aan het voorbereiden en bijwonen van overleggen. Aanbieders van acute zorg hebben ook al crisisplannen (ook wel Rampen Opvang Plan genoemd). Ook trainen en oefenen ze om te zorgen dat ze die plannen kunnen uitvoeren als dat nodig is. Nieuw in deze amvb zijn de eisen waaraan moet worden voldaan alvorens tot gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging van de acute zorg kan worden overgegaan.

Kosten van overleg bij voorgenomen opschorting of beëindiging van zorg

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

Kennismemingskosten

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

Op 13 september 2018 heeft het Adviescollege Toetsing Regeldruk advies uitgebracht over een concept van onderhavige amvb. Het Adviescollege concludeert als volgt: 'Nut en noodzaak van de maatregelen zijn duidelijk en adequaat in de toelichting gemotiveerd. Er zijn geen minder belastende alternatieven. Ook zijn de beschrijving en berekening van de gevolgen voor de regeldruk volledig. Daarom is het dictum: het Besluit vaststellen.'

10. Consultatie

a. Internetconsultatie

Internetconsultatie van een concept van onderhavige amvb heeft plaatsgevonden van 28 november 2018 tot en met 23 januari 2019. In het kader van de internetconsultatie zijn 20 reacties ontvangen; 15 daarvan zijn openbaar, 5 zijn niet openbaar. Hieronder worden de belangrijkste opmerkingen uit de internetconsultatie samengevat en wordt aangegeven tot welke aanpassingen de opmerkingen hebben geleid in de artikelen van de amvb of de toelichting.

Een aantal partijen begint de reactie met een waarderende opmerking. Het LNAZ is in algemene zin positief over de inhoud van de amvb en de wettelijke versterking van het regionaal overleg acute zorgketen. Ambulancezorg Nederland (hierna: AZN) staat eveneens positief ten opzichte van de amvb. ActiZ vindt de strekking van de amvb positief. De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (hierna: KNOV) is blij dat de rol van het regionaal overleg acute zorgketen en de verantwoordelijkheden in de concept-amvb expliciet worden gemaakt. Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) vindt de amvb een belangrijke stap in het verbeteren van de benodigde duidelijkheid en balans in de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken partijen. Een advocatenkantoor geeft aan dat het initiatief om voorschriften omtrent de (organisatie van) acute zorg in elke regio vast te leggen in een amvb duidelijkheid schept voor zorgaanbieders over wat van hen wordt verwacht. Dat komt de rechtszekerheid ten goede. Daarnaast zijn in de verschillende reacties over diverse thema's opmerkingen gemaakt en vragen gesteld. Aan de hand van een aantal thema's komen de belangrijkste vragen en opmerkingen hieronder aan de orde.

Een aantal van de naar voren gebrachte punten, (waaronder de agendering en notulen van het



regionaal overleg, de toegang tot dat overleg, het gemandateerd aansluiten bij het overleg, de vertegenwoordiging van huisartsen in het regionaal overleg, de deelname van aanbieders van farmaceutische zorg aan het overleg) betreffen onderwerpen die bij ministeriële regeling zullen worden geregeld. Op die punten wordt nu niet ingegaan, maar de desbetreffende reacties zullen wel worden betrokken bij het opstellen van de ministeriële regeling, welke regeling te zijner tijd voor consultatie zal worden voorgelegd.

Voorzitter regionaal overleg acute zorgketen/doorzettingsmacht

Een aantal organisaties pleit voor een onafhankelijk voorzitter van het regionaal overleg acute zorgketen. Sommige hebben het daarbij over een onafhankelijk voorzitter met beslissingsbevoegdheid. ZN vraagt of de afspraken in het regionaal overleg bindend zijn voor de zorginkoop en vraagt wie doorzettingsmacht heeft.

In de praktijk wordt het regionaal overleg veelal voorgezeten door het traumacentrum. In de toelichting op artikel 8A.2 was opgemerkt dat het de bedoeling was in de ministeriële regeling te bepalen dat het traumacentrum optreedt als voorzitter van het regionale overleg. Het blijkt echter dat er regionale overleggen zijn waarin, met medewerking van het betrokken traumacentrum, sprake is van een onafhankelijke voorzitter. Gezien deze praktijk is het voornemen om in de ministeriële regeling niet voor te schrijven dat het regionaal overleg zal worden voorgezeten door het traumacentrum. Het traumacentrum is op grond van artikel 8A.2 verantwoordelijk voor het organiseren van het regionaal overleg en zal in dat kader ook beslissen over het voorzitterschap.

Wat betreft de doorzettingsmacht wordt opgemerkt dat zorgaanbieders op vrijwillige basis kunnen afspreken dat een ander namens hen bepaalde beslissingen neemt of afspraken maakt. In de amvb of de ministeriële regeling wordt niet een persoon of organisatie aangewezen die namens de betrokken zorgaanbieders beslissingen kan nemen of afspraken kan maken. Zorgaanbieders blijven zelf verantwoordelijk voor het maken van afspraken en het naleven van andere in de amvb geregelde verplichtingen. De doorzettingsmacht ligt uiteindelijk bij de zorgverzekeraars die op basis van de zorgplicht voldoende beschikbare en bereikbare acute zorg moeten inkopen en in onderhandelingen en contracten met zorgaanbieders beslissen bij wie ze welke zorg inkopen tegen welke voorwaarden. De afspraken die worden gemaakt in het regionaal overleg acute zorgketen zijn niet bindend voor de zorginkoop, maar ondersteunen de zorgverzekeraars bij hun inkoop.

Vergadering regionaal overleg acute zorgketen

Er zijn verschillende opmerkingen gemaakt over de vergaderingen van het regionaal overleg acute zorgketen. Dit betreft aspecten die zullen worden geregeld in de ministeriële regeling.

ZN vraagt helderheid over de mate waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars mogen samenwerken in het kader van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) en de Mededingingswet. ActiZ vraagt om guidance van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) over het delen van concurrentiegevoelige informatie.

Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zijn in beginsel vrij om samen te werken⁸. Zo zijn onderlinge afspraken over het verminderen van administratieve lasten, de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en verschillende procesmatige afspraken in principe toegestaan. Wel stelt de Mededingingswet grenzen aan samenwerkingsafspraken die de concurrentie en daarmee keuzemogelijkheden voor patiënten en verzekerden beperken.⁹ Voorkomen moet worden dat partijen concurrentiebeperkende afspraken maken die belangen van patiënten en verzekerden schaden, bijvoorbeeld door onderling hogere prijzen af te spreken, patiënten te verdelen of afspraken die vernieuwing in de weg staan.

In de ministeriële regeling zal worden bepaald over welke onderwerpen afspraken zullen moeten worden gemaakt in het regionaal overleg; deze onderwerpen zullen zodanig zijn dat die niet met zich meebrengen dat afspraken zouden moeten worden gemaakt die in strijd zijn met de Mededingingswet. Het is aan de ACM om toezicht te houden op de naleving van de Mededingingswet. In haar

⁸ Zie ook de antwoorden op vragen van het lid Ploumen, d.d. 28 januari 2019, (2019Z00076).

⁹ Het is binnen de Mededingingswet mogelijk dat samenwerkingsafspraken die weliswaar de mededinging beperken toch zijn toegestaan omdat patiënten en verzekerden met deze samenwerking uiteindelijk beter af zijn. Zo kan het onder omstandigheden zijn toegestaan dat een samenwerking tussen ziekenhuizen (en/of zorgverzekeraars via de zorginkoop) het aanbod van bepaalde complexe zorg op specifieke locaties concentreert indien hierdoor de kwaliteit van zorg aantoonbaar toeneemt, ondanks dat keuzemogelijkheden (en de mededinging) wellicht worden beperkt.



toezicht stelt de ACM de belangen van patiënten en verzekerden centraal.¹⁰

In dit kader wordt nog opgemerkt dat de ACM op 7 november 2019 een beleidsregel heeft uitgebracht, waarin de ACM de uitgangspunten formuleert voor haar toezicht op afspraken over het verplaatsen van zorg in het kader van de beoogde transformatie naar de 'juiste zorg op de juiste plek'.¹¹ Partijen die vragen hebben over een concrete samenwerking bij regionale herschikking kunnen contact opnemen met de ACM.

KBO-PCOB mist in de amvb de betrokkenheid van cliënten, patiënten en senioren. Het traumacentrum kan organisaties van cliënten, patiënten en senioren uitnodigen voor de vergadering, als er een onderwerp op de agenda staat dat deze groepen raakt. Uiteraard worden alle afspraken gemaakt met het oog op de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de zorg voor degenen die zorg nodig hebben. Omdat het veelal gaat over de organisatie van de zorg, wordt het niet aangewezen geacht om deze organisaties voor alle overleggen uit te nodigen. Bestaat er een voornemen om op een locatie het aanbod van acute zorg in bijvoorbeeld een SEH of een HAP te sluiten, dan moeten bewoners uit de omgeving de kans krijgen hun zorgen te uiten en suggesties te doen. De verantwoordelijke zorgaanbieders moeten dan ook kunnen laten zien hoe zij deze zorgen en suggesties hebben meegewogen in hun besluit.

ZN dringt erop aan dat de inspanningsverplichting om tot afspraken te komen in het regionaal overleg acute zorgketen wordt vervangen door een resultaatsverplichting. Mede naar aanleiding van de door de IGJ uitgevoerde toets en de opmerking van ZN, is in de amvb bepaald dat de betrokken partijen afspraken moeten maken en die ook na moeten leven (resultaatsverplichting). Over die afspraken zullen in de ministeriële regeling nadere regels worden gesteld. In dit verband wordt opgemerkt dat de zorgverzekeraars in het kader van hun zorgplicht de eindverantwoordelijkheid hebben voor het realiseren van de inkoop van acute zorg met inachtneming van de bereikbaarheidsnormen. In artikel 8A.2, eerste lid, is daarmee rekening gehouden door het 'bewerkstelligen' van de acute zorg binnen de betrokken normen niet als een eindverantwoordelijkheid van de zorgaanbieders te regelen, maar te bepalen dat de zorgaanbieders door middel van hun afspraken 'bevorderen' dat een persoon die binnen die regio acute zorg nodig heeft, die zorg tijdig ontvangt van een zorgaanbieder die daarvoor voldoende is toegerust en over de voor die zorg noodzakelijke deskundigheid beschikt.

