

## **Wet Toelating Zorginstellingen en regionaal overleg acute zorgketen** (definitieve versie voor bestuurlijk overleg van 15 september 2005)

### **Inleiding**

#### *Aanleiding*

De directe aanleiding voor de passage over acute zorg in de WTZi was de roep om de 'stand-still' af te schaffen (de pas op de plaats mbt fusie- en concentratievoornemens in verband met waarborging van de 'bereikbaarheid van acute ziekenhuiszorg'). Omdat de stand-still zeer beperkend werkt voor ziekenhuizen was het wenselijk om in plaats daarvan de minister sturingsmogelijkheden te geven om de bereikbaarheid van acute ziekenhuiszorg te waarborgen (en dus witte vlekken te voorkomen). Daarnaast vloeide de acute zorg passage voort uit de beleidsvisie acute zorg van 10 oktober 2003 waarin de ketenbenadering in de organisatie van de spoedeisende hulpverlening centraal wordt gesteld.

#### *Doel van het regionaal overleg acute zorgketen binnen de WTZi*

Het wetsvoorstel WTZi is aanleiding geweest om te komen tot een '**regionaal overleg acute zorgketen**'. In dit overleg komen alle aanbieders van acute zorg bij elkaar met als doel een regionaal dekkend systeem, met optimale onderlinge afstemming van de verschillende zorgaanbieders zodat de patiënt met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plaats terechtkomt. Het regionale overleg maakt duidelijk dat de veldpartijen primair aan zet zijn om de afstemming tussen de verschillende aanbieders uit de acute zorgketen goed te regelen. Pas in het uiterste geval geeft het de minister de mogelijkheid tot ingrijpen.

#### *Doel van deze notitie*

**Deze notitie is bedoeld om het regionaal overleg acute zorgketen in termen van proces te beschrijven.** Met deze beschrijving kunnen de verschillende ketenpartners (huisartsen, huisartsenposten, verloskundigen, regionale ambulancevoorzieningen, de crisisfunctie in GGZ-instellingen, en ziekenhuizen (inclusief de instellingen die als traumacentra zijn aangewezen) aan de slag in het regionale overleg. Ook wordt deze notitie ter informatie aan de Tweede Kamer gestuurd.

#### *Context*

Een belangrijk onderdeel van de procesbeschrijving is de afbakening van acute zorg in termen van de WTZi en het ketenoverleg. Het begrip 'acute zorg' speelt namelijk op dit moment ook een belangrijke rol in de discussie over het nieuwe stelsel van bekostiging van de ziekenhuiszorg. Een VWS werkgroep is bezig om nadere uitgangspunten te formuleren voor de bekostiging van acute zorg ziekenhuizen. De werkgroep houdt hierover nauw contact met het veld. De uitgangspunten betreffen zowel het bekostigingsmodel voor acute ziekenhuiszorg als het sturingsmodel. Het is immers altijd van groot belang dat bekostiging en sturing goed op elkaar aansluiten. De uitkomsten van het nieuwe bekostiging- en sturingsmodel zijn bepalend voor het aanbod van acute ziekenhuiszorg. De voorliggende notitie neemt dit aanbod van acute zorg juist als uitgangspunt. In de voorliggende notitie wordt alleen bekeken hoe, gegeven het aanbod van acute zorg, het regionaal overleg acute zorgketen ervoor kan zorgen dat de acute zorg die nu door verschillende aanbieders van acute zorg geleverd wordt, beter op elkaar aansluit. Daarnaast wordt binnenkort een interne VWS werkgroep gestart voor de ontschotting van de budgetten voor acute zorg (vereenvoudigen van schuiven van budgetten tussen verschillende aanbieders van acute zorg). Het is van groot belang deze bredere context niet uit het oog te verliezen.

#### *Notitie is startpunt en geen eindpunt*

Acute zorg omvat veel zorg, is complex en er zijn veel ketenpartners bij betrokken. Er wordt daarom niet gestreefd naar een allesomvattende aanpak op dit moment. Om op korte termijn tot concrete verbeteringen te kunnen komen in de acute zorgketen, zal de in deze notitie beschreven aanpak werkende weg moeten worden verbeterd.

### **Afbakening**

#### *Definitie acute zorg*

In de WTZi staat acute zorg gedefinieerd als 'een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling'. Acute zorg volgens deze definitie kan zich overal voordoen: op straat, in de thuissituatie, op de huisartsenpost, in een ZBC, op een afdeling Spoedeisende Hulp, in een verpleeghuis en in belangrijke mate ook in een ziekenhuis. In de ogen van de zorgvrager en/of zorgverlener is sprake van een levensbedreigende situatie of van

een situatie waarbij uitstel van hulp ernstige gevolgen heeft voor de gezondheid. Het is van belang dat deze zorg voor een ieder binnen redelijke tijd toegankelijk is. Deze zorg kan overigens soms beperkt van omvang zijn. Het is daarbij niet relevant of de zorgvraag bewezen acuut is of niet. Na het stellen van de (voorlopige) diagnose hoeft verder onderzoek of behandeling overigens niet altijd daadwerkelijk direct uitgevoerd te worden. In gevallen waaruit blijkt dat volgens de zorgverlener uitstel mogelijk is, kan een patiënt doorverwezen worden naar de reguliere zorg.

