



landelijk netwerk
acute zorg

Leidraad wijziging aanbod acute zorg

versie Januari 2022

Voorwoord

In de Leidraad wijziging aanbod acute zorg staan de taken en acties beschreven voor individuele zorgaanbieders en het regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ) wanneer een zorgaanbieder het voornemen heeft tot een wijziging in het aanbod van acute zorg. Deze Leidraad spreekt over 'wijziging aanbod acute zorg', hiermee wordt bedoeld het voornemen tot het geheel of gedeeltelijk beëindigen of opschorten van acute zorg op een bepaalde locatie zoals beschreven in de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB)¹ en de ministeriële regeling (minREG)².

Nieuwe opzet

Deze Leidraad kent een andere opzet dan de vorige uit 2019. Het biedt naast de stappen die doorlopen dienen te worden bij een voornemen tot wijziging aanbod acute zorg, ook handvatten en uitgangspunten voor interpretatie van de beschreven wettelijke kaders. Bij de AMvB en de minREG moet altijd rekening worden gehouden met proportionaliteit om te bepalen welke stappen doorlopen moeten worden bij wijziging aanbod acute zorg. De Leidraad is te gebruiken als handleiding.

Proces

In 2018 heeft de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een eerste concept gestuurd van een AMvB over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg en de versterking van de positie van het ROAZ. Daaropvolgend heeft de minister in meerdere brieven aan de Tweede Kamer benadrukt dat zorgaanbieders niet dienden te wachten op de formele inwerkingtreding, maar vanaf dat moment geacht werden te handelen langs de lijnen van deze concept AMvB. Na een internetconsultatie en de formele route via de Ministerraad, de Raad van State en de Eerste en Tweede Kamer, is de AMvB in 2021 vastgesteld en vervolgens ook de bijbehorende minREG. De Leidraad is onder regie van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) in afstemming met de leden tot stand gekomen. De inwerkingtreding van het uitvoeringsbesluit van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) middels een AMvB en bijbehorende minREG op 1 januari 2022, geeft aanleiding de bestaande Leidraad wijziging acute zorgaanbod van het LNAZ (2019) te herzien. Deze Leidraad vervangt de Leidraad uit 2019.

Evalueren

In de praktijk zal blijken wat de impact op de acute zorgketen is van het handelen langs de lijnen van de AMvB en de minREG. Met enige regelmaat zal de Leidraad geëvalueerd worden, o.a. via casuïstiekbespreking. Eventuele nieuwe inzichten kunnen leiden tot aanpassingen van de Leidraad.

LNAZ, januari 2022

¹ [Staatsblad 2021, 291 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#).

² [Staatscourant 2021, 41958 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#).

1. Inleiding

Het traumacentrum heeft de verantwoordelijkheid voor het organiseren van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). Het ROAZ heeft als doel om afspraken te maken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg en over de voorbereiding daarvan, zodat acute patiënten/cliënten deze zorg tijdig ontvangen van de zorgaanbieder met de juiste expertise. Wanneer er iets wijzigt in het aanbod acute zorg binnen de ROAZ-regio, dient zorgvuldig te worden gekeken naar de impact hiervan op de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg in de regio (en/of aangrenzende regio's) en dient een zorgvuldig proces te worden doorlopen. Deze Leidraad is een document waarin de taken en acties voor individuele zorgaanbieders en het ROAZ beschreven staan wanneer een zorgaanbieder³ het voornemen heeft tot een wijziging van het aanbod acute zorg met gevolgen voor de acute zorgketen.

1.1 Doel van deze Leidraad

De Leidraad wijziging aanbod acute zorg beoogt:

- een samenvatting te geven van de wettelijke kaders. De Leidraad geeft een toelichting op de stappen die doorlopen moeten worden bij een voornemen tot wijziging van het aanbod acute zorg;
- handvatten en uitgangspunten voor interpretatie van de beschreven wettelijke kaders te geven en daar waar de wetgeving het toelaat richting te geven aan meer maatwerk in het besluitvormingsproces;
- als uitgangspunt te dienen voor afstemming over voorgenomen wijzigingen in het aanbod acute zorg⁴ door andersoortige zorgaanbieders dan expliciet benoemd in de AMvB en minREG.