ZN vindt het ook van belang dat de afspraken leiden tot goede en doelmatige zorg. Inderdaad is het erg belangrijk dat de acute zorg goed en doelmatig is. De verplichting om goede en doelmatige zorg te leveren vloeit reeds voort uit de Wkkgz (artikel 2). Deze amvb gaat over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg. Een doelmatige organisatie van de acute zorg draagt bij aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid daarvan.

Een aantal organisaties merkt op dat het regionaal overleg acute zorgketen niet over de toetsing van de kwaliteit van spoedzorg gaat. In dit kader wordt opgemerkt dat de bepalingen in deze amvb over het regionaal overleg betrekking hebben op de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg en niet gaan over het borgen van de kwaliteit van de zorg die de afzonderlijke zorgaanbieders bieden. Voor het borgen van de kwaliteit is een ander instrument van belang, te weten het – met inzet van LNAZ tot stand gebrachte- Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Indien gewenst kan het regionaal overleg acute zorgketen (en werkgroepen die in dat kader worden georganiseerd) wel benut worden voor het maken van afspraken over kwaliteit.

De Federatie Medisch Specialisten (hierna: FMS) vraagt zich af hoe de taken van het regionaal overleg acute zorgketen zich verhouden tot het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en het Actieplan Acute zorg (de Agenda Acute zorg). Het LNAZ is intensief betrokken bij het opstellen van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en de Agenda Acute zorg. Daarmee is aandacht voor de rol van de ROAZ-en in de beide documenten geborgd. De implementatie van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen wordt besproken in de ROAZ-regio's, de ROAZ-en monitoren hoe het kwaliteitskader in de keten wordt geïmplementeerd. Het ROAZ is geen toezichthouder op de implementatie van het kwaliteitskader door de afzonderlijke zorgaanbieders.

¹⁰ Zie bijvoorbeeld de informele zienswijze van de ACM inzake een samenwerking op het gebied van complexe kankerzorg in de regio Utrecht (<https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/16190/Samenwerking-kankerzorg-drie-ziekenhuizen-regio-Utrecht-goed-voor-patient>).

¹¹ ACM beleidsregel Juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) (<https://www.acm.nl/nl/publicaties/acm-beleidsregel-juiste-zorg-op-de-juiste-plek-jzojp>).



Betrokkenheid aanbieders eerstelijnszorg bij ROAZ en bij voorgenomen sluiting acute zorg

Algemeen

De KNOV kaart in dit kader twee punten aan. Ten eerste is het voor kleine zorgaanbieders ondoenlijk om aan alle vergaderingen deel te nemen wanneer de onderwerpen op hen geen betrekking hebben. Ten tweede mogen eerstelijns partijen niet het probleem van sluitend aanbod van acute zorg op hun bordje krijgen.

Wat het eerste punt betreft, wordt opgemerkt dat het niet de bedoeling is dat kleine zorgaanbieders altijd aan alle vergaderingen moeten deelnemen. Dit zal nader worden uitgewerkt in de ministeriële regeling.

Met betrekking tot het tweede punt dat door de KNOV naar voren is gebracht, wordt erop gewezen dat deze amvb een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 8A.4 die voornemens is aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie (al dan niet tijdelijk) te sluiten, verplicht om daarover tijdig te overleggen met andere betrokken zorgaanbieders. Hieronder vallen zeker ook zorgaanbieders in de eerste lijn, onder andere omdat deze belangrijk zijn als verwijzers; dit is verduidelijkt in de toelichting op artikel 8A.4. Tot op heden was dergelijk overleg niet wettelijk voorgeschreven.

Huisartsen

LNAZ en een zorgaanbieder wijzen er terecht op dat huisartsen ook overdag, buiten de huisartsenposten om, spoedzorg verlenen. De toelichting is daarop aangepast. De desbetreffende zorgaanbieder wijst er in zijn reactie op dat huisartsen onvoldoende vertegenwoordigd zijn in het regionaal overleg acute zorgketen. In Een wijst erop dat de huisartsenposten niet de vertegenwoordiger zijn van de huisartsen. De Landelijke Huisartsen Vereniging (hierna: LHV) wil dat wordt toegestaan dat huisartsen worden vertegenwoordigd door de LHV huisartsenkring. In de ministeriële regeling zal de deelname van de verschillende zorgaanbieders aan het regionaal overleg acute zorgketen worden geregeld.

Apotheken

De KNMP wijst erop dat niet alleen de dienstapotheken acute zorg leveren, maar dat alle aanbieders van farmaceutische zorg acute zorg leveren. Het LNAZ acht farmaceutische zorg echter ondersteunend aan acute zorg en is van oordeel dat de aanbieders van farmaceutische zorg geen primaire deelnemer aan het regionaal overleg acute zorgketen moeten zijn. In de ministeriële regeling wordt de deelname aan het regionaal overleg acute zorgketen geregeld.

Plicht informeren IGJ en/of NZa bij knelpunten

De KNOV vraagt wat de rollen van de zorgverzekeraar, de NZa en de IGJ zijn wanneer knelpunten niet worden opgelost. Het is de rol van zorgverzekeraars om vanuit hun in de Zvw geregelde zorgplicht te zorgen voor voldoende aanbod van goede acute zorg. Zij moeten voldoende van deze zorg inkopen en uit dien hoofde met zorgaanbieders overleggen hoe voldoende aanbod beschikbaar blijft of kan komen en met hen onderhandelen over wat daar wel of niet voor nodig is. Lukt het in overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet tijdig om tot voldoende aanbod te komen, dan is er een rol voor de NZa. De NZa zal verzocht worden in haar regels op te nemen dat het traumacentrum haar moet informeren als een knelpunt in de beschikbaarheid of de bereikbaarheid van de acute zorg niet wordt opgelost na overleg met de zorgverzekeraars. Het is aan de NZa om te zorgen dat de zorgverzekeraars hun zorgplicht naleven. De NZa heeft daarvoor verschillende instrumenten zoals het geven van een aanwijzing aan zorgverzekeraars.

Als er sprake is van knelpunten in het aanbod van acute zorg, zal dat vrijwel altijd ook de veiligheid en kwaliteit van de acute zorg raken. De IGJ heeft vergelijkbare instrumenten als de NZa, maar dan gericht op zorgaanbieders. In de praktijk zullen NZa en IGJ meestal samen optrekken in het toezicht op de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg.

Het LNAZ en een traumacentrum wijzen erop dat volgens de concept amvb bij knelpunten VWS niet hoeft te worden geïnformeerd. Dat komt omdat er bij knelpunten een wettelijke rol is voor de zorgverzekeraars en de toezichthouders. De minister wordt geïnformeerd door de IGJ, als de IGJ daartoe aanleiding ziet.

Het LNAZ is van mening dat niet het traumacentrum maar de betreffende zorgaanbieder knelpunten zelf moet melden bij de IGJ en/of de NZa. Knelpunten in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg hebben in het algemeen geen betrekking op één specifieke zorgaanbieder, maar worden



veelal veroorzaakt door een tekort aan zorg in de regio als geheel, bijvoorbeeld als gevolg van het onvoldoende tot stand komen van afspraken die de knelpunten verhelpen dan wel voorkomen of onvoldoende inkoop van acute zorg. In deze gevallen ligt het voor de hand dat het traumacentrum de melding doet bij de IGJ, de zorgverzekeraars en zo nodig, op basis van regels van de NZa, de NZa. ZN wijst er hier overigens terecht op dat de zorgverzekeraars niet alle knelpunten kunnen oplossen, zij kunnen immers een zorgaanbieder niet dwingen bepaalde zorg te leveren. Artikel 8A.3 is op dit punt dan ook aangepast.

Ook is de suggestie gedaan om in artikel 8A.3 op te nemen dat de DPG moet worden geïnformeerd bij knelpunten. De DPG is namens de GGD en GHOR echter reeds aanwezig bij het regionaal overleg acute zorgketen (zie paragraaf 2 van deze toelichting) en is uit dien hoofde geïnformeerd over knelpunten.

Sluiting acute zorg en normen voor bereikbaarheid van acute zorg

KBO-PCOB en een burger vragen wie verantwoordelijk is voor een vangnet als acute zorg verdwijnt. De KNOV vraagt wat de rol is van het regionaal overleg acute zorgketen als er geen capaciteit is om een probleem met betrekking tot de 45-minuten norm op te lossen. Wat zijn dan de verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraar en de overheid wordt gevraagd. Een advocatenkantoor vraagt of een aanbieder gedwongen kan worden verlieslatend zorg aan te bieden en wat de meerwaarde is van artikel 8A.4 (als de veiligheid van de cliënten of de zorg in het geding is, vervalt een deel van de verplichtingen).

In artikel 8A.4 van de concept-amvb was geregeld dat de acute zorg alleen (tijdelijk) zou mogen worden gestopt als de zorgaanbieder ervoor had zorg gedragen dat de bereikbaarheidsnormen daardoor niet in gevaar zouden komen; dit verbod gold alleen niet als de veiligheid van de cliënten of de zorg daardoor in gevaar zouden komen. Zoals het advocatenkantoor terecht constateert, kan een zorgaanbieder echter niet gedwongen worden om (verlieslatend) zorg aan te bieden. Om die reden is de verplichting van de zorgaanbieders om te borgen dat de betrokken normen door de sluiting niet in gevaar komen, gewijzigd. De eindverantwoordelijkheid voor het bieden van acute zorg met inachtneming van de bereikbaarheidsnormen, ligt inderdaad bij de zorgverzekeraar. Indien er echter geen zorgaanbod is, zal de zorgverzekeraar het veelal niet in zijn macht hebben om op korte termijn aan de normen te voldoen. Om die reden is gekozen voor een verplichting van 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 de zorgplicht van de zorgverzekeraar met betrekking tot de bereikbaarheid van de acute zorg.