De voorliggende notitie beperkt zich tot de acute zorg waarbij in de ogen van de patiënt of zorgverlener een somatisch element zit. Voor de pure acute geestelijke gezondheidszorg bestaat immers al een apart overleg tussen ggz verslavingszorg, ggd, politie en maatschappelijke opvang. Omdat dit andere partners zijn en andere problematiek is het niet zinvol deze beide overleggen te combineren. In het regionale overleg acute zorgketen wordt daarom alleen over de acute somatische en de acute gecombineerde somatische/psychische problematiek gesproken.

#### *Acute zorgketen*

Hoewel de definitie van acute zorg breed is, is de invalshoek van de WTZi gericht op de onderlinge afstemming van de verschillende aanbieders van acute zorg: de onderlinge aansluiting van afzonderlijke schakels in de keten van acute zorg. Dit betreft dus maar een klein deel van de totale acute zorg. Immers, het grootste deel van de spoedvragen kan beantwoord worden binnen de muren van één enkele instelling (meestal een eerstelijnszorginstelling) en heeft ook geen gevolgen voor een andere aanbieder uit de keten. De voorliggende notitie richt zich op die zorg waarbij meer dan één aanbieder van acute zorg betrokken is (direct of indirect) en waar dus sprake is van ketenzorg. De acute zorgketen start bij de acute hulpvraag van een persoon en eindigt op de plek waar die hulpvraag adequaat kan worden beantwoord.

Een acute zorgvraag kan meer of minder complex zijn hetgeen impliceert dat niet al deze patiënten uiteindelijk op een afdeling spoedeisende hulp (SEH) terecht komen. Een SEH is veelal evenmin het eindstation voor de acute zorg die het ziekenhuis moet verlenen; in feite begint ze vaak pas en komt de patiënt in het ziekenhuis zelf terecht.

Voor de acute ziekenhuiszorg betekent dit dat de acute zorg voor patiënten die op een andere wijze in een ziekenhuis terechtkomen (bijvoorbeeld via de polikliniek) en de acute zorg die in het ziekenhuis na de SEH wordt geleverd niet tot de acute zorgketen behoort en daarom niet in het regionaal overleg acute zorgketen besproken wordt. De realiteit is dat een SEH wel te onderscheiden is van de rest van het ziekenhuis, maar niet daarvan te scheiden. Immers, achter de poort van de SEH bepalen de beschikbaarheid van voorzieningen (zoals het laboratorium, de röntgenafdeling, de operatiekamer, de verloskamer en de Intensive Care afdeling), materiaal en deskundig personeel de reikwijdte van het verdere acute zorgaanbod. Acute ketenzorg betreft dus in feite de route die patiënten met een acute zorgvraag in het ge-prehospitaliseerde traject (inclusief de SEH) kunnen afleggen.

Bovenstaand onderscheid tussen acute zorg en de acute zorgketen is noodzakelijk omdat de bekostiging van de zorg aan verandering onderhevig is en de bekostiging van acute zorg (in de zin van beschikbaarheidfuncties voor acute opnames en interventies) nog allerm minst helder is. Het procesmatig regelen van de acute zorg, zoals bedoeld in de WTZi, mag niet de illusie geven dat alles in het kader van de acute zorg, ook binnen de bekostiging (bv de nieuwe DBC systematiek of varianten daarvan) geregeld is.

#### *Regionaal overleg acute zorgketen*

Bij het leveren van acute zorg zijn meerdere partijen betrokken die gezamenlijk in de regio overleg over de acute keten voeren: regionaal overleg acute zorgketen. Dit overleg richt zich op de acute zorgketen zoals hiervoor is beschreven. Om praktische redenen begint het overleg met dat deel van de acute zorgketen dat op de SEH terecht komt: het aanbod van patiënten, de 'aanvoerroute' en de SEH. Immers, bij doorverwijzingen fungeert de SEH vaak als centrale schakel in de keten die op straat, thuis of elders begint (figuur 1). Dit betekent niet dat de definitie verengd wordt tot deze groep patiënten. Het overleg pakt de onderwerpen gefaseerd op en richt zich in tweede instantie op acute patiënten die nooit op een SEH terecht komen.

Alle aanbieders van acute zorg die betrokken zijn bij de acute zorgketen nemen deel aan het regionale overleg. Dit betreft: huisartsen, huisartsenposten, verloskundigen, regionale ambulancevoorzieningen, de crisisfunctie in GGZ-instellingen, en ziekenhuizen (inclusief de

instellingen die als traumacentra zijn aangewezen)<sup>1</sup>. Bijlage 1 beschrijft meer in detail de rolverdeling tussen alle betrokkenen.