N.B. Wanneer een voorgenomen wijziging van het aanbod acute zorg in een ROAZ-regio ook gevolgen heeft voor de aangrenzende ROAZ-regio's, dienen zij ook betrokken te worden bij het ROAZ-overleg.

Na een algemene beschrijving van de wetgeving in paragraaf 1, wordt in paragraaf 2 ingegaan op de rollen en verantwoordelijkheden. In paragraaf 3 en 4 worden de stappen die moeten worden genomen bij een voorgenomen wijziging van het aanbod acute zorg toegelicht.

1.2 AMvB en minREG

Het doel van de AMvB is om de bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg en de voorbereiding op die zorg zo goed mogelijk te borgen. Zorgaanbieders die voornemens zijn het aanbod van acute zorg te wijzigen, zijn vanuit de AMvB en minREG wettelijk verplicht om meerdere stappen uit te werken, samen en rekening houdend met ketenpartners en inwoners in de ROAZ-regio. De AMvB en minREG omschrijven de verplichtingen waaraan in elk geval moet worden voldaan. Bij een voorgenomen wijziging van acute zorg moet daarnaast worden gezien of, gezien de algemene eis van een zorgvuldige besluitvormingsprocedure, nog andere stappen nodig zijn. Het besluitvormingsproces bij een voornemen tot wijziging van het aanbod van acute zorg heeft betrekking op het aanbod van:

- acute zorg in ziekenhuizen (waaronder SEH, acute verloskunde, spoedpoli);
- huisartsenposten;

³ Het betreft: traumacentra, aanbieders van medisch specialistische zorg die acute zorg verlenen (anders dan traumacentra), aanbieders van huisartsenzorg in huisartsenposten, aanbieders van geestelijke gezondheidszorg die acute zorg verlenen en apotheken die in de avond, nacht en op zondag farmaceutische zorg aanbieden.

⁴ Algemeen geldt dat als er door voorgenomen wijzigingen in zorgaanbod knelpunten in de acute zorg kunnen ontstaan, dit een onderwerp voor het ROAZ-overleg is. Het advies is daarom dat bij voorgenomen wijzigingen in het aanbod van acute zorg van andere zorgaanbieders dan expliciet benoemd in de AMvB en minREG een vergelijkbaar proces gevolgd wordt.

- beoordelingslocaties acute ggz;
- dienstapotheken.

2 Rollen en verantwoordelijkheden

2.1 Rol ROAZ

Daar waar in de AMvB en minREG wordt gerefereerd aan het traumacentrum, betekent dat de uitvoering wordt gerealiseerd door het ondersteunend netwerkbureau.

De leden van LNAZ hebben aanvullend op de AMvB en minREG afgesproken om de volgende uitgangspunten te hanteren met betrekking tot de rol van het ROAZ bij een voorgenomen wijziging in het aanbod acute zorg door een zorgaanbieder:

- de zorgaanbieder blijft te allen tijde zelf verantwoordelijk voor het doorlopen van een zorgvuldig besluitvormingsproces met alle betrokkenen. De zorgaanbieder moet de inbreng van partijen meewegen in de besluitvorming en aangeven wat hij met de inbreng doet en neemt uiteindelijk zelf, in overleg met de zorgverzekeraars, een besluit;
- het is van groot belang dat een zorgaanbieder bij een voornemen tot wijziging in het aanbod van acute zorg naast de IGJ en verzekeraars ook het ROAZ via het ziekenhuis met de erkenning traumacentrum in een vroeg stadium informeert;
- het ondersteunend netwerkbureau bekijkt of het proces dat de zorgaanbieder heeft doorlopen navolgbaar is om ervoor te zorgen dat de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg in de regio na de voorgenomen wijziging voldoende geborgd is. Het is aan het ROAZ gezamenlijk (incl. zorgverzekeraars) om te borgen dat aan de normen voor bereikbaarheid van acute zorg blijvend wordt voldaan;
- vanaf het moment van informeren over de voorgenomen wijziging inventariseert het ondersteunend netwerkbureau bij de leden wanneer het redelijkerwijs noodzakelijk is om dit als onderwerp op te nemen op de agenda van het ROAZ;
- de wenselijkheid van het voornemen tot een wijziging van het aanbod acute zorg van de individuele zorgaanbieder wordt in het ROAZ niet ter discussie gesteld.