De meerwaarde van artikel 8A.4 is dat een in dat artikel bedoelde zorgaanbieder die overweegt om aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te sluiten onder meer een zeer zorgvuldig besluitvormingsproces moet doorlopen met alle betrokken regionale partijen en binnen de grenzen van de redelijkheid alle noodzakelijke medewerking moet verlenen opdat aan de bereikbaarheidsnormen kan worden voldaan. Ook andere in artikel 8A.1 van deze amvb aangewezen zorgaanbieders moeten zulke medewerking verlenen. De zorgplicht van de zorgverzekeraar blijft altijd leidend, maar ook die kan een zorgaanbieder niet dwingen (verlieslatend) acute zorg aan te bieden. Als ultimum remedium kan de overheid een vangnetstichting oprichten. Maar niet dan nadat er al het mogelijke aan is gedaan door de regionale partijen, aanbieders en zorgverzekeraars, om de acute zorg beschikbaar en bereikbaar te houden voor mensen die die zorg nodig hebben.

Sluiting acute zorg en te informeren partijen

LNAZ en een traumacentrum stellen voor om in de amvb te bepalen dat bij een voorgenomen (tijdelijke) sluiting van het aanbod van acute zorg ook het regionaal overleg acute zorgketen moet worden geïnformeerd.

In dit kader wordt opgemerkt dat het regionaal overleg acute zorgketen geen afzonderlijke entiteit is. Om die reden is geregeld dat het traumacentrum, als organisator van het regionaal overleg, geïnformeerd moet worden. Het moment waarop een traumacentrum geïnformeerd moet worden, zal worden geregeld in de ministeriële regeling. Indien het traumacentrum over de voorgenomen sluiting is geïnformeerd, is het uitgangspunt dat het traumacentrum op korte termijn een regionaal overleg moet laten plaatsvinden; daarover zullen bij ministeriële regeling nadere regels worden gesteld (artikel 8A.2, derde lid, onderdeel e).

KBO-PCOB vraagt om de betrokkenheid van inwoners, met name ook senioren, te regelen en op transparante wijze vorm te geven. De wijze waarop inwoners, waaronder ook senioren, in het besluitvormingsproces rondom een voorgenomen sluiting van aanbod van acute zorg worden betrokken, moet zeker goed geregeld worden. Over de wijze waarop inwoners worden betrokken, zullen in de ministeriële regeling regels worden gesteld. Een zorgaanbieder moet bij zijn besluit aangeven hoe hij bezwaren en suggesties van inwoners heeft meegewogen.



De KNOV wil dat bij een voorgenomen (tijdelijke) sluiting van acute zorg partijen eerder in het proces betrokken worden. In de amvb is dit thans beter geregeld dan in de concept amvb die voorlag voor internetconsultatie. In de ministeriële regeling kunnen ter zake nadere regels worden gesteld.

Crisisplannen

De KNOV stelt dat niet mag worden verwacht dat kleinschalige aanbieders dezelfde soort plannen maken als grote zorgaanbieders zoals ziekenhuizen en pleit ervoor dat de in artikel 8A.5 gestelde eis wordt aangepast naar een gezamenlijk crisisplan met de betrokken ketenpartners per zorgvorm. Uiteraard moet een crisisplan zijn afgestemd op de kenmerken van de betrokken zorgaanbieder zodat het crisisplan van bijvoorbeeld een kleinere zorgaanbieder anders zal zijn dan een crisisplan van een ziekenhuis. De meeste zorgaanbieders die op grond van artikel 8A.5 een crisisplan dienen op te stellen, zijn overigens grotere zorgaanbieders; de betrokken verplichting geldt immers alleen voor zorgaanbieders als bedoeld in de onderdelen a tot en met g van artikel 8A.1; de – vaak kleinere – praktijken van verloskundigen of huisartsen zijn dus niet verplicht om een crisisplan op te stellen. Wat betreft de door de KNOV gedane suggestie van een gezamenlijk crisisplan met betrokken ketenpartners per zorgvorm, wordt opgemerkt dat het denkbaar is dat in een groter verband (bijvoorbeeld van een koepel van zorgaanbieders) een crisisplan wordt opgesteld, dat de afzonderlijke zorgaanbieders aanvaarden als hun crisisplan en waarbij de zorgaanbieders ermee instemmen dat de koepel namens hen het crisisplan aanbiedt aan de DPG. Dit kan uiteraard alleen als dat crisisplan zodanig is dat daarmee voor iedere zorgaanbieder wordt voldaan aan de eisen van artikel 8A.5, tweede lid; dit zal de zorgaanbieder moeten toetsen. Voorts blijven de afzonderlijke zorgaanbieders ervoor verantwoordelijk dat het crisisplan inderdaad aan de DPG wordt aangeboden.

AZN geeft aan het goed te vinden om crisisplannen strakker te regelen, maar vraagt zich af of dat niet beter kan in de amvb op grond van de Wvr. Voor het in artikel 8A.5 bepaalde bestaat geen delegatiegrondslag in de Wvr, zodat de betrokken bepaling reeds om die reden niet is opgenomen in het op de Wvr gebaseerde Besluit veiligheidsregio's. In dit verband is verder van belang dat de crisisplannen niet alleen betrekking moeten hebben op de door de betrokken zorgaanbieder in het kader van de rampenbestrijding en crisisbeheersing gemaakte afspraken als bedoeld in de Wvr, maar tevens op 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. Dit laatste staat los van de afspraken die zijn gemaakt in het kader van de rampenbestrijding en crisisbeheer, bedoeld in de Wvr. Beide aspecten zijn echter van groot belang voor de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg, waar deze amvb betrekking op heeft. Hetzelfde geldt voor de in artikel 8A.5, derde lid, opgenomen verplichting voor de betrokken zorgaanbieders om daadwerkelijk de noodzakelijke voorbereidende activiteiten uit te voeren. Een belangrijk element is voorts dat over de crisisplannen afstemming plaatsvindt met andere zorgaanbieders in de regio. Het regionaal overleg acute zorgketen is bij uitstek het gremium om daarover afspraken te maken.

Een traumacentrum vindt dat de tijd die het vergt om crisisplannen te maken beter benut kan worden om de instelling langer open te laten om een betere transitie naar een andere instelling voor te bereiden. Het opstellen van een crisisplan in overleg met regionale partners is juist bedoeld om te zorgen dat in een tijd van crisis een goede transitie kan plaatsvinden. In dit verband wordt opgemerkt dat de crisisplannen, bedoeld in artikel 8A.5, niet zijn bedoeld om tot stand te brengen op het moment dat een zorgaanbieder de activiteiten tijdelijk of permanent moet staken. Veel zorgaanbieders beschikken reeds over een crisisplan. Ten behoeve van de zorgaanbieders die nog niet over een crisisplan beschikken, zal een implementatieperiode van circa zes maanden in acht worden genomen (verwezen wordt naar de toelichting op artikel III).

Regeldruk en bekostiging

Het LNAZ wijst op de ondersteunende rol van de bureaus bij de traumacentra. Aan paragraaf 7 is een alinea toegevoegd over de rol van de bureaus.

De bureaus van de traumacentra worden weer ondersteund door het bureau van het LNAZ. Uiteraard brengen deze bureaus kosten met zich mee. Het LNAZ wijst er in het kader van de regeldruk op dat er nieuwe partijen gaan deelnemen aan het regionaal overleg acute zorgketen en dat van het overleg meer en nieuwe activiteiten worden verwacht, hetgeen zal leiden tot een toename van kosten. Ook de toenemende drukte in de acute zorg vergt extra activiteiten van de ondersteunende bureaus. De NZa doet onderzoek naar de betrokken kosten.



b. Informele voorhang

Een ontwerp van dit besluit is informeel voorgehangen bij de Tweede Kamer.¹² Naar aanleiding van die voorhang zijn door de Tweede Kamer vragen en opmerkingen naar voren gebracht die bij brief van 11 februari 2019 zijn beantwoord.¹³ In dat kader is in dit besluit verduidelijkt dat als een zorgaanbieder sluiting van het aanbod van acute zorg overweegt, het overleg met verzekeraars en zorgaanbieders voorafgaand aan de besluitvorming moet plaatsvinden en dat ook het lokale bestuur tijdig moet worden betrokken en de communicatie met inwoners tijdig, voorafgaand aan de besluitvorming moet plaatsvinden.

Een tweede ontwerp van dit besluit is nogmaals informeel voorgehangen bij de Tweede Kamer en Eerste Kamer.¹⁴ Naar aanleiding van die voorhang zijn door de Tweede Kamer vragen en opmerkingen naar voren gebracht die zijn beantwoord.¹⁵ Op 5 november 2020 heeft vervolgens een plenair VSO plaatsgevonden over onder meer de onderhavige amvb. Tijdens dat plenair VSO is door het lid Van den Berg een motie ingediend die tot doel heeft te borgen dat andere zorgaanbieders, regionale en lokale besturen en inwoners bij structurele aanpassingen van het aanbod van acute zorg tijdig worden geconsulteerd.¹⁶ Deze motie is aangenomen. Aan deze motie wordt uitvoering gegeven door middel van artikel 8A.4, eerste lid, onderdelen c, d, e en f, van deze amvb en de uitwerking van die onderdelen in de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 8A.4, derde lid. Verwezen wordt naar de artikelsgewijze toelichting op artikel 8A.4.