Het regionale overleg zal volgens veiligheidsregio grenzen plaatsvinden. Om te voorkomen dat de instellingen die als traumacentra zijn aangewezen meerdere regionale overleggen tegelijkertijd voeren, voegen zij de veiligheidsregio's die tot hun gebied horen samen tot één regionaal overleg acute zorgketen. Op deze wijze worden de veiligheidsregio grenzen aangehouden die van belang zijn voor de regionale ambulancevoorzieningen en de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR). Er zal hierbij zoveel mogelijk worden voortgebouwd op reeds bestaande goed werkende overlegstructuren.

### **Procesafspraken voor het regionale overleg**

Het regionaal overleg acute zorgketen heeft als doel om aanbieders van acute zorg met elkaar te laten overleggen hoe patiënten worden doorverwezen, wie in staat is welke zorg te leveren en hoe een beperking van het aanbod door de ene aanbieder kan worden opgevangen door de ander aanbieders. Met andere woorden: hoe komt de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats?

Dit **proces** wordt als volgt vormgegeven:

- 1. Ziekenhuizen die ook traumacentrum zijn starten een regionaal overleg acute zorgketen.** Daarbij moet worden bedacht, dat ziekenhuizen die wat betreft de opvang van traumapatiënten samenwerken, voor andere patiëntgroepen wellicht in een ander samenwerkingsverband acteren en afspraken maken. Het kiezen van de indeling volgens traumacentra heeft een praktische reden; hier bestaat al een vorm van overleg over de acute zorg voor een specifieke groep patiënten. De daarbij bereikte geografie is echter geenszins bedoeld definitief te zijn als het zou komen tot regionale, meer directieve vormen van sturing van patiënten die acute zorg behoeven. De traumacentra hebben in het regionale overleg vooral een initiërende rol.
- 2. Dit regionale overleg brengt het acute zorgaanbod in de regio in beeld.** Zoals hiervoor is beschreven, wordt er om praktische redenen gestart met de keten die de acute zorg doorloopt die op de SEH terechtkomt. Daarbij wordt voorzien in overlap met andere regio's zoals onder 1 beschreven. Voorts wordt de analyse in relatie gebracht met afspraken met huisartsen, huisartsenposten, verloskundigen, regionale ambulancevoorzieningen en GGZ-instellingen. Vragen die hierbij ondermeer aan de orde kunnen komen zijn: Welke acute zorgvragen komen bij welke zorgaanbieders binnen? Welke zorg wordt er geleverd? Wat zijn de actuele behandelcapaciteiten van iedere zorgaanbieder? Wat zijn de vervolgroutes? Van te voren wordt per regio gedefinieerd wat daarbij in elk geval zichtbaar moet worden. In de praktijk zal dit vaak betekenen dat impliciete afspraken expliciet gemaakt worden en (indien nodig) bediscussieerd worden in het regionale overleg. In de meeste regio's is overigens veel van wat in deze notitie staat al vanzelfsprekend. Vervolgens wordt deze analyse uitgebreid naar de acute zorg die niet op de SEH-afdeling terechtkomt, zoals de patiënt die ter plekke door de ambulancedienst geholpen kan worden.
- 3. Als een aanbieder uit de acute zorgketen wil stoppen met het leveren van acute zorg dient deze zorgaanbieder dit te melden in het regionale overleg.** Het regionale overleg bekijkt vervolgens of er een regio ontstaat waar de acute zorg onvoldoende gewaarborgd is ('witte vlek'). Heldere bereikbaarheidsnormen zijn hiervoor noodzakelijk. Het regionale overleg zoekt, in samenspraak met de betrokken zorgverzekeraars, naar oplossingen. Lukt dit niet, dan dient de zorgaanbieder het leveren van de acute zorg voort te zetten. Indien niet tot een oplossing wordt gekomen, heeft het ketenoverleg de taak een signaal af te geven aan de minister. De minister kan in het uiterste geval de zorgaanbieder via de WTZi dwingen noodzakelijk acute zorg op de betreffende locatie te blijven aanbieden. Dit geldt voor alle zorgaanbieders uit de acute keten. Op termijn zal de bekostigingssystematiek een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van witte vlekken. Het ligt immers voor de hand dat de partij die bepaalt welke instellingen bekostiging ontvangen, een rol heeft bij het voorkomen van witte vlekken. Omdat op dit moment nog niet helder is hoe het bekostigingssysteem en het daarbij behorende sturingssysteem eruit gaan zien, wordt voorlopig vastgehouden aan het hier voorgestelde systeem.

---

<sup>1</sup> Het is goed voorstelbaar dat het niet in alle stadia voor alle instellingen noodzakelijk zal zijn aan te schuiven bij het regionaal overleg acute zorg. Dit betreft bijvoorbeeld instellingen met weinig patiënten in de somatische acute zorgketen (bijvoorbeeld een GGZ-instelling). Als een instelling met de ketenpartners afspreekt tijdelijk niet aan te schuiven, blijft de instelling in ieder geval agendalid van het overleg.