Het ondersteunend netwerkbureau kan de zorgaanbieder adviseren bij het doorlopen van het ROAZ-proces rond voorgenomen wijzigingen in het aanbod acute zorg. Het ondersteunend netwerkbureau kan ook meedenken over de inrichting van de voorgeschreven stappen in het bredere besluitvormingsproces, maar heeft hierin geen formele taak of verantwoordelijkheid, deze liggen primair bij de zorgaanbieder.

2.2 Deelnemers ROAZ

In de AMvB en minREG is beschreven welke partijen⁵ (verplicht moeten) deelnemen aan het ROAZ en afspraken dienen te maken met betrekking tot de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in de regio alsmede de voorbereiding op het verlenen van die zorg. Als ook wat zorgaanbieders moeten doen bij een voornemen tot wijziging in het aanbod acute zorg. De deelnemende partijen zijn verplicht om risico's die zij signaleren voor de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg te melden bij het traumacentrum. De AMvB en minREG zien deelname van de zorgverzekeraars aan het ROAZ als essentieel voor het goed kunnen uitvoeren van hun zorgplicht t.a.v. het borgen van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg in de regio.

⁵ Artikel 8A.1. AMvB.

2.3 Rol Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

De IGJ is op grond van artikel 24 in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) belast met het toezicht op het bepaalde bij en krachtens de AMvB. De IGJ verwacht van zorgaanbieders dat zij oog hebben voor de maatschappelijke impact van hun keuzes op het gebied van acute zorg en hun communicatie daarover. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht om met inwoners, gemeenten en veiligheidsregio in gesprek te gaan als zij voornemens zijn hun aanbod van acute zorg te wijzigen, dan wel deze partijen hierover te informeren. Hiermee wordt geborgd, en de IGJ ziet daarop toe, dat een zorgvuldig proces wordt doorlopen bij wijzigingen van het aanbod acute zorg, waarbij door zorgaanbieders rekening wordt gehouden met de maatschappelijke impact van hun keuzes. In het geval dat een zorgaanbieder twijfelt of een voorgenomen wijziging van het aanbod acute zorg de taken van de IGJ raakt, kan zij hierover contact opnemen met de IGJ om de desbetreffende casus te bespreken.

2.4 Rol Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De NZa houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars. De NZa heeft op grond van artikel 62 en 68 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), in lijn met de artikelen 8A.3 en 8A.4 van de AMvB acute zorg en de artikelen 8G, 8K en 81 van de minREG, regels opgesteld waaruit blijkt welke gegevens en inlichtingen zij willen ontvangen van traumacentra en zorgverzekeraars.

De NZa wil geïnformeerd worden door:

- de zorgverzekeraar; in alle situaties over plannen van een zorgaanbieder tot wijziging van het aanbod van acute zorg en een in dat kader op te stellen continuïteitsplan. De informatieplicht geldt ook wanneer de bereikbaarheidsnormen niet in het geding zijn of wanneer er geen knelpunten worden verwacht in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in de regio;
- het traumacentrum; wanneer er knelpunten zijn in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in de betrokken regio die binnen het ROAZ niet worden opgelost, voor zover die knelpunten van belang kunnen zijn voor de uitvoering van de taken van de NZa.

Zie voor meer informatie de [NZa beleidsregel](#).

3 Wijziging aanbod acute zorg

3.1 Organiseren ROAZ-overleg

Het traumacentrum organiseert zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen twee weken⁶ nadat het door een zorgaanbieder is geïnformeerd over een voorgenomen wijziging in het aanbod acute zorg een ROAZ-overleg, tenzij sprake is van:

- a. een gehele of gedeeltelijke opschorting die redelijkerwijs ten hoogste twee weken zal duren; of
- b. een gedeeltelijke beëindiging of gedeeltelijke opschorting, die redelijkerwijs een afname van minder dan 25% van de behandelcapaciteit voor de acute zorg op een locatie zal inhouden én waarbij het traumacentrum van oordeel is dat de continuïteit van de zorg in de regio niet in gevaar is.

⁶ Het moment dat een ROAZ-overleg georganiseerd moet worden, dient uiteindelijk per situatie te worden beoordeeld. Hiervoor kan input worden gevraagd aan de leden van het ROAZ.