Bij de behandeling van de begroting van VWS voor 2021 is door de leden Van den Berg en Veldman een motie ingediend waarin wordt verzocht de amvb zodanig aan te passen dat voor het aanpassen van het aanbod van farmaceutische zorg in de avond, de nacht en op zondag geldt dat dit pas mag nadat zorgaanbieders in de keten tijdig geconsulteerd zijn.¹⁷ Aan deze motie is uitvoering gegeven door de aanbieders van deze farmaceutische zorg toe te voegen aan artikel 8A.4, eerste lid.

11. Toetsen

a. Toezicht- en handhavingstoets Inspectie gezondheidszorg en jeugd

De IGJ is op grond van artikel 24 Wkkgz belast met het toezicht op het bepaalde bij en krachtens deze amvb. De handhavinginstrumenten op overtreding van het bepaalde bij en krachtens deze amvb zijn geregeld in de artikelen 27, 29 en 30 Wkkgz. Dit handhavinginstrumentarium wordt op gepaste en proportionele wijze ingezet. Indien een zorgaanbieder in de naleving van de verplichtingen tekort schiet, kan aan de zorgaanbieder op grond van artikel 27 Wkkgz een aanwijzing of bevel worden gegeven. Op grond van artikel 29 Wkkgz kan worden overgegaan tot het opleggen van een last onder dwangsom om alsnog naleving af te dwingen. Op grond van artikel 30 Wkkgz kan een bestuurlijke boete worden opgelegd ter zake van een handelen of nalaten in strijd met het bepaalde bij of krachtens artikel 3a Wkkgz.

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

Zo heeft de IGJ verzocht om de in artikel 8A.2 opgenomen inspanningsverplichting om afspraken te maken, in de toelichting nader te concretiseren. De inspanningsverplichting is vervangen door een resultaatsverplichting, waardoor de door de IGJ bedoelde onduidelijkheid wordt ondervangen.

De IGJ heeft verder opgemerkt dat de in artikel 8A.4, eerste lid, opgenomen inspanningsplicht om onzekerheid te voorkomen bij de inwoners uit de omgeving, moeilijk handhaafbaar is omdat een ruime interpretatie niet te weerleggen zal zijn. De IGJ verzocht om de betrokken inspanningsverplichting te vervangen door de verplichting om 'inwoners uit de omgeving die belang hebben bij de door de zorgaanbieder geboden spoedeisende zorg te informeren over de voorgenomen beëindiging of opschorting, achterliggende reden(en) en gevolgen'. Het voorstel van de IGJ is niet overgenomen, omdat het uitsluitend informeren van de inwoners in bepaalde situaties niet toereikend wordt geoordeeld. Zoals in de toelichting op artikel 8A.4 is opgemerkt, hangt de wijze waarop invulling moet worden gegeven aan de betrokken inspanningsverplichting af van de inhoud en de omvang van de voorgenomen opschorting of beëindiging. In geval van beëindiging van (een belangrijk deel van) de acute zorg ligt het organiseren van een bijeenkomst in de rede (dit gaat dus verder dan uitsluitend informeren). Om tegemoet te komen aan de bezwaren van de IGJ is aan artikel 8A.4 de mogelijkheid

¹² Kamerstukken II 2018/19, 29 247, nr. 264.

¹³ Kamerstukken II 2018/19, 29 247, nr. 268.

¹⁴ Bijlage bij Kamerstukken I 2019/20, 34 768, nr. D.

¹⁵ Kamerstukken II 2019/20, 29 247, nr. 312.

¹⁶ Kamerstukken II 2020/21, 29 247, nr. 322.

¹⁷ Kamerstukken II 2020/21, 35 570 XVI, nr. 121.



toegevoegd om bij ministeriële regeling nadere regels te stellen over de uitvoering van het betrokken artikelonderdeel.

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

Uit de op dat moment voorliggende formulering van artikel 8A.3 leidde de IGJ af dat het mogelijk was slechts één van de betrokken actoren te informeren over knelpunten in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg, terwijl een specifiek knelpunt voor meer actoren relevant zou kunnen zijn. De IGJ gaf er de voorkeur aan over alle knelpunten met betrekking tot beschikbaarheid en bereikbaarheid te worden geïnformeerd. In de nieuwe formulering van het artikel staat dat IGJ moet worden geïnformeerd over dergelijke knelpunten voor zover die knelpunten van belang kunnen zijn voor de uitvoering van de taken van deze organisatie. Dit laat onverlet dat, zoals ook in de toelichting is opgemerkt, een knelpunt in de acute zorg vrijwel altijd de veiligheid en de kwaliteit van de acute zorg zal raken. In de praktijk zal een knelpunt dus veelal aan de IGJ moeten worden gemeld. Het traumacentrum doet er goed aan om in geval van twijfel of een knelpunt de taken van de IGJ raakt, hierover contact op te nemen met de IGJ.

b. Uitvoerings- en handhaafbaarheidstoets door NZa

Op 28 februari 2020 heeft de NZa een uitvoeringstoets uitgebracht. De NZa acht de informatieplicht voor zorgaanbieders bij een voorgenomen beëindiging of opschorting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie bij de NZa niet proportioneel. Zorgverzekeraars moeten de NZa immers al bij dreigende financiële of organisatorische kwetsbaarheden in de zorg vroegtijdig informeren. De plicht voor zorgaanbieders leidt volgens de NZa tot onduidelijkheid in taakverdeling en onnodige administratieve lasten. Als alternatief stelt de NZa voor dat zorgaanbieders verplicht worden om de NZa te informeren als knelpunten in de beschikbaarheid of bereikbaarheid van de acute zorgketen ook niet worden opgelost na overleg met de betreffende zorgverzekeraar. Mocht de informatieplicht toch gehandhaafd worden, dan stelt de NZa als voorwaarde dat zij zelf de naleving van deze informatieplicht kan handhaven.

Naar aanleiding van het advies van de NZa is de amvb aangepast. Hoewel het vroegtijdig op de hoogte brengen van de NZa van een voorgenomen opschorting of beëindiging van acute zorg van belang wordt geacht, is deze informatieverplichting niet meer in onderhavige amvb opgenomen. De NZa kan hier immers zelf, op grond van artikel 62 Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg), regels over stellen. Daarbij wordt van belang geacht dat de zorgaanbieder de NZa informeert op een zodanig moment dat de NZa de gelegenheid heeft vinger aan de pols te houden richting de zorgverzekeraars in een fase waarin nog goede afspraken mogelijk zijn met het oog op de naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraars en continuïteit van zorg voor de patiënt. Wanneer de NZa hierover regels stelt op grond van de Wmg, kan de NZa deze informatieplicht ook handhaven.

Om dezelfde reden is naar aanleiding van de toets van de NZa ook de verplichting geschrapt voor het traumacentrum om de NZa te informeren over knelpunten die na overleg met de zorgverzekeraars niet zijn opgelost (artikel 8A.3). Daarnaast is de verplichting om het continuïteitsplan door de zorgaanbieder aan de NZa te sturen, geschrapt. De NZa wordt verzocht om regels te stellen ten aanzien van de drie genoemde informatieplichten voor zorgaanbieders.

De wijziging van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG acht de NZa uitvoerbaar. Naar aanleiding van de toets van de NZa is de kop van onderdeel 5.a van bijlage B bij het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG tekstueel aangepast.

c. Fraudetoets

De fraudetoets is uitgevoerd. Daarbij is met name gekeken naar de fraudemogelijkheden ten aanzien van de beschikbaarheidsbijdrage. Met ingang van 2019 is de maximale beschikbaarheidsbijdrage per traumacentrum voor de coördinatie van traumazorg en het regionaal overleg acute zorgketen verhoogd vanwege de intensivering van de activiteiten in het kader van het regionaal overleg acute zorgketen, in afwachting van de resultaten van een kostenonderzoek door de NZa. In het aanvraagformulier omschrijft het traumacentrum voor welke taken en activiteiten een beschikbaarheidsbijdrage wordt aangevraagd en wat de begrote kosten voor deze taken en activiteiten zijn. Ten behoeve van de vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage omschrijft het traumacentrum welke van de taken en activiteiten waarvoor de beschikbaarheidsbijdrage is verleend, zijn uitgevoerd, en wat de gerealiseerde kosten daarvan zijn. Substitutie tussen kosten van activiteiten is toegestaan, mits de activiteiten



onderdeel zijn van de verlening en zijn uitgevoerd. De NZa beoordeelt de aanvraag voor de vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage. Gezien dit systeem geeft onderhavige amvb geen (nieuwe) fraudemogelijkheden, zo bevestigen ook Zorgverzekeraars Nederland, de NZa, het LNAZ en de IGJ.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

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

Onderdeel B

Artikel 8A.1

In dit artikel zijn de categorieën van zorgaanbieders aangewezen ten aanzien waarvan op grond van artikel 3a Wkkgz bij of krachtens deze amvb eisen worden gesteld over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg alsmede de voorbereiding op de verlening van die zorg. Een aantal van de aangewezen categorieën maakt deel uit van wat in de praktijk vaak de 'acute zorgketen' wordt genoemd (bijvoorbeeld traumacentra, ziekenhuizen met een SEH of afdeling acute verloskunde, HAP's). Een aantal andere categorieën zorgaanbieders verleent wellicht in een aantal gevallen acute zorg als omschreven in artikel 1.1, maar zij verlenen vooral zorg die van belang is om een onnodig beroep op deze acute zorg te voorkomen. Het gaat hierbij om zorg die een onnodige instroom in de acute zorg kan voorkomen dan wel een goede uitstroom uit de acute zorg kan bevorderen. Voorbeelden hiervan zijn aanbieders van wijkverpleging, eerstelijnsverblijf en Wlz-zorg.

Wat betreft onderdeel b (aanbieders van medisch specialistische zorg die acute zorg verlenen, anders dan traumacentra) wordt opgemerkt dat hieronder niet alleen de ziekenhuizen vallen die beschikken over een SEH of een afdeling acute verloskunde, maar ook ziekenhuizen die beschikken over een spoedpoli of een spoedpost.