## Format

Er wordt een werkgroep ingesteld die producten bepaalt die de regionale overleggen kunnen opleveren (zoals format voor nulanalyse, format voor risicoanalyse). Hierbij wordt vooral uitgegaan van de realiteit in de praktijk en de zich daarbij voordoende vragen en/of problemen. De regionale overleggen kunnen hier facultatief gebruik van maken.

Elementen die **richtinggevend** kunnen zijn om in het regionaal overleg acute zorgketen te spreken over bereikbaarheid en/of de kwaliteit te optimaliseren zijn:

1. **Kwantiteit.** Om hoeveel patiënten met een bepaald type zorgvraag (specialisme en/of patiëntencategorie) gaat het;
2. **De mate van complexiteit** (denk bijvoorbeeld aan mate van levensbedreigendheid of irreversibele schade aan gezondheid). In welke mate zijn de patiënten aangewezen op acute zorg die slechts door een (enkele) zorgaanbieder kan worden geboden;
3. **Verbeterpotentieel.** Is bij de betrokken zorgaanbieder(s) ruimte voor snelle en aanzienlijke verbetering? Het regionale overleg is een platform om succesvolle projecten breed uit te rollen bij de betrokken aanbieders van acute zorg. Op deze manier kunnen projecten sneller de projectfase overstijgen en ingebed worden in de reguliere bedrijfsvoering.

Deze drie aspecten zijn in figuur 2 aangegeven. Op basis van deze drie elementen zal het regionale overleg tot een gezamenlijke lijst met prioriteiten komen. Als randvoorwaarde geldt dat patiënten met een levensbedreigende aandoening altijd in korte tijd een plaats moeten kunnen bereiken waar stabilisatie mogelijk is. Iets wat (1) frequent voorkomt, (2) niet al te complex is en (3) qua 'aanvoerroute' voor verbetering vatbaar is (figuur 2, links-voor-onder in het model) zal prioriteit krijgen op de agenda van het regionale overleg.

## Verdere uitgangspunten

- ❖ **Er geldt geen aparte juridische status voor dit overleg.** Het is een vergadering van de ketenpartners acute zorg. De ketenpartners blijven individueel verantwoordelijk voor hun eigen zorgaanbod. Hoewel het initiatief voor dit overleg bij de instellingen die als traumacentra zijn aangewezen ligt, helpen de overige ketenpartners de traumacentra hierbij als dat nodig is. In geval partijen uit het ketenoverleg niet tot overeenstemming kunnen komen staat het partijen vrij zich rechtstreeks tot de minister te wenden.
- ❖ **De directies van de individuele instellingen zijn ervoor verantwoordelijk dat een vertegenwoordiger van de eigen instelling de bijeenkomsten bijwoont en daarvoor bestuurlijk mandaat heeft.** Solistisch praktiserende huisartsen bepalen zelf op welke wijze zij zich laten vertegenwoordigen.
- ❖ **De betrokken zorgverzekeraars worden geïnformeerd over de uitkomsten van het ketenoverleg acute zorg.** Daarnaast worden zorgverzekeraars door het ketenoverleg ingeschakeld op het moment dat een vermoeden bestaat dat er een witte vlek ontstaat. De marktleider en de regiovertegenwoordiger in de betreffende regio kunnen op die manier actief meedenken over mogelijke oplossingen.
- ❖ **Het juridisch instrumentarium voor het regionaal overleg acute zorgketen bestaat uit de WTZi, de WBMV, de WAZ en de Kwaliteitswet.** In de WTZi staat op hoofdlijnen beschreven hoe het regionaal overleg acute zorgketen functioneert en welke taken de individuele deelnemers daarbij hebben. De WTZi biedt de minister ook het instrumentarium om in te grijpen als het regionale overleg niet tot goede resultaten komt. In de beleidsvisie traumazorg in het kader van de WBMV wordt de taakverbreding van de traumacentra opgenomen. Naast de rol die de traumacentra voor de traumazorg hebben, worden de traumacentra immers initiator voor het regionale overleg dat over de gehele acute zorgketen gaat (en niet alleen traumazorg). In de WAZ wordt voor de regionale ambulancevoorzieningen opgenomen welke taken zij in het kader van het regionale overleg hebben. Deze taak is identiek aan de taken voor de overige ketenpartners, zoals beschreven in de WTZi. Al deze wetten zorgen ervoor dat voor veldpartijen duidelijk is wat er van hen verwacht wordt, en het geeft de minister een instrumentarium om in te grijpen. Daarnaast blijft de Kwaliteitswet natuurlijk van kracht, op basis waarvan de IGZ ingrijpt als de

kwaliteit van de ketenzorg in het geding is.