Als een gehele of gedeeltelijke opschorting langer blijkt te duren dan twee weken, of als (cumulatief) toch 25% of meer van de behandelcapaciteit voor acute zorg blijkt te worden opgeschort of beëindigd, of als het traumacentrum van oordeel is dat de continuïteit van de zorg in de regio in gevaar is, wordt alsnog zo spoedig mogelijk een ROAZ-overleg georganiseerd⁷.

3.2 Verschuivingen van het aanbod acute zorg

In de praktijk zien we ook wijzigingen van aanbod acute zorg in de vorm van verschuivingen (bijvoorbeeld bij lateraliseringsprocedures waarbij de zorg wordt verplaatst van de ene locatie van een organisatie naar een andere). Dergelijke verschuivingen moeten in principe gezien worden als het beëindigen van zorg op die locatie. Bij verschuivingen zoals lateraliseringsprocedures hebben de leden van het LNAZ aanvullend op de AmvB en minREG afgesproken om als uitgangspunt te hanteren dat de verschuivingen niet als één wijzigingsprocedure worden gezien. Bijvoorbeeld bij de verschuiving van specialismen dient per specialisme een wijzigingsprocedure doorlopen te worden. Hiermee kan de zorgaanbieder goed de impact van de verschuiving in kaart brengen.

3.3 Maatwerk en proportionaliteit

De omvang en inrichting van ROAZ-regio's, zorgsectoren en organisaties verschillen sterk. Dit maakt dat er een grote diversiteit bestaat in de impact van de voorgenomen wijzigingen op het aanbod van acute zorg. Het proces omtrent voorgenomen wijzigingen vraagt daarom aandacht voor maatwerk en proportionaliteit van de verplichtingen zoals beschreven in de AmvB en minREG. Maatwerk, binnen de regelgeving, is nodig om bij een wijziging van aanbod acute zorg te bepalen welke stappen moeten worden doorlopen en wanneer bijvoorbeeld een stakeholderanalyse volstaat.

Bij wijzigingen met een beperkte impact op het aanbod van acute zorg hoeft niet aan alle verplichtingen te worden voldaan. De (beoogde) afname van behandelcapaciteit in de wetgeving, naast de duur van de wijziging, is hierbij een belangrijk criterium. De (beoogde) afname van behandelcapaciteit bepaalt welke stappen een zorgaanbieder in het besluitvormingsproces moet zetten. Bijvoorbeeld in relatie tot het organiseren van een ROAZ-overleg, het aanvragen van een bereikbaarheidsanalyse en het betrekken van gemeenten, veiligheidsregio en inwoners in het besluitvormingsproces. De (beoogde) afname van behandelcapaciteit is echter geen eenduidig begrip wat het een lastig hanteerbaar criterium in de praktijk maakt. Dit wordt ook door de IGJ onderkend. Er is echter geen ander 'beter' criterium voorhanden.

In het kader van maatwerk wordt bij een inperking van minder dan 25% van de behandelcapaciteit op een locatie toch een ROAZ-overleg georganiseerd door het traumacentrum als het van oordeel is dat de zorgcontinuïteit in de regio in gevaar is. De situatie in de regio wordt op deze manier meegewogen in de beoordeling van een gedeeltelijke sluiting met een afname van minder dan 25%.

3.4 Uitzonderingen op besluitvormingsprocedure: onmiddellijke sluiting van aanbod acute zorg

Alleen wanneer de veiligheid van patiënten/cliënten onmiddellijk wordt bedreigd, en er geen tijd is voor een uitgebreider besluitvormingsproces over een wijziging van acuut zorgaanbod, hoeven bovenstaande stappen (de artikelen 8h tot en met 8n van de minREG) niet altijd te worden doorlopen.

Als een aantal stappen met het oog op de veiligheid niet voorafkan worden genomen, dan ligt voor de hand dat de zorgaanbieder ze zoveel mogelijk achteraf zal zetten. Als niet alle stappen van de artikelen 8h tot en met 8n van de minREG vanwege de veiligheid kunnen worden gevolgd, moet de zorgaanbieder de IGJ altijd zo spoedig mogelijk achteraf informeren over de borging van de continuïteit van zorg.