Met betrekking tot de GGD'en wordt opgemerkt dat dit zorgaanbieders zijn in de zin van de Wkkgz, en dat zij vertegenwoordigd worden door de DPG, die niet alleen de leiding heeft over de GGD, maar tevens de leiding heeft over de GHOR.

Artikel 8A.2

Eerste lid

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

Tweede lid

In het tweede lid is voor zorgaanbieders die behoren tot een in artikel 8A.1 aangewezen categorie, de



verplichting opgenomen om afspraken als vorenbedoeld te maken. Indien een partij het maken van afspraken belemmert, kunnen andere partijen dit signaleren tijdens de regionale overleggen. Dit kan voorts worden gesignaleerd richting de IGJ.

Ingevolge het tweede lid zijn de betrokken zorgaanbieders tevens verplicht om de door hen gemaakte afspraken na te komen. De IGJ kan hier op basis van signalen alsmede zo nodig op basis van de verslagen van de vergaderingen op toezien.

Derde lid

Op grond van het derde lid zullen bij ministeriële regeling nadere regels worden gesteld over de uitvoering van het eerste lid. De op grond van het derde lid te stellen regels kunnen voor de verschillende categorieën van aanbieders verschillend zijn. Dit vloeit voort uit artikel 3a van de wet.

Vanwege het grote belang dat bijvoorbeeld bepaalde systemen tot stand komen en specifieke (bereikbaarheids)normen worden gehaald, zullen op grond van onderdeel a bij ministeriële regeling nadere regels worden gesteld over de in het eerste lid bedoelde afspraken. Verwezen wordt naar hetgeen hierover in paragraaf 5 van het algemeen deel van deze toelichting is opgemerkt. Het traumacentrum is als organisator van het regionaal overleg onder meer verantwoordelijk voor het uitnodigen van de deelnemers.

Op grond van het derde lid, onderdeel b, zal in de ministeriële regeling worden bepaald welke zorgaanbieders in welke gevallen door het traumacentrum in ieder geval moeten worden uitgenodigd. Het is niet de bedoeling dat alle zorgaanbieders die behoren tot de in artikel 8A.1 aangewezen categorieën standaard voor alle vergaderingen moeten worden uitgenodigd. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen categorieën die altijd moeten worden uitgenodigd en categorieën die moeten worden uitgenodigd als er een onderwerp wordt besproken dat hen raakt. Het voornemen is om voorts in de ministeriële regeling te bepalen dat zorgverzekeraars voor iedere vergadering moeten worden uitgenodigd. Dit in verband met de zorgplicht die de zorgverzekeraar heeft op grond van artikel 11 Zvw. Deze zorgplicht geldt onverkort voor de acute zorg. Zoals opgemerkt in paragraaf 3 van het algemeen deel van deze toelichting brengt het bepaalde in deze amvb op geen enkele manier wijziging in die zorgplicht, maar zullen de bij of krachtens deze amvb geregelde verplichtingen tot afstemming, samenwerking, het maken van afspraken, medewerking en het verschaffen van informatie, wel in belangrijke mate ondersteunend zijn voor zorgverzekeraars voor het voldoen aan hun zorgplicht. Voor een goede bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg in de praktijk is het van belang dat de zorgverzekeraars zoveel als mogelijk zijn aangesloten en betrokken. De zorgplicht vergt een regierol van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar wordt geacht vanuit zijn zorgplicht proactief te zijn en knelpunten te voorkomen en op te lossen en niet af te wachten tot zorgaanbieders met afspraken komen over het inzicht in de beschikbaarheid van acute zorg of over maatregelen die nodig zijn om de acute zorg bereikbaar te houden binnen de tijdsnormen. Door de zorgverzekeraars standaard uit te nodigen, kunnen de zorgverzekeraars op de hoogte zijn van de voortgang, de gemaakte afspraken, en de nakoming daarvan. In het kader van de ministeriële regeling zal worden bezien welke zorgverzekeraars moeten worden uitgenodigd.

In de ministeriële regeling zal worden bepaald dat de GHOR wordt uitgenodigd voor een regionaal overleg acute zorgketen. Daarnaast zal in de regeling worden bepaald dat ook andere organisaties moeten worden uitgenodigd als er een onderwerp is geagendeerd dat hen direct raakt. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan gemeenten, patiëntenorganisaties, Wlz-uitvoerders of politie.

Op grond van artikel 8A.2, derde lid, onderdeel c, zal in de ministeriële regeling worden bepaald welke zorgaanbieders in welke gevallen verplicht zullen zijn om deel te nemen aan een vergadering van het regionaal overleg. Om onnodige lasten te voorkomen zal daarbij tevens worden bepaald dat zorgaanbieders zich kunnen laten vertegenwoordigen. Wat betreft de GGD is het voornemen om te bepalen dat deze dienst in elk geval wordt vertegenwoordigd door de DPG. De DPG van de GGD geeft op grond van artikel 32 Wvr leiding aan de GHOR en vertegenwoordigt daarmee ook de GHOR als onderdeel van de veiligheidsregio in het regionaal overleg acute zorgketen. De aanwezigheid van de DPG zorgt voor een verbinding van het regionaal overleg acute zorg met de publieke gezondheidszorg en de opgeschaalde acute hulpverlening bij rampen en crises. De DPG adviseert zorgaanbieders over de voorbereiding op rampen en crises, draagt zorg voor afstemming van de planvorming tussen zorg en veiligheid, zorgt dat hij inzicht heeft in de mate van voorbereiding van de zorgaanbieders op rampen en crises en legt verbindingen met het openbaar bestuur.

Voorts kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat degenen die namens een zorgaanbieder deelnemen aan het overleg, daartoe voldoende mandaat moeten hebben zodat ook daadwerkelijk afspraken kunnen worden gemaakt waaraan een zorgaanbieder gebonden is.

Gezien de reikwijdte van de Wkkgz kunnen alleen zorgaanbieders en niet bijvoorbeeld politie of zorgverzekeraars, worden verplicht om aan een vergadering van het regionaal overleg deel te nemen. Het is echter evident dat in ieder geval van zorgverzekeraars, gezien hun wettelijke zorgplicht, verwacht mag worden dat zij gebruik zullen maken van de mogelijkheid om bij de vergadering van het



regionaal overleg vertegenwoordigd te zijn. Dit bevordert een goede relatie tussen de afspraken die worden gemaakt in het regionaal overleg en de zorginkoop.

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

In artikel 8A.2, derde lid, onderdeel e, is bepaald dat bij ministeriële regeling regels worden gesteld over een verplichting van een traumacentrum om, na het ontvangen van de in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel b, bedoelde informatie over een voorgenomen sluiting, op korte termijn een regionaal overleg te organiseren waarin de verschillende deelnemers met elkaar de in dat kader noodzakelijke afspraken maken. Hierover zullen in de ministeriële regeling regels worden gesteld. De reden om een traumacentrum in beginsel te verplichten in zodanig geval op korte termijn een regionaal overleg te organiseren, is dat bij een (tijdelijke) sluiting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie, de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in de regio geborgd moeten zijn. Overigens kan in de ministeriële regeling tevens worden geregeld dat het traumacentrum in bepaalde gevallen niet verplicht is om, na het ontvangen van de informatie als bedoeld in artikel 8A.4, een regionaal overleg te organiseren; proportionaliteit, uitvoerbaarheid en noodzaak zullen hierbij uitgangspunten zijn. Te denken valt aan het geval dat een zorgaanbieder tijdelijk gedeeltelijk moet sluiten in verband met een verbouwing.

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

Naast de krachtens het derde lid te stellen regels, kunnen de deelnemers aan de regionale overleggen acute zorgketen uiteraard ook zelf afspraken maken over hoe de besluitvorming in hun overleg over verschillende onderwerpen vorm krijgt.

Artikel 8A.3

Het is, ondanks de verplichtingen van de zorgaanbieders, niet uitgesloten dat er knelpunten zijn in de beschikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg welke niet worden opgelost in het regionaal overleg. Op grond van artikel 8A.3 is het traumacentrum gehouden om de IGJ en bij ministeriële regeling aan te wijzen zorgverzekeraars over niet opgeloste knelpunten te informeren, indien dit van belang is voor hun respectievelijke taken. Het traumacentrum dient te bezien of sprake is van een knelpunt dat de taken van de IGJ of de zorgverzekeraars raakt. Als sprake is van een knelpunt dat de taken van zowel de IGJ als de taken van zorgverzekeraars raakt, zal het traumacentrum hen alle op de hoogte moeten stellen. In geval van twijfel doet het traumacentrum er goed aan hierover contact op te nemen met de betrokken organisaties en een en ander te bespreken. In dit kader wordt opgemerkt dat een knelpunt in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg vrijwel altijd de veiligheid en de kwaliteit van de acute zorg zal raken en dus aan de IGJ zal moeten worden gemeld.

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



Naast de verplichting om te melden bij de IGJ en de zorgverzekeraar op grond van artikel 8A.3, is het natuurlijk ook mogelijk om anderen te informeren over knelpunten in de beschikbaarheid of bereikbaarheid. Als dat voor de beschikbaarheid van de acute zorg nuttig wordt geacht kan het traumacentrum bijvoorbeeld een Wlz-uitvoerder informeren over de beschikbaarheid van vervolgzorg. De gemeente kan geïnformeerd worden over een knelpunt met gevolgen voor de acute zorg als dat (mede) samenhangt met de taak van de gemeente met betrekking tot preventie, maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp. Via de aanwezigheid van de DPG in het regionaal overleg acute zorgketen zijn GGD en GHOR geïnformeerd over (niet opgeloste knelpunten) in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg.