### **Overige aandachtspunten**

- ❖ **De overheid stelt normen voor de fysieke bereikbaarheid van acute zorg.** Deze normen zijn nodig om dreigende witte vlekken te identificeren. Professionals geven aan welke normen vanuit medisch inhoudelijk perspectief noodzakelijk zijn. Medische noodzakelijkheid is echter niet het enige punt dat bij bereikbaarheid een rol speelt. Bij strengere normen zijn meer aanbieders van acute zorg nodig en de acute zorg zal daarmee duurder worden. Uiteindelijk moet de politiek daarom hierover een besluit nemen.
- ❖ **Spiegelbeeldig aan het stellen van normen is het noodzakelijk dat goede informatie beschikbaar is.** Aanbieders van acute zorg zullen dus transparantie moeten bieden over wat zij doen. Zij zullen inzicht moeten geven in de aantallen patiënten die zij behandelen (goede registratie) en in good practices. Het Jaardocument zal hiermee uitgebreid moeten worden.
- ❖ **Er wordt geen nieuw toezichtsinstrumentarium opgezet om de uitkomsten van de regionale overleggen te monitoren.** Het is een van reguliere taken van de IGZ om toezicht uit te oefenen op de kwaliteit van de (keten)zorg. De IGZ is voornemens hierbij gebruik te maken van de kwaliteitsindicatoren voor de aansluiting tussen verschillende ketenpartners acute zorg die de IGZ samen met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu ontwikkelt (outputgericht).
- ❖ **Zoals de IGZ in het rapport 'Spoedeisende hulpverlening: Haastige spoed niet overal goed' constateerde is het belangrijk een SEH-levelindeling te ontwikkelen en in te voeren.** Qua volgtijdelijkheid is het echter raadzaam eerst per regio in kaart te brengen welke zorg waar geleverd wordt (dit gebeurt in het regionaal overleg acute zorgketen). Op basis van deze informatie worden landelijke criteria voor een SEH-levelindeling geformuleerd. Het is noodzakelijk het post-SEH deel van de keten hierbij te betrekken. Dat is buitengewoon lastig omdat daarmee de acute zorg discussie in feite een discussie wordt over de profilering van het ziekenhuis (wat kan het en wat wil het). Daarom is het uiteindelijke gebruik van de landelijke criteria voor de level-indeling facultatief. Via een inventarisatie wordt bijgehouden welke regio's daar wel en niet aan meedoen. Vooralsnog wordt hierbij uitgegaan van een SEH-levelindeling. Als blijkt dat een alternatief instrument beter transparant kan maken wie welke soort zorg levert, heeft dat natuurlijk de voorkeur.
- ❖ **De afspraken die gemaakt worden in het regionaal overleg acute zorgketen betreffen de reguliere spoedeisende hulpverlening. Maar ook over acute zorg in opgeschaalde situaties moeten afspraken worden gemaakt.** Alle algemene en academische ziekenhuizen maken afspraken met de Regionaal Geneeskundig functionaris (RGF) over hun inzetmogelijkheden bij opgeschaalde hulpverlening. De RGF heeft met het regionaal overleg acute zorgketen een structuur om afspraken te maken met alle aanbieders van acute zorg. De RGF zou betrokken kunnen worden bij het regionaal overleg acute zorgketen als agendalid. Uiteindelijk blijft de RGF verantwoordelijk voor de organisatie van de GHOR en de hulpverleningsprocessen binnen de veiligheidsregio. De instellingen zelf blijven verantwoordelijk om goed voorbereid te zijn op rampen. De aanpak van een ramp is immers niets anders dan opgeschaalde reguliere zorg.

De delen uit de beleidsvisie en beleidsregels WTZi die de acute zorg betreffen, zijn bijgevoegd in bijlage 2.

## **Bijlage I: Rolverdeling**

Er zijn verschillende spelers die ieder een eigen rol hebben om het regionaal overleg acute zorgketen goed te laten werken.

### A. Ziekenhuizen die ook traumacentrum zijn

De ziekenhuizen die ook traumacentrum zijn, zijn initiator van het regionaal overleg acute zorgketen. Zij zorgen ervoor dat er regelmatig overlegd wordt (het traumacentrum schat in hoeveel overleggen per jaar nodig zijn om de keten goed te organiseren) en dat alle partijen voor dit overleg uitgenodigd worden. Tijdens het overleg, voeren de traumacentra echter op gelijkwaardige voet overleg met de andere zorgaanbieders. Wel leggen zij de gemaakte afspraken vast. Ook zijn de traumacentra voor externen aanspreekpunt voor het regionale overleg. Als het regionale overleg constateert dat een bepaalde zorgaanbieder niet constructief meewerkt, dient het traumacentrum dit namens het ketenoverleg aan de minister melden. Dit gebeurt natuurlijk alleen in het uiterste geval, als de zorgaanbieders gezamenlijk constateren dat zij er zonder hulp van de minister niet uitkomen. Ten slotte zorgt het traumacentrum ervoor dat de betrokken zorgverzekeraars geïnformeerd worden over de uitkomsten van het overleg. Omdat het traumacentrum een instelling is, die voor een regio als traumacentrum is aangewezen, is de Raad van Bestuur van de instelling ervoor verantwoordelijk dat deze rol goed uitgevoerd wordt.