⁷ Artikel 8a, lid 3 minREG

4 Stappenplan/ besluitvormingsprocedure bij een voorgenomen wijziging van het aanbod acute zorg

Vanuit de AMvB en minREG (art. 8A.4 en art. 8g t/m art. 8n) is een zorgaanbieder met (mogelijke) plannen om acute zorg te wijzigen, gehouden aan het volgen van onderstaande stappen. Dit om te komen tot zorgvuldige besluitvorming waarbij de belangen van patiënten/cliënten, inwoners, andere zorgaanbieders, gemeenten en veiligheidsregio worden meegewogen. De reden van een opschorting of beëindiging van het aanbod acute zorg is niet relevant voor het moeten doorlopen van een gedegen proces zoals benoemd in de AMvB en minREG.

Zie voor de stappen het [Stroomschema amvb en regeling acute zorg | Publicatie | Toetreding zorgaanbieders](#).

4.1 Informeren

Het informeren van de IGJ⁸ moet in alle mogelijke gevallen bij een voornemen van een zorgaanbieder tot het wijzigen van acute zorg. Ook wanneer de veiligheid van patiënten/cliënten of zorg onmiddellijk wordt bedreigd en een snelle wijziging van zorg om die reden noodzakelijk is. Door het vroegtijdig informeren van de IGJ kan zij een vinger aan de pols houden of de zorgaanbieder aan de verplichtingen behorend bij een zorgvuldig besluitvormingsproces voldoet. De IGJ houdt daarbij de kwaliteit, veiligheid en tijdigheid van de zorg in het oog. Daarnaast vraagt de afstemming met zorgverzekeraars speciale aandacht vanwege hun zorgplicht om voldoende beschikbare en bereikbare acute zorg in te kopen.

Een zorgaanbieder dient bij het voornemen tot wijziging van het aanbod acute zorg in alle gevallen naast de IGJ en alle zorgverzekeraars, zorgaanbieders voor wie de sluiting gevolgen kan hebben (binnen en buiten de ROAZ-regio), traumacentra, colleges van B&W en de voorzitter van de veiligheidsregio schriftelijk of elektronisch te informeren. Bijvoorbeeld door eerst alle partijen in kaart te brengen middels een stakeholderanalyse. Bij het informeren van al deze partijen verstrekt de zorgaanbieder gegevens over onder meer het type zorg, de locatie en de omvang van de voorgenomen wijziging. Daarnaast licht de zorgaanbieder (aan alle betrokken partijen) toe welke ideeën er zijn om de continuïteit en beschikbaarheid van acute zorg in de regio te borgen. De zorgaanbieder informeert bovengenoemde partijen ook bij daadwerkelijke beëindiging of opschorting van de zorg, waarbij de inwoners worden geïnformeerd over waar zij tijdens de opschorting of na de beëindiging

In de praktijk kan het lastig zijn te bepalen op welk moment een zorgaanbieder ketenpartners en andere partijen betreft bij een voorgenomen wijziging van het aanbod acute zorg. Wachten tot plannen volledig en tot in detail zijn uitgewerkt is te laat. Anderzijds moet het voornemen al wel duidelijk genoeg zijn om met partijen in gesprek te treden. In de minREG staat dat de IGJ op de hoogte moet worden gesteld wanneer er een gerede kans bestaat dat acute zorg wordt beëindigd of opgeschort. Gerede kans betekent: vóóordat er een concreet voornemen tot beëindiging bestaat (bijv. wanneer men nog verschillende scenario's overweegt waarvan sluiting er één is). Een ander criterium dat wordt gehanteerd is: wanneer nog daadwerkelijk invloed kan worden uitgeoefend op de inhoud van de plannen, waarbij het niet uitvoeren ervan ook nog serieus kan worden overwogen. Hoeveel tijd hiervoor nodig is, hangt af van de concrete wijziging; de zorgaanbieder moet op basis van de concrete omstandigheden een zorgvuldige inschatting maken.

terecht kunnen met hun vraag naar acute zorg.

⁸ Welke informatie de zorgaanbieder moet verstrekken, is opgenomen in art. 8g, lid 2 van de minREG.