Artikel 8A.4

Dit artikel heeft betrekking op het geheel of gedeeltelijk beëindigen of opschorten van het aanbieden van acute zorg op een bepaalde locatie. Van een gedeeltelijke opschorting of gedeeltelijke beëindiging is bijvoorbeeld sprake als het aantal behandelplaatsen tijdelijk, onderscheidenlijk definitief, wordt verminderd maar er overigens nog wel een deel van de betrokken acute zorg op de locatie blijft geboden. Een ander voorbeeld van een gedeeltelijke opschorting of gedeeltelijke beëindiging is de situatie waarin de openingstijden voor het verlenen van de betrokken acute zorg op een locatie tijdelijk of blijvend worden ingeperkt. Indien de acute zorg op de betrokken locatie tijdelijk of definitief geheel wordt gesloten, is sprake van een gehele opschorting, onderscheidenlijk gehele beëindiging. Om misverstanden te voorkomen wordt opgemerkt dat geen sprake is van een opschorting of beëindiging in geval van zogenaamde 'stops' op SEH's. Er is sprake van een 'stop' als er een zodanige toestroom is van patiënten dat de SEH aan de grenzen van zijn capaciteit zit; in dat geval kunnen niet alle patiënten terecht op de SEH, maar zullen patiënten in levensbedreigende situaties wel worden geholpen. Er is dan dus geen sprake van het beëindigen of opschorten van de acute zorg, maar van het volledig in gebruik zijn van de beschikbare capaciteit.

De in artikel 8A.4 opgenomen eisen voor het sluiten van de acute zorg op een bepaalde locatie gelden voor traumacentra, aanbieders van medisch specialistische zorg die acute zorg verlenen (dit betreft zorg door bijvoorbeeld een afdeling SEH of afdeling acute verloskunde, maar ook de acute zorg op een spoedpoli of spoedpost valt hieronder), huisartsenposten, aanbieders van acute ggz en apotheken die in de avond, de nacht en zondag farmaceutische zorg aanbieden.¹⁸ Er kunnen verschillende redenen zijn voor deze zorgaanbieders in de acute zorgketen om te besluiten de door hen geboden acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk op te schorten of te beëindigen. Dit kan bijvoorbeeld plaatsvinden in het kader van een fusie of ontwikkelingen in kwaliteitsnormen, maar ook in situaties waarin uitsluitend omstandigheden binnen de betrokken zorgaanbieder een rol spelen, zoals bijvoorbeeld personeelstekorten of financiële problemen. Het overleg met een of meer zorgverzekeraars kan eveneens aanleiding zijn tot een opschorting of een beëindiging. Ook als het aanbod van acute zorg (tijdelijk) verplaatst wordt naar een andere locatie, is sprake van opschorting of beëindiging van het aanbod van acute zorg op een locatie.

Eerste lid

De in het eerste lid opgenomen voorwaarden betreffen de zorgvuldige (besluitvormings)procedure die gevolgd moet worden door de in artikel 8A.4 bedoelde zorgaanbieder die een sluiting op een bepaalde locatie overweegt. Deze procedure moet ook worden gevolgd als de bereikbaarheidsnormen door de sluiting niet in gevaar komen. Als algemene eis is opgenomen dat de zorgaanbieder in geval van een voorgenomen sluiting een zorgvuldige besluitvormingsprocedure moet volgen waarbij de belangen van cliënten, inwoners, andere zorgaanbieders, gemeenten en de veiligheidsregio worden meegewogen. Vervolgens is geregeld waaraan de zorgaanbieder daartoe in elk geval moet voldoen. Hierdoor is duidelijk dat de zorgaanbieder niet zonder meer kan volstaan met het afvinken van een lijstje met actiepunten. De zorgaanbieder zal altijd moeten nadenken over hetgeen in de concrete situatie wellicht nog meer nodig is voor een zorgvuldige besluitvormingsprocedure, waarin alle betrokken belangen worden meegewogen.

Een belangrijke voorwaarde waar de zorgaanbieder in ieder geval aan moet voldoen, is neergelegd in onderdeel a van het eerste lid. Dit behelst de verplichting voor een in artikel 8A.4 bedoelde zorgaanbieder om de IGJ tevoren schriftelijk of elektronisch te informeren. Het is van belang dat de IGJ in een vroeg stadium wordt geïnformeerd, opdat zij zich tijdig een beeld kan vormen van de wijze waarop de zorgaanbieder, in samenspraak met zorgverzekeraars en andere ketenpartners, stuurt op risico's met betrekking tot kwaliteit, veiligheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg, die voortvloeien uit de potentiële beëindiging of opschorting. Ook kan de IGJ op deze wijze tijdig vaststellen of de zorgaanbieder aan de overige verplichtingen van dit artikel voldoet en zo nodig ingrijpen. Zo kan de IGJ

¹⁸ Nu de continuïteit van de acute zorg door GGD'en en de Regionale Ambulancevoorzieningen is geborgd in de Wet publieke gezondheid, onderscheidenlijk de Wet ambulancezorgvoorzieningen, is het eerste lid niet van toepassing op die voorzieningen.



bijvoorbeeld nagaan bij de zorgaanbieder of het overleg met de andere zorgaanbieders en de betrokken zorgverzekeraar(s) tijdig wordt gestart.

Het moment waarop de zorgaanbieder de IGJ moet informeren zal worden geregeld krachtens het derde lid. Krachtens het derde lid kunnen over het informeren van de IGJ bij ministeriële regeling ook andere regels worden gesteld (bijvoorbeeld over de bij het informeren te verstrekken gegevens).

Naast de IGJ zal ook het traumacentrum moeten worden geïnformeerd over een eventuele beëindiging of opschorting van de zorg (eerste lid, onderdeel b); in de ministeriële regeling zal worden geregeld dat het traumacentrum vervolgens in beginsel (afhankelijk van de ingrijpendheid van de sluiting) op korte termijn een regionaal overleg moet beleggen om te bevorderen dat er afspraken komen over de continuïteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg. Over het tijdstip waarop het traumacentrum moet worden geïnformeerd kunnen bij de ministeriële regeling, bedoeld in het derde lid, regels worden gesteld. Als de patiënten van de zorgaanbieder die (tijdelijk) het aanbod van acute zorg wil sluiten in belangrijke mate in meer dan één regio wonen, dienen de traumacentra van alle betreffende regio's te worden geïnformeerd.

Voorts zal de zorgaanbieder die de acute zorg overweegt te beëindigen of op te schorten, moeten overleggen met zorgverzekeraars en met andere zorgaanbieders binnen de regio('s) voor wie de sluiting gevolgen kan hebben (eerste lid, onderdeel c).

Wat betreft het overleg met andere zorgaanbieders wordt opgemerkt dat een opschorting of beëindiging gevolgen kan hebben voor zorgaanbieders in meerdere regio's; de zorgaanbieder die de zorg geheel of gedeeltelijk overweegt te beëindigen of op te schorten zal moeten overleggen met alle zorgaanbieders voor wie de voorgenomen beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben. Het overleg met de andere zorgaanbieders (waaronder bijvoorbeeld huisartsen en verloskundigen) is gericht op het informeren over de mogelijke opties en plannen, op het bieden van gelegenheid aan andere zorgaanbieders om te reageren op de plannen, bezwaren te uiten en suggesties te doen, op het maken van afspraken over de beschikbaarheid van acute zorg bij een andere zorgaanbieder, en over de beschikbaarheid van ambulancezorg. Voor het kunnen uitoefenen van invloed op het besluit en het maken van afspraken over de beschikbaarheid van de acute zorg is uiteraard voldoende tijd nodig. Hoeveel tijd hiervoor noodzakelijk is, hangt onder meer af van de ingrijpendheid van de voorgenomen opschorting of beëindiging. De zorgaanbieder die voornemens is om over te gaan tot een gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging, zal hier een goede inschatting van moeten maken.

Wat betreft het overleg met de zorgverzekeraar(s) wordt opgemerkt dat deze in de gelegenheid moet(en) zijn om de regierol in het kader van de zorgplicht in te vullen en de inkoop van zorg in de verschillende schakels van de keten van acute zorg op elkaar af te stemmen.

Verder moet zoveel mogelijk voorkomen worden dat gemeenten en inwoners plotseling met een beëindiging of opschorting van de acute zorg worden geconfronteerd. In het eerste lid, onderdeel d, is de verplichting opgenomen om de gemeenten in de regio te betrekken. Het gaat hier om de regio('s) waar de desbetreffende zorgaanbieder acute zorg levert. In de ministeriële regeling zal worden geregeld hoe gemeenten voorafgaand aan de definitieve besluitvorming door de zorgaanbieder moeten worden betrokken. Dit zal in beginsel plaats moeten vinden via een door de zorgaanbieder te organiseren bijeenkomst, waarin gemeenten als zij dat wensen in gesprek kunnen gaan met de zorgaanbieder, bijvoorbeeld om een nadere toelichting te vragen op de (onderbouwning van de) plannen, vragen te stellen over alternatieven, over het toekomstige aanbod van acute zorg, om suggesties te kunnen doen en risico's te kunnen schetsen. Dit maakt het voor gemeenten ook mogelijk hun eigen (communicatie)beleid op de voornemens af te stemmen. De betrokkenheid van de gemeenten is ook van belang omdat gemeenten in dergelijke situaties vaak door hun inwoners worden bevraagd op het verdwijnen van bijvoorbeeld een afdeling spoedeisende hulp. Inwoners willen weten wat de gemeente doet aan het behoud van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg, hoewel de gemeente daar formeel geen rol in heeft. Inwoners vragen geruststelling, ook van de gemeente. Voor inwoners is de (tijdelijke) sluiting van acute zorg op een bepaalde locatie door een traumacentrum, een andere instelling voor medisch specialistische zorg waar acute zorg wordt verleend (bijvoorbeeld op een afdeling SEH, afdeling acute verloskunde, spoedpoli of spoedpost), een HAP, een ggz-crisisdienst of een dienstapotheek die farmaceutische zorg levert in de avond, de nacht en op zondag, van belang, ook als de normen voor de bereikbaarheid niet in gevaar zijn. In het eerste lid, onderdeel f, is daarom geregeld dat de betrokken zorgaanbieder zich in geval van voorgenomen (gehele of gedeeltelijke) beëindiging of opschorting van de acute zorg, moet inspannen om onzekerheid onder de inwoners uit de regio te voorkomen. Het gaat hierbij met name om onzekerheid over waar zij met hun acute zorgvraag terecht kunnen en of zij tijdig geholpen kunnen worden. Welke maatregelen hiervoor nodig zijn, hangt af van de inhoud en omvang van de voorgenomen opschorting of beëindiging. In geval van een voornemen tot de beëindiging van (een belangrijk deel van) de acute zorg is aangewezen dat een zorgaanbieder een bijeenkomst organiseert waarin hij de inwoners in de gelegenheid stelt om mondeling vragen te stellen over het waarom van de plannen en hun mening over de voorgenomen beëindiging naar voren te brengen. Ook vertegenwoordigers van