### B. Overige ketenpartners acute zorg

Iedere instelling vaardigt naar het regionaal overleg acute zorgketen een vertegenwoordiger af met bestuurlijk mandaat. De directies van de individuele instellingen zijn hiervoor verantwoordelijk. Solistisch praktiserende huisartsen bepalen zelf op welke wijze zij zich laten vertegenwoordigen. Via de WTZi zijn alle ketenpartners verplicht constructief mee te werken aan het ketenoverleg. Daarnaast dient een zorgaanbieder die wil stoppen met het leveren van acute zorg, dit te melden in het regionale overleg. Het regionale overleg bekijkt vervolgens of er een 'witte vlek' ontstaat. Ketenpartners kunnen niet stoppen met het leveren van acute zorg, als blijkt dat de andere zorgaanbieders uit de keten acute zorg niet in staat zijn de wijzigingen in het zorgaanbod op te vangen. In het uiterste geval kan een ketenpartner door de minister van VWS via bestuurlijke dwang of het wijzigen van de toelating in een toelating waarin de verplichting is opgenomen dat de 7x24 uren acute zorg functie op een bepaalde locatie moet worden opengehouden, gedwongen worden de acute zorg te continueren. Het is belangrijk op te merken dat dit alleen geldt voor het wijzigen van het huidige acute zorg aanbod. Het geldt dus niet voor het aanbod van planbare zorg. Ook kan een instelling niet gedwongen worden meer zorg te leveren dan het nu al levert.

### C. Centrale overheid

Het leveren van kwalitatief goede zorg is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders. De overheid heeft daarbij een faciliterende rol. Bij het ketenoverleg acute zorg heeft de centrale overheid vier taken:

#### *1. Toezicht op verantwoorde zorg door acute zorg keten*

De IGZ speelt de belangrijkste rol in het toezicht op de handhaving van de levering van verantwoorde zorg door acute zorg keten, zoals omschreven in de kwaliteitswet zorginstellingen. Haar toezicht is gebaseerd op de normen en richtlijnen die de beroepsgroepen, betrokken bij de zorg binnen de acute zorg keten, vaststellen.

#### *2. Landelijke criteria voor de level-indeling voor SEH-afdelingen van ziekenhuizen*

Idealerweise formuleert de beroepsgroep zelf kwaliteitsnormen. Bij acute ziekenhuiszorg zijn echter meerdere beroepsgroepen betrokken. Deze notitie stelt daarom voor dat de overheid tot die tijd deze rol van de beroepsgroep zal overnemen en daarbij alle relevante partijen zal betrekken. VWS zet daarom een werkgroep op die de landelijke criteria voor een SEH levelindeling ontwikkelt.

#### *3. Normen stellen voor de fysieke bereikbaarheid van acute zorg*

Zoals in de hoofdtekst is gesteld dient de overheid, en daarmee de politiek, een besluit te nemen over normen voor de fysieke bereikbaarheid van acute zorg.

#### *4. Advies ketenoverleg bestuurlijk bekrachtigen*

Als het ketenoverleg acute zorg, via het traumacentrum, signaleert dat een zorgaanbieder weigert mee te werken aan het ketenoverleg acute zorg, grijpt de minister in. Dit is een ultieme remedie die hopelijk niet gebruikt hoeft te worden. De WTZi biedt de mogelijkheid van bestuursdwang en, in het uiterste geval, de mogelijkheid om de toelating in te trekken. Ook bestaat er de mogelijkheid de toelating van een instelling te wijzigen in een toelating waarin de verplichting is opgenomen dat de acute zorg op een bepaalde locatie gecontinueerd moet worden.

#### D. Zorgverzekeraars

De betrokken zorgverzekeraars worden geïnformeerd over de uitkomsten van het ketenoverleg acute zorg. Zorgverzekeraars hebben nu echter geen sturingsmogelijkheden om de acute zorgvraag te sturen op het moment dat de acute zorg voor een patiënt noodzakelijk is. Ook hebben zij in het huidige bekostigingssysteem beperkte mogelijkheden om de inrichting van het totale beschikbare aanbod van acute zorg te beïnvloeden. Mogelijk krijgen zorgverzekeraars in de toekomst hierin een grotere rol. Dit wordt besproken in het traject rondom de DBC bekostiging ziekenhuizen waarover in de hoofdtekst meer uitleg is gegeven. Tot die tijd worden zorgverzekeraars door het ketenoverleg ingeschakeld op het moment dat een vermoeden bestaat dat er een witte vlek ontstaat. De marktleider en de regiovertegenwoordiger in de betreffende regio kunnen op die manier actief meedenken over mogelijke oplossingen.

#### E. Belanghebbenden

Zowel de provincie, de gemeenten als patiënten hebben belangen bij de besluiten die genomen worden over het acute zorg aanbod. Net als bij de WZV, worden zij bij de WTZi als belanghebbenden betrokken bij de totstandkoming van het Lange Termijn Huisvestingsplan (LTHP) van de ziekenhuizen. Een onderdeel van het LTHP is de functieverdeling over ziekenhuislocaties.