4.2 Aanvragen van een bereikbaarheidsanalyse

Een bereikbaarheidsanalyse⁹ moet bij een voorgenomen wijziging in het aanbod acute zorg worden aangevraagd bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), en omvat in principe de volgende elementen:

1. de gevolgen met betrekking tot de bereikbaarheidsnormen¹⁰:
 - a. een toets of een bereikbaarheidsnorm door de wijziging in het geding is;
 - b. een beoordeling of door de wijziging naburige zorgaanbieders gevoelig worden voor de bereikbaarheidsnorm: d.w.z. dat een eventuele wijziging door die naburige aanbieder(s) zou leiden tot het in gevaar komen van de bereikbaarheidsnorm;
2. de effecten op de rijtijden voor patiënten/cliënten per ambulance naar de dichtstbijzijnde locatie waar de betreffende zorg na de wijziging zou worden aangeboden.

Er moet wel een bereikbaarheidsanalyse worden aangevraagd:

- bij een gedeeltelijke beëindiging van 25% of meer van de openingstijden of een gedeeltelijke opschorting van de openingstijden van 25% of meer gedurende langer dan twee weken (tenzij diensapothek);
- bij een gehele beëindiging, tenzij sprake is van een diensapothek;
- bij een inperking van de openingstijden van een afdeling acute verloskunde;
- bij een inperking van de openingstijden van een 24/7 SEH met openingstijden;
- bij een beperking van de openingstijden op een beoordelingslocatie acute ggz of op een locatie voor acute zorg van een traumacentrum of een andere aanbieder van medisch specialistische zorg, anders dan een afdeling acute verloskunde of SEH die 24/7 open is, als die beperking 25% of meer van de openingsuren betreft;
- de leden van het LNAZ adviseren aanvullend op de AMvB en minREG om bij een beperking van de openingsuren van een HAP een bereikbaarheidsanalyse op te vragen bij het RIVM. De minREG zal eventueel op termijn op dit punt worden herzien. Voor het opvragen van de bereikbaarheidsanalyse dient de HAP het verzorgingsgebied te definiëren en door te geven aan het RIVM zodat zij de analyse kunnen uitvoeren. Er is sprake van vervoer met de personenauto naar de HAP, niet per ambulance, de bereikbaarheidsanalyse wordt dan ook uitgevoerd op basis van het personenautomodel.

Er hoeft geen bereikbaarheidsanalyse te worden aangevraagd:

- bij een gehele of gedeeltelijke opschorting die redelijkerwijs ten hoogste twee weken duurt (tenzij het langer dan twee weken blijkt te duren of toch meer dan 25% van de behandelcapaciteit betreft);
- bij een (tijdelijke of blijvende) gedeeltelijke inperking van de behandelcapaciteit, anders dan door inperking van de openingstijden. De analyses van het RIVM houden geen rekening met behandelcapaciteit anders dan, in een aantal gevallen, via openingsuren;
- bij een gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging van de acute zorg door een diensapothek. Voor deze vorm van zorg gelden geen bereikbaarheidsnormen en patiënten/cliënten gaan niet per ambulance naar de diensapothek.

⁹ Uitzonderingen op de bereikbaarheidsanalyse, evenals de vereiste analyse-onderdelen staan toegelicht in art. 8h, lid 2 en 3 van de minREG en de bijbehorende toelichting op blz. 33.

¹⁰ De bereikbaarheidsnormen zijn opgenomen in art. 8f van de minREG en staan in onderstaande paragraaf.

In het ROAZ-overleg moeten afspraken worden gemaakt over onder meer de bereikbaarheid van de acute zorg. De normen voor de bereikbaarheid van acute zorg spelen in dat kader een belangrijke rol en zijn als volgt geformuleerd:

- a. *het aantal inwoners dat in spoedgevallen met een ambulance niet binnen 45 minuten op een afdeling spoedeisende hulp kan zijn, neemt niet toe;*
- b. *het aantal inwoners dat in spoedgevallen met een ambulance niet binnen 45 minuten op een afdeling acute verloskunde kan zijn, neemt niet toe;*
- c. *ten minste 90% van de inwoners in het verzorgingsgebied van een huisartsenpost kan in de avond, nacht- en weekenduren binnen 30 minuten per auto een huisartsenpost of dienstdoende huisarts bereiken, of een dienstdoende huisarts kan in de avond, nacht- en weekenduren 90% van de inwoners in het verzorgingsgebied binnen 30 minuten met de auto bereiken;*
- d. *ten minste 90% van de inwoners in het verzorgingsgebied kan in spoedgevallen met een ambulance binnen 60 minuten een beoordelingslocatie acute psychiatrie bereiken.*

Bij een voorgenomen wijziging van het aanbod acute zorg moet voorkomen worden dat niet langer aan de bereikbaarheidsnormen wordt voldaan. Om hierover een oordeel te vormen is de bereikbaarheidsanalyse van het RIVM van belang. Het is aan de deelnemers van het ROAZ-overleg en de zorgverzekeraars om te bevorderen dat aan de normen van de bereikbaarheid van acute zorg blijvend wordt voldaan.

4.3 Organiseren van een ROAZ-overleg

Het traumacentrum organiseert zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen twee weken nadat het door een zorgaanbieder is geïnformeerd, een ROAZ-overleg.

Het traumacentrum heeft enige invloed op de beslissing om al dan niet een ROAZ-overleg te organiseren naar aanleiding van een voorgenomen wijziging van het aanbod van acute zorg. Dit geldt in die zin, dat geen ROAZ-overleg hoeft te worden georganiseerd:

- *bij een opschorting die redelijkerwijs ten hoogste twee weken zal duren;*
- *bij een wijziging die minder dan 25% van de behandelcapaciteit voor de acute zorg bedraagt en;*
- *als het traumacentrum van oordeel is dat de continuïteit van acute zorg in de regio hierdoor niet in het geding komt.*

De zorgaanbieder die voornemens is om het aanbod acute zorg te wijzigen heeft de verantwoordelijkheid een zorgvuldig proces te doorlopen om de continuïteit van zorg te borgen. Daartoe informeert de zorgaanbieder de direct betrokken ketenpartners over het voornemen tot wijziging van het aanbod acute zorg. De zorgaanbieder kan de ketenpartners vragen of de continuïteit van de acute zorg in het gedrang komt door de voorgenomen wijziging. De zorgaanbieder kan de reacties van de ketenpartners vervolgens bespreken met het traumacentrum die de informatie kan betrekken in haar oordeelsvorming.

De zorgaanbieder moet tijdens het ROAZ-overleg voldoende informatie verstrekken over de voorgenomen wijziging, waaronder het toelichten van alternatieve manieren om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in de regio te borgen.

4.4 Betrekken colleges van B&W van gemeenten, voorzitter van de veiligheidsregio en inwoners¹¹

De zorgaanbieder organiseert een bijeenkomst(en) voor colleges van B&W van gemeenten en inwoners in de omgeving over het voornemen tot wijziging van de acute zorg. Als de zorgaanbieder een taak heeft in het kader van rampenbestrijding en crisisbeheersing, wordt ook de voorzitter van de veiligheidsregio uitgenodigd. Laatstgenoemde wordt geïnformeerd bij wijziging van acute zorg in ziekenhuizen, huisartsenposten en beoordelingslocaties acute ggz.

De uitzonderingscriteria met betrekking tot het organiseren van een ROAZ-overleg (par. 4.3) gelden, afgezien van het oordeel van het traumacentrum over de continuïteit van de zorg als gevolg van de eventuele wijziging, ook voor het organiseren van een bijeenkomst(en) voor colleges van B&W van gemeenten en inwoners. Wanneer er geen bijeenkomst hoeft te worden georganiseerd, worden colleges van B&W van gemeenten wel schriftelijk of elektronisch geïnformeerd door de zorgaanbieder, waarbij wordt aangegeven op welke wijze en binnen welke termijn zij desgewenst kunnen reageren richting de zorgaanbieder. Ook inwoners moeten worden geïnformeerd over de plannen van de zorgaanbieder via een bericht in de plaatselijke krant en op de website van de zorgaanbieder. Hierbij moet ook worden aangegeven op welke wijze inwoners en patiënten/cliënten richting de zorgaanbieder kunnen reageren.

De zorgaanbieder moet de bovenstaande betrokkenen schriftelijk of elektronisch informeren en motiveren wat met de door hen ingebrachte visies, wensen en zorgen zal worden gedaan. Inwoners worden door de zorgaanbieder via diens website geïnformeerd over wat met de naar voren gebrachte visies, wensen en zorgen zal worden gedaan.

4.5 Het concept-continuïteitsplan

De zorgaanbieder informeert de IGJ, het traumacentrum, zorgaanbieders voor wie de voorgenomen wijziging gevolgen kan hebben en alle zorgverzekeraars over het opgestelde ontwerp van het continuïteitsplan¹². Het continuïteitsplan is een operationeel draaiboek van een gecontroleerde afbouw van acute zorg op de ene locatie en zo nodig de overdracht van patiënten-/cliëntenzorg en opbouw van extra aanbod van acute zorg elders.

In het continuïteitsplan wordt in ieder geval omschreven¹³:

- wat er uit de bereikbaarheidsanalyse is gekomen, indien een bereikbaarheidsanalyse moet worden aangevraagd;
- de reden voor de voorgenomen wijziging en de onderbouwing daarvan met feiten en cijfers;
- hoe de voorgenomen wijziging past binnen het regiobeeld indien dat beschikbaar is;
- welk besluitvormingsproces er is gevolgd en wat er gedaan is met de inbreng van de colleges van B&W, de voorzitter van de veiligheidsregio en inwoners;
- voor welke categorieën en aantallen patiënten/cliënten met verschillende zorgvragen de voorgenomen wijziging gevolgen heeft en wat de gevolgen zijn;
- welke afspraken er door de zorgaanbieder, andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn gemaakt met het oog op de continuïteit in de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg voor de verschillende groepen patiënten/cliënten, ook in opgeschaalde situaties bij een crisis of ramp;

¹¹ De artikelen 8i en 8j van de minREG borgen dat betrokken regionale en gemeentelijke besturen tijdig geconsulteerd moeten worden.

¹² De inhoudelijke eisen waaraan het continuïteitsplan moet voldoen, zijn opgenomen in art. 8m van de minREG.

¹³ Artikel 8m van de minREG.

- hoe de zorgaanbieder inwoners uit de omgeving, meldkamers en verwijzers zal informeren over waar patiënten/cliënten met een bepaalde acute zorgvraag terecht kunnen;
- of er door de wijziging van acute zorgactiviteiten door de zorgaanbieder risico's voor de patiënt-/cliëntveiligheid ontstaan en hoe deze risico's zoveel mogelijk worden voorkomen; en
- een draaiboek voor gecontroleerde afbouw en overdracht van de acute zorg alsmede op welke termijn de voorgenomen wijziging zal plaatsvinden.

Als een zorgaanbieder geen bereikbaarheidsanalyse bij het RIVM hoeft aan te vragen, geen bijeenkomst met gemeenten en inwoners hoeft te organiseren en er geen ROAZ-overleg hoeft plaats te vinden, moet de zorgaanbieder nog steeds een concept-continuïteitsplan opstellen en de betrokkenen informeren. Dit zijn de IGJ, het traumacentrum, de zorgaanbieders voor wie de wijziging gevolgen kan hebben en alle zorgverzekeraars¹⁴.

De zorgaanbieder bespreekt het concept-continuïteitsplan met de zorgaanbieders voor wie de voorgenomen wijziging gevolgen kan hebben en met de zorgverzekeraars.

4.6 Oordeelsvorming in het ROAZ

Na ontvangst van het concept-continuïteitsplan wordt alleen een ROAZ-overleg georganiseerd als het traumacentrum van oordeel is dat de continuïteit van zorg in gevaar komt. Als het continuïteitsplan voldoende voorziet in de continuïteit, hoeft derhalve geen ROAZ-overleg te worden georganiseerd. Het ROAZ bekijkt of het proces dat de zorgaanbieder heeft doorlopen navolgbaar is om ervoor te zorgen dat de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg in de regio na de wijziging voldoende geborgd is. Het traumacentrum informeert de IGJ, de NZa en zorgverzekeraars over in het ROAZ niet opgeloste knelpunten, voor zover deze knelpunten van belang kunnen zijn voor de uitvoering van de taken van deze organisaties.

4.7 Een definitief continuïteitsplan

Als de reacties van de betrokken zorgaanbieders, de zorgverzekeraars of de IGJ daartoe aanleiding geven, past de zorgaanbieder het concept-continuïteitsplan aan. Het aangepaste plan wordt opnieuw aangeboden aan de IGJ, het traumacentrum, de zorgaanbieders voor wie de voorgenomen beëindiging of opschorting gevolgen kan hebben en alle zorgverzekeraars.

¹⁴ Artikel 8k AMvB.

Colofon

Auteurs: LNAZ

Redactie: LNAZ

Uitgave: Januari 2022