patiënten (bijvoorbeeld een Zorgbelang organisatie) kunnen eventueel (niet in iedere regio worden patiënten op deze wijze vertegenwoordigd) voor zo'n bijeenkomst uitgenodigd worden. Op die manier kunnen inwoners hun zorgen uiten over voorgenomen maar nog niet geëffectueerde wijzigingen in het aanbod van de acute zorg of suggesties doen voor flankerend beleid. De betrokken zorgaanbieder is in zo'n bijeenkomst ook in de gelegenheid om de inwoners te melden hoe ervoor wordt gezorgd dat in de regio voldoende en tijdige zorg beschikbaar blijft en om alternatieve scenario's toe te lichten. Met het oog op het voorkomen van onzekerheid en onrust bij de inwoners die belang hebben bij de betrokken acute zorg, is van groot belang dat de zorgaanbieder de belangen van de inwoners bij zijn beslissing betreft en inzichtelijk maakt op welke wijze hij de belangen, zorgen en suggesties van de inwoners heeft meegewogen in zijn beslissing. Aan een en ander kan in de in het derde lid bedoelde regeling nadere invulling worden gegeven.

In het kader van de onderdelen d en f wordt opgemerkt dat in de regeling, bedoeld in het derde lid, uit een oogpunt van proportionaliteit en uitvoerbaarheid kan worden geregeld dat de zorgaanbieder in bepaalde gevallen niet verplicht is om een bijeenkomst voor gemeenten en inwoners te organiseren, maar in plaats daarvan kan volstaan met het schriftelijk informeren van gemeenten en inwoners over de plannen tot beëindiging of opschorting van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie. Wel zal ook in dat geval aan gemeenten en inwoners moeten worden kenbaar gemaakt op welke wijze zij desgewenst richting de zorgaanbieder kunnen reageren.

In onderdeel e wordt geregeld dat de zorgaanbieder die een taak heeft in het kader van de rampenbestrijding of crisisbeheersing of de bestrijding van een infectieziekte uit groep A, de voorzitter van de veiligheidsregio moet betrekken in het besluitvormingsproces. Indien zorg wordt verleend in bijvoorbeeld twee veiligheidsregio's, dienen de voorzitters uit beide regio's betrokken te worden in het besluitvormingsproces. Reden voor het betrekken van de veiligheidsregio is dat het beëindigen of opschorten van acute zorg van invloed kan zijn op opgeschaalde medische zorg in het kader van rampenbestrijding of crisisbeheersing of op de voorbereiding of bestrijding van de infectieziekten groep A.¹⁹ Het betrekken van de voorzitter van de veiligheidsregio zal in beginsel inhouden dat deze eveneens wordt uitgenodigd voor een bijeenkomst. In de regeling, bedoeld in het derde lid, kan uit een oogpunt van proportionaliteit en uitvoerbaarheid worden geregeld dat een zorgaanbieder kan volstaan met het schriftelijk informeren van de voorzitter van de veiligheidsregio, waarbij kenbaar wordt gemaakt hoe desgewenst richting de zorgaanbieder kan worden gereageerd.

Het eerste lid, onderdeel g, heeft betrekking op een door een zorgaanbieder aan te vragen bereikbaarheidsanalyse. Een bereikbaarheidsanalyse moet worden aangevraagd bij het RIVM. Deze bereikbaarheidsanalyse bestaat uit twee onderdelen; een beoordeling met betrekking tot de door de minister bij ministeriële regeling omschreven bereikbaarheidsnormen en een berekening van de effecten op de rijtijden.

De bereikbaarheidsnormen worden omschreven bij ministeriële regeling. Het huidige voornemen is om in de ministeriële regeling normen te omschrijven voor de bereikbaarheid van een SEH, een afdeling acute verloskunde, een huisartsenpost en de acute ggz.

Met betrekking tot het eerste onderdeel, de bereikbaarheidsnormen, berekent het RIVM via een modelmatige analyse of de opschorting of beëindiging in strijd is met de bereikbaarheidsnorm en of door de eventuele sluiting naburige zorgaanbieders gevoelig worden voor de bereikbaarheidsnorm. Een locatie van een zorgaanbieder is 'gevoelig' als bij sluiting van deze locatie het aantal inwoners van Nederland dat niet binnen de norm deze locatie kan bereiken, toeneemt. Deze modelmatige analyse zal uiteraard alleen plaats hoeven te vinden als de sluiting een locatie betreft waarvoor een bereikbaarheidsnorm is vastgesteld (dus bij sluiting van een SEH, afdeling acute verloskunde, HAP of acute ggz). Indien het een sluiting van een andersoortige locatie betreft (bijvoorbeeld een spoedpost), kan het RIVM kortweg concluderen dat door de sluiting geen bereikbaarheidsnormen in gevaar komen en ook geen andere zorgaanbieders gevoelig worden voor de bereikbaarheidsnormen.

Daarnaast zal het RIVM ook moeten berekenen wat de effecten zijn op de rijtijden voor patiënten per ambulance naar de dichtstbijzijnde locatie waar de betreffende acute zorg na een eventuele sluiting wordt aangeboden (het tweede onderdeel van de bereikbaarheidsanalyse). Indien de sluiting geen effect blijkt te hebben op de betrokken rijtijden, kan het RIVM kortweg in de bereikbaarheidsanalyse aangeven dat de effecten op de rijtijden nihil zijn.

In die ministeriële regeling kan voorts, met inachtneming van de eisen van de proportionaliteit en de uitvoerbaarheid, worden bepaald dat voor bepaalde in de regeling omschreven beëindigingen of opschortingen geen bereikbaarheidsanalyse gevraagd hoeft te worden. Gedacht kan worden aan sluitingen met een geringe impact of waarvoor een bereikbaarheidsanalyse niet zinvol is omdat zowel

¹⁹ Door de onderdelen c, d, e en f, van artikel 8A.4, eerste lid, en de hierboven weergegeven wijze waarop de in deze onderdelen opgenomen voorwaarden zullen worden uitgewerkt in de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 8A.4, derde lid, wordt uitvoering gegeven aan de motie van het lid Van den Berg die tot doel heeft dat andere zorgaanbieders, regionale en lokale besturen en inwoners bij aanpassingen van het aanbod van acute zorg tijdig worden geconsulteerd (Kamerstukken II 2020/21, 29 247, nr. 322).



de bereikbaarheidsnormen als de rijtijden per ambulance niet in het geding kunnen zijn.

In geval van een voorgenomen gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging van acute zorg zal de betrokken zorgaanbieder tevoren een plan (het continuïteitsplan) moeten opstellen (eerste lid, onderdeel h). In dat plan zal, uitgaande van de concrete omstandigheden, moeten zijn omschreven hoe er op zorgvuldige wijze naar wordt gestreefd om de continuïteit van de zorg te borgen, dat wil zeggen dat de zorg in aanloop naar de sluiting en na de sluiting tijdig en goed kan worden geleverd en dat er plannen zijn voor een sluitende keten. Daar waar het crisisplan (artikel 8A.5) gericht is op hoe te handelen bij crisissituaties in het algemeen en altijd beschikbaar moet zijn, is het continuïteitsplan gericht op de specifieke situatie van de voorgenomen (of dreigende) gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging van acute zorg en moet het opgesteld worden voor die specifieke omstandigheden. Op grond van het derde lid kunnen bij ministeriële regeling eisen worden gesteld waaraan een in het eerste lid, onderdeel h, bedoeld plan moet voldoen. Daarbij kan onder meer worden bepaald dat in het plan uitdrukkelijk aandacht moet worden besteed aan de eventuele gevolgen van de voorgenomen (tijdelijke) sluiting voor de bereikbaarheidsnorm (indien voor de betrokken acute zorg in de ministeriële regeling een bereikbaarheidsnorm is opgenomen), het gevoelig worden van andere zorgaanbieders voor de betreffende bereikbaarheidsnorm en de effecten op de rijtijden van patiënten per ambulance naar de dichtstbijzijnde andere locatie waar de betreffende acute zorg wordt aangeboden, waarbij ook de publiekscommunicatie en informatie voor verwijzers en meldkamer zullen moeten worden betrokken. Op basis van de afspraken met andere zorgaanbieders en met zorgverzekeraars moet inzichtelijk zijn of na de beëindiging of opschorting voldoende capaciteit beschikbaar is aan acute zorg bij andere zorgaanbieders.²⁰ Voorts kan worden bepaald dat het plan moet zijn afgestemd met onder andere de ketenpartijen waaronder de zorgverzekeraars en zo nodig ook de GGD/GHOR en een overzicht moet bevatten van risico's voor de patiëntveiligheid met bijbehorende beheersmaatregelen.

In onderdeel h is geregeld dat een ontwerp van het continuïteitsplan aan de IGJ moet worden gezonden; de IGJ kan zo nodig met de betrokken zorgaanbieder in overleg treden over de inhoud van het plan. Ook moet het plan in concept aan zorgaanbieders als bedoeld in onderdeel c en aan zorgverzekeraars worden gestuurd. Tevens is geregeld dat het ontwerp-plan aan het traumacentrum moet worden gezonden ten behoeve van overleg in het regionaal overleg acute zorgketen. Bij de taak voor het regionaal overleg acute zorgketen om knelpunten in het aanbod van acute zorg te voorkomen, hoort ook dat wordt gevolgd of de patiënten inderdaad terecht kunnen bij ander aanbod van acute zorg.

Artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel i, regelt dat verschillende actoren tevoren geïnformeerd moeten worden, over de daadwerkelijke beëindiging of opschorting van de acute zorg. Anders dan bij de onderdelen a tot en met h gaat het hier om een informatieverplichting over een *daadwerkelijke* beëindiging of opschorting, en niet om een *voorgenomen* beëindiging of opschorting. Van belang is dat alle betrokken partijen op de hoogte zijn van de daadwerkelijke beëindiging of opschorting en dat inwoners weten waar zij na de daadwerkelijke beëindiging of tijdens de opschorting terecht kunnen met hun vraag naar acute zorg.

Tweede lid

Het tweede lid heeft betrekking op de situatie waarin door de opschorting of beëindiging van de acute zorg op een bepaalde locatie de in de ministeriële regeling omschreven (bereikbaarheids)normen in gevaar komen. Zoals eerder in deze toelichting is opgemerkt ligt de eindverantwoordelijkheid voor het bieden van acute zorg met inachtneming van de bereikbaarheidsnormen, bij de zorgverzekeraar. Indien er echter geen zorgaanbod is, zal de zorgverzekeraar het veelal niet in zijn macht hebben om op korte termijn aan de normen te voldoen. Om die reden is gekozen voor een verplichting van 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. Deze medewerkingsverplichting rust op de zorgaanbieder die de acute zorg wil opschorten of beëindigen, maar zo nodig ook op andere zorgaanbieders. Als voorbeeld kan worden gegeven de situatie waarin twee SEH's van ziekenhuizen een deels overlappend werkgebied hebben; indien een van de SEH's vervolgens sluit, zal het andere ziekenhuis op verzoek van de zorgverzekeraar moeten meewerken aan het borgen van de bereikbaarheid van de acute zorg op diens SEH, voor zover dit van dat andere ziekenhuis redelijkerwijs gevergd kan worden én noodzakelijk is. Voor de beoordeling van de noodzaak tot het verlenen van medewerking zullen met name de bereikbaarheidsnormen van belang zijn. Wat betreft de redelijkheid zullen het zorgprofiel van het andere ziekenhuis en de beschikbaarheid en de competenties van de medewerkers een rol kunnen spelen. Een ander aspect van de redelijkheid bestaat uit de adequate

²⁰ Zoals onderdeel van de motie van den Berg, kamerstukken II 2018/19, 31 016, nr. 198.



vergoeding van de extra zorg die het andere ziekenhuis verleent. Doorgaans loopt er al een zorginkoopovereenkomst met de zorgverzekeraar. Het verlenen van medewerking zal kunnen leiden tot een aanpassing van deze overeenkomst. Ook speelt bij de redelijkheid de termijn waarvoor de medewerking wordt gevraagd, een rol. De medewerking zal redelijkerwijs slechts kunnen worden gevraagd voor een zo beperkt mogelijke termijn; de zorgverzekeraar zal voor de lange termijn uiteraard een structurele oplossing moeten realiseren.

Derde lid

Dit lid biedt een grondslag voor het bij ministeriële regeling stellen van nadere regels over de uitvoering van het eerste lid. Het is de bedoeling om in die regeling een aantal aspecten nader uit te werken, zoals wanneer de IGJ moet worden geïnformeerd en welke informatie in het continuïteitsplan moet worden opgenomen. Een ander doel van de in dit lid bedoelde regeling is om uit een oogpunt van proportionaliteit en uitvoerbaarheid onderscheid te maken tussen sluitingen die een beperkte impact hebben en andere sluitingen, waarbij uiteraard ook zal worden omschreven wanneer sprake is van een sluiting met een beperkte impact. Indien een sluiting een beperkte impact heeft, zullen bijvoorbeeld wel de gemeenten moeten worden betrokken, maar hoeft dit niet via een bijeenkomst en kan volstaan worden met het schriftelijk informeren en het geven van gelegenheid tot reageren. Verwezen wordt naar hetgeen in de toelichting op het eerste lid is opgemerkt.

Vierde lid

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

In dit kader wordt opgemerkt dat uitgangspunt uiteraard is dat een zorgaanbieder die overgaat tot gehele of gedeeltelijke sluiting of opschorting van acute zorg, geheel handelt overeenkomstig het bepaalde bij en krachtens artikel 8A.4, eerste en derde lid. Op grond van het vierde lid van artikel 8A.4 is afwijking slechts mogelijk 'voor zover' de veiligheid van de cliënten of de zorg daardoor zou worden bedreigd. Dit betekent dat als het in verband met de veiligheid van de cliënten of de zorg niet mogelijk is om bijvoorbeeld tevoren met alle zorgaanbieders te overleggen voor wie de beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben, dit niet betekent dat de zorgaanbieder in het geheel niet aan die eis hoeft te voldoen. Voor zover het overleg in verband met de veiligheid niet tevoren kan worden gevoerd, kan het van belang zijn dat dit – indien dit nog zinvol is – zo snel mogelijk alsnog gebeurt. Het vierde lid biedt de mogelijkheid om bij ministeriële regeling te bepalen dat alsnog aan bepaalde vereisten voldaan moet worden. Geregeld kan worden dat de overleggen als bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, bijvoorbeeld naderhand gevoerd moeten worden. Ook kan geregeld worden dat er bijvoorbeeld alsnog een bijeenkomst voor inwoners wordt georganiseerd.

Artikel 8A.5

Eerste en tweede lid

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

In het tweede lid, onderdeel a, is bepaald dat in het crisisplan de handelwijzen voor bovengenoemde crisissituaties moeten zijn omschreven. Daarbij zal tevens moeten zijn beschreven op welke wijze de zorgaanbieder zich voorbereidt op eventuele crises die gevolgen kunnen hebben voor zijn organisatie (tweede lid, onderdeel c); gedacht kan bijvoorbeeld worden aan opleidingen en trainingen van het personeel alsmede aan oefeningen.

Daarnaast zullen vrijwel alle in het eerste lid bedoelde zorgaanbieders met uitzondering van de dienstapotheken (bedoeld in artikel 8A.1, onderdeel g) en de aanbieders van acute ggz (artikel 8A.1, onderdeel f) een taak hebben binnen de geneeskundige hulpverlening in het kader van de rampenbe-



strijding en de crisisbeheersing als bedoeld in de Wvr en in dat kader schriftelijke afspraken moeten maken als bedoeld in artikel 33, tweede lid, van die wet. Om ten behoeve van de noodzakelijke beschikbaarheid van de acute zorg een goede uitvoering van de door de betrokken zorgaanbieder gemaakte afspraken te bewerkstelligen, wordt de zorgaanbieder in het tweede lid van het onderhavige artikel daarom eveneens verplicht in het crisisplan uit te werken hoe hij uitvoering zal geven aan die afspraken en hoe hij zich daarop voor zal bereiden (tweede lid, onderdelen b en c). Wat betreft de voorbereiding kan ook hier worden gedacht aan bijvoorbeeld opleidingen, trainingen en oefeningen.

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

Derde lid

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

Vierde lid

De crisisplannen moeten op grond van het vierde lid worden toegezonden aan de DPG van de regio(s) waar de zorgaanbieder zorg verleent. Op deze wijze kan de DPG in het regionaal overleg acute zorgketen afstemming van de crisisplannen tussen aanbieders in de regio organiseren, mede met het oog op de opgeschaalde medische zorg in het kader van rampenbestrijding of crisisbeheersing en de bestrijding van de infectieziekten groep A.

Onderdeel C

De artikelen 9.2, 9.4, 9.5 en 9.6 van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz zijn uitgewerkt en kunnen om die reden worden geschrapt.

Artikel II

In dit artikel wordt de bijlage bij het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG technisch gewijzigd. Op basis van onderdeel B, onderdeel 5, van de bijlage zoals dat onderdeel luidde voor de inwerking-treding van deze amvb, verleent de NZa aan de traumacentra twee verschillende beschikbaarheidsbijdragen, één voor de coördinatie van traumazorg en het regionaal overleg acute zorgketen en één voor opleiden, trainen en oefenen voor rampen en crises. Door ook in de bijlage bij het genoemde besluit een splitsing aan te brengen, wordt meer recht gedaan aan de huidige praktijk. Bovendien wordt voor zover het betreft de activiteiten in het kader van het regionaal overleg verwezen naar de artikelen 8A.2 en 8A.3 van onderhavig besluit.

Artikel III

In dit artikel wordt de inwerkingtreding van de onderhavige amvb geregeld, waarbij de mogelijkheid van gefaseerde inwerkingtreding wordt gecreëerd. Reden hiervoor is dat niet alle zorgaanbieders, bedoeld in artikel 8A.5, reeds een crisisplan hebben dat voldoet aan de in dat artikel neergelegde voorwaarden. Om te zorgen dat de betrokken zorgaanbieders voldoende tijd krijgen om deze crisisplannen tot stand te brengen dan wel bestaande crisisplannen aan te passen, zal tussen het moment van bekendmaking van deze amvb en de inwerkingtreding van artikel 8A.5 van de amvb een periode van ongeveer zes maanden in acht worden genomen. Voorts zal worden aangesloten bij het kabinetsbeleid inzake de vaste verandermomenten.

De Minister voor Medische Zorg,