## **Bijlage II a: beleidsvisie WTZi (deel regionaal overleg acute zorgketen)**

### *Acute zorg*

Acute zorg doet zich voor bij een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling. Er is dan sprake van een levensbedreigende situatie of van een situatie waarbij uitstel van hulp ernstige gevolgen heeft voor de gezondheid. Het is van groot belang dat deze zorg voor een ieder binnen redelijke tijd toegankelijk is.

De toegankelijkheid van de acute zorg is op dit moment goed geborgd. In mijn brief van 26 september 2003 (TK 27 295, nr. 56), heb ik aangegeven dat volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu 98,8% van de bevolking binnen 45 minuten (15 minuten aanrijtijd, 5 minuten stabiliseren en 25 minuten rijtijd) per ambulance een ziekenhuis met Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) kan bereiken. Bijlage 1 geeft een overzichtskaart weer van Nederland met de huidige reistijden naar SEH-faciliteiten.

Ten aanzien van de spreiding van zorgvoorzieningen zijn de betrokken regionale partijen zelf verantwoordelijk voor de variatie, differentiatie en invulling. Ik heb in mijn beleidsvisie acute zorg (TK 29247, nr.1, 10 oktober 2003) aangegeven de ketenbenadering in de organisatie van de spoedeisende hulpverlening centraal te willen stellen, om de acute zorg ook in de toekomst goed toegankelijk te houden. Uitgangspunt is de "veldnorm": patiënten die acute zorg nodig hebben moeten binnen een kwartier door een ambulance bereikt worden om de primaire behandeling te kunnen laten beginnen. Bij huisartsen rust de inspanningsverplichting om binnen 15 minuten bij de patiënt te zijn. Het referentiekader "Spreiding en bereikbaarheid", waarover ik u op 3 mei 2004 (TK 29 247, nr.13) heb geïnformeerd, heeft in kaart gebracht hoeveel ambulancestandplaatsen nodig zijn om 95% van de bevolking binnen een kwartier door een ambulance te laten bereiken. In aansluiting moet hierop een werkend systeem zijn (7x24 uur beschikbaar) dat op voorhand aangeeft naar welke instelling de betreffende patiënt vervoerd kan of moet worden. Elke regio moet, op initiatief van het betreffende traumacentrum, hiervoor een passende oplossing zoeken. Er zijn 25 regio's voor acute zorg die samenwerken met 10 traumacentra. Alle zorgaanbieders in de keten worden hierbij betrokken: huisartsen, verloskundigen, regionale ambulancevoorzieningen, ggz-instellingen, ziekenhuizen en traumacentra. Dit geeft een beeld van de verschillende behandelmogelijkheden en -capaciteiten in de regio, een zogenaamde level-indeling. Deze level-indeling maakt voor alle ketenpartners transparant wie welk level zorg aan kan bieden. De traumacentra bepalen objectieve landelijke criteria voor deze level-indeling; één van de levels betreft in ieder geval de ziekenhuisvorm waarmee acute basiszorg kan worden geleverd. Zorgverzekeraars gebruiken deze level-indeling om acute zorg in te kopen. De consequenties van eventuele wijzigingen in het zorgaanbod van één van de zorgaanbieders in de keten acute zorg dienen binnen de regio te worden opgevangen. In de beleidsregels WTZi wordt opgenomen dat basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en ggz-instellingen dienen deel te nemen aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde ketenoverleg acute zorg, en de in dat overleg gemaakte afspraken dienen na te komen. Het kan zijn dat in het ketenoverleg acute zorg wordt vastgesteld dat in de regio behoefte is aan bepaalde vormen van acute zorg, en de verzekeraar niet in staat is die zorg in te kopen omdat een bepaalde instelling weigert die zorg aan te bieden. In dat geval kan ik aan de toelating van de betreffende instelling het voorschrift verbinden dat de instelling de noodzakelijke zorg aanbiedt op een bepaalde locatie. Dit kan bijvoorbeeld resulteren in het verplicht openhouden van de SEH op een bepaalde locatie. De wet biedt bij het overtreden van de in de toelating gestelde voorwaarden de mogelijkheid van bestuursdwang en, in het uiterste geval, de mogelijkheid om de toelating in te trekken. Dit is een ultimatum remedium dat alleen in uitzonderlijke gevallen dient te worden gebruikt.

De afspraken die gemaakt worden in het ketenoverleg acute zorg betreffen de reguliere spoedeisende hulpverlening. Maar ook over acute zorg in opgeschaalde situaties moeten afspraken worden gemaakt. Van opgeschaalde hulpverlening is sprake wanneer zich tegelijkertijd meer patiënten/slachtoffers aandienen in het ziekenhuis dan waar de normale ziekenhuisbezetting op gebaseerd is. De voorbereiding van algemene en academische ziekenhuizen op opgeschaalde inzet is van groot belang bij deze bijzondere vorm van medische hulpverlening. Alle algemene en academische ziekenhuizen maken afspraken met de Regionaal Geneeskundig functionaris over hun inzetmogelijkheden bij opgeschaalde hulpverlening. De Regionaal Geneeskundig functionaris sluit met elk ziekenhuis een contract waarin de afspraken vastgelegd zijn. De afspraken omvatten de voorbereidingen zoals vastgelegd in een actueel plan voor "ziekenhuis in bijzondere omstandigheden" en een afgestemde frequentie en schaal waarin een en ander geoefend wordt.



De acute psychiatrie is een speciale vorm van acute zorg. Acute psychiatrie kan namelijk zowel op vrijwillige basis als gedwongen plaatsvinden, op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Bij een crisisopname op grond van de Wet Bopz, dient in een eerste opname te worden voorzien op een zo kort mogelijke afstand van de woonomgeving van de hulpvrager. Een Bopz-patiënt kan alleen opgenomen worden -gezien de gestelde veiligheidseisen aan het gebouw, voor patiënt en personeel- wanneer de aanbieder van zorg daarvoor een aanwijzing in het kader van de Wet Bopz heeft. Binnen de keten van acute geestelijke gezondheidszorg worden afspraken gemaakt over voldoende plaatsen in de regio.

## **Bijlage II b: Beleidsregels WTZi (deel regionaal overleg acute zorgketen)**

### **Borging spreiding en bereikbaarheid acute zorg**

Van alle ziekenhuizen nemen basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen deel aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde ketenoverleg acute zorg. De in dat overleg gemaakte afspraken dienen te worden nagekomen. De instelling legt in het jaarverslag verantwoording af over de wijze waarop de instelling invulling heeft gegeven aan de in het overleg gemaakte afspraken.

### **Toelichting**

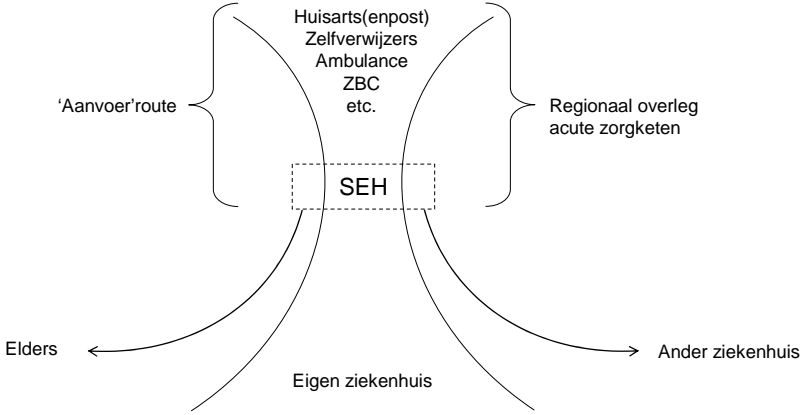
Ten aanzien van de spreiding van zorgvoorzieningen zijn de betrokken regionale partijen zelf verantwoordelijk voor de variatie en differentiatie en invulling. Bij de organisatie van de spoedeisende hulpverlening wordt uitgegaan van de ketenbenadering. Uitgangspunt is de "veldnorm": patiënten die acute zorg nodig hebben moeten binnen een kwartier door een ambulance bereikt worden om de primaire behandeling te kunnen laten beginnen. Bij huisartsen rust de inspanningsverplichting om binnen 15 minuten bij de patiënt te zijn. Aansluitend dient er een werkend systeem te zijn (7x24 uur) waarin op voorhand duidelijk is naar welke instelling de betreffende patiënt vervoerd kan c.q. moet worden. Daarbij moet per regio, op initiatief van het betreffende traumacentrum, een passende oplossing worden gezocht. De consequenties van eventuele wijzigingen in het zorgaanbod van één van de zorgaanbieders in de keten acute zorg dienen binnen de regio te worden opgevangen.

Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen dienen deel te nemen aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde ketenoverleg acute zorg, en dienen de in dat overleg gemaakte afspraken na te komen.

Als in het ketenoverleg acute zorg geconcludeerd wordt dat in de regio behoefte is aan bepaalde vormen van acute zorg, en het niet mogelijk blijkt voor de verzekeraar die zorg in te kopen omdat een bepaalde instelling weigert die zorg aan te bieden, kan ik aan de toelating van de betreffende instelling het voorschrift verbinden dat die instelling de noodzakelijke zorg aanbiedt. Dit kan bijvoorbeeld resulteren in het verplicht openhouden van de Spoedeisende hulp (SEH) op een bepaalde locatie. Indien sprake zou zijn van het niet nakomen van de in de toelating verbonden voorschriften, biedt de wet de mogelijkheid van bestuursdwang en, indien nodig, de mogelijkheid om de toelating in te trekken. Dit is een laatste redmiddel dat ik alleen zal gebruiken op een dringend, gezamenlijk verzoek van de zorgverzekeraar en het traumacentrum, als initiatiefnemer van het ketenoverleg acute zorg.

**Bijlage III: powerpoint figuren**

Figuur 1:



Figuur 1

Figuur 2:

