



Landelijk netwerk
acute zorg

Landelijk Beleidskader 3.0 Risicomanagement & Crisisbeheersing voor de zorg

Opleiden, trainen en oefenen (OTO)

De zorg samen beter voorbereid middels opleiden, trainen en oefenen (OTO), de vrijblijvendheid voorbij

Versie: 0.9

Datum: September 2022

Looptijd: 2022-2024

Inhoud

Voorwoord	3
1. Inleiding.....	4
1.1 Historie	4
1.2 Doelstelling en ambities	4
2. Structuur van het programma Risicomanagement en Crisisbeheersing	9
2.1 Inleiding.....	9
2.2 Programmastructuur Risicomanagement en Crisisbeheersing	9
3. Beleidsthema's van het programma Risicomanagement en Crisisbeheersing	14
4. OTO-financiering en verantwoording	17
Bijlage 1 OTO-Convenant	18
Bijlage 2 wijziging Uitvoeringsbesluit Wkkgz en Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG ..	22

Voorwoord

Voor u ligt het Landelijke Beleidskader Risicomanagement en Crisisbeheersing. Dit beleidskader is een herijking en aanscherping van het Landelijk convenant inzake het OTO ter voorbereiding op rampen en crises (zie bijlage 1). Het beleidskader biedt richtlijnen voor een effectievere en efficiëntere samenwerking binnen en tussen de acute zorgnetwerken. Het OTO-convenant is geïntegreerd in dit beleidskader.

Dit beleidskader is richtinggevend voor de wijze waarop de acute zorgnetwerken de activiteiten van, voor en door de zorgaanbieders ondersteunen. Het plan kijkt vooruit, stelt nieuwe doelen en bouwt voort op het Beleidskader 2.0. In dit beleidskader richten we ons meer op landelijke samenwerking en uniformiteit. Ook maken we naast crisisbeheersing een verbreding naar risicomanagement. OTO is een middel om beide processen in te vullen en te borgen.

Met het schrijven van dit beleidskader is besloten om een nieuwe tweejarige herzieningscyclus te starten. Zo kunnen we sneller inspelen op ontwikkelingen in de zorg die, mede door de opkomst van nationale crises, elkaar in hoog tempo opvolgen. We hebben te maken met een veranderende maatschappij die steeds complexer wordt en afhankelijker is van de beschikbaarheid van vitale infrastructuur. Crises die de individuele zorgaanbieders overstijgen en regionaal of landelijk opgepakt moeten worden, komen steeds vaker voor. Daarnaast hebben we te maken met de effecten en impact van crises die niet alleen worden bepaald door het incident, maar ook door de omstandigheden waaronder een incident plaatsvindt en hoe de maatschappij hierop reageert. We hebben lessen geleerd uit o.a. de aanpak van COVID-19 en de waterramp in Limburg. Deze situaties hebben ons meer dan ooit tevoren geleerd hoe belangrijk samenwerking is in de acute zorgketen en met de partners daaromheen.

Met het beleidskader 3.0 hebben zorgaanbieders die zijn verenigd in de acute zorgnetwerken een stevige basis. Hiermee kunnen zij zich goed voorbereiden op opgeschaalde zorg om de zorgcontinuïteit in de regio's te waarborgen bij rampen en crises. Zo dragen we bij aan de integrale voorbereiding op rampen en crises. Het geeft zorgaanbieders en medewerkers die betrokken zijn bij risicomanagement, crisisbeheersing en rampenopvang, houvast bij de voorbereiding en uitvoering van hun taak. De toekomstige (OTO-)programma's en activiteiten moeten erin voorzien dat deze zorgmedewerkers stevig in hun schoenen staan en dat de zorgaanbieders weerbaar en flexibel zijn om in tijden van crisis zorg te kunnen blijven leveren.

De veiligheidsregio's, en met name de Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio (GHOR), zijn belangrijke samenwerkingspartners in regionale en landelijke crisisbeheersing en hebben hierin hun eigen (wettelijke) taak. De samenwerking met partijen uit de AMvB acute zorg - ziekenhuizen, ambulancediensten, gemeenschappelijke gezondheidsdienst (GGD), huisartsen(posten), verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT), gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ), revalidatiezorg en apothekers - wordt de komende jaren versterkt en uitgebreid.

De acute zorgnetwerken zetten daarbij in op meer uniformiteit. De verenigde netwerkorganisaties leveren samen met onze partners aan de hand van dit beleidskader een bijdrage aan het streven naar een voorbereiding op rampen en crises die aansluit bij de actuele (inter)nationale kwaliteitskaders en -standaarden zoals het Kwaliteitskader Crisisbeheersing & OTO (2016).

1. Inleiding

In februari 2020 werd Nederland geconfronteerd met de coronapandemie die leidde tot een nationale gezondheids crisis én een maatschappelijke crisis. De impact van het virus op de gehele acute zorgketen was, en is nog steeds, immens. Door de pandemie kwam het belang en soms ook de complexiteit van de samenwerking in de zorgketen naar boven. De pandemie heeft ervoor gezorgd dat de manier van samenwerken, zowel binnen de zorgketen als met externe netwerkpartners, sterk is doorontwikkeld en steviger is gepositioneerd.

1.1 Historie

In 2012 is het beleidskader Crisisbeheersing en OTO ontwikkeld als aanscherping van en verdieping op het OTO-convenant. Het bood richtlijnen voor een effectievere en efficiëntere samenwerking binnen en tussen de acute zorgnetwerken. Sinds 2012 kunnen zorgaanbieders en ROAZ'en de voorbereiding op rampen en crises en OTO-activiteiten systematisch oppakken op basis van het beleidskader Crisisbeheersing en OTO, het OTO-convenant, en het kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0¹.

Vanaf 2014 zijn door een aanwijzing van de minister aan de NZa de OTO-gelden structureel geworden en omgezet naar een beschikbaarheidsbijdrage OTO. Daarmee is er sprake van een programma Crisisbeheersing en OTO. Tegelijk met deze aanvraag heeft de NZa nieuwe afspraken gemaakt met acute zorgnetwerken over de aanvraag en de verantwoording van de OTO-gelden. Deze afspraken zijn in 2021 herzien.

In 2016 vond er een herziening plaats op het Landelijke Beleidskader Crisisbeheersing en OTO. Daarin is de focus verbreed van klassieke rampen naar moderne crisisbeheersing. In 2020 zou het beleidskader voor de tweede maal herzien worden. De coronapandemie heeft de herziening vertraagd, maar droeg ook bij aan een vernieuwde blik op de manier waarop de netwerken acute zorg zich (willen) voorbereiden op rampen en crises.

1.2 Doelstelling en ambities

We kiezen voor een beleidskader dat meegaat met zijn tijd en waar de lessen uit het verleden, waaronder die van de pandemie, in meegenomen worden. Daarom kent het beleidskader een tweejarige herzieningscyclus in plaats van een vierjarige.

We willen bereiken dat de zorgaanbieders zo voorbereid zijn dat iedere patiënt of cliënt met een acute zorgvraag te allen tijde, dus ook bij rampen en crisis, tijdig op de juiste plaats de juiste zorg ontvangt, ook in omstandigheden waarin de reguliere maatregelen niet meer toereikend zijn.

¹ Het wettelijke kader voor OTO en crisisbeheersing is geborgd in het OTO-convenant tussen VWS en koepels van zorginstellingen (2008). Sinds 1 januari 2022 is de wetgeving uitgebreid middels een aanvulling in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) d.m.v. een algemene maatregel van bestuur (AMvB). Het artikel geldt als vervanging van de Wet toelating zorginstellingen (WTZI).

De volgende vier ambities staan centraal in dit plan:

- 1.** we werken in de voorbereiding op rampen en crises zoveel mogelijk samen tenzij het alleen moet;
- 2.** we verbreden de scope naar risicomanagement naast crisisbeheersing, met OTO als onderdeel van beide processen;
- 3.** we borgen de basis middels de PDCA-cyclus²;
- 4.** we richten ons op integratie en samenwerking in een breder netwerk.

1. We werken samen, tenzij het alleen moet

De acute zorgnetwerken en ondersteunende bureaus zijn niet allemaal op dezelfde wijze georganiseerd. De inrichting is in sommige gevallen verschillend en de regionale cultuur, ambities, risico's en beleidskeuzes ten aanzien van de concentratie van (acute) zorg bepalen voor een groot deel hoe de werkzaamheden worden uitgevoerd. De pandemie heeft ons geleerd dat samenwerking binnen de netwerken en met externe partners enorm belangrijk is. Door samen te werken, duidelijke afspraken te maken en uniform te handelen, ontstaat een eenduidig geluid naar buiten en hoeft niet iedere organisatie opnieuw het wiel uit te vinden.

Zowel binnen de regio's als tussen regio's streven de acute zorgnetwerken met hun ondersteunende bureaus naar een intensievere samenwerking waarin zoveel mogelijk wordt gewerkt vanuit uniforme structuren en inhoud. De vrijblijvendheid rondom samenwerking en uniformiteit vervalt daarmee.

Het is vooral van belang dat de samenwerking niet vrijblijvend is, wanneer landelijke uniformiteit noodzakelijk is in uitvoering en inhoud van het programma Risicomanagement en Crisisbeheersing. Denk hierbij aan (nieuwe) risico's en bedreigingen zoals extreem geweld, digitale ontwrichting en infectieziekten, en het crisispotentieel en de mogelijke impact van deze risico's en bedreigingen. Een ander voorbeeld betreft de definities, taakkaarten en competentieprofielen van sleutelfunctionarissen. Vanuit het oogpunt van (boven)regionale samenwerking is een verschil in definities onwenselijk en een belemmerende factor in de voorbereiding en in de daadwerkelijke beheersing van een ramp of crisis. Daarom is ook hierbij landelijke uniformiteit noodzakelijk.

Vanuit de domeinen risicomanagement en crisisbeheersing komt er binnen de regio's meer aandacht voor inhoudelijke afstemming en samenwerking op het gebied van risico's, planvorming, OTO-activiteiten en crisisbeheersing. Tussen de regio's wordt (op landelijk niveau) intensiever samengewerkt, waarbij projectmatig zoveel mogelijk gezamenlijk wordt ontwikkeld. Dit wordt afgestemd in het Landelijk Platform Risicomanagement en Crisisbeheersing (zie ook hoofdstuk 2).

2. We verbreden de scope naar risicomanagement naast crisisbeheersing, met OTO als onderdeel van beide processen

Recente incidenten en crises hebben opnieuw benadrukt dat het voorbereid zijn op rampen en crises begint bij het onderkennen van de relevante risico's voor de individuele zorgaanbieders en de regio. Met de komst van nieuwe dreigingen die de continuïteit van de zorg in gevaar brengen, is het belangrijk om bewustzijn en gevoel van urgentie te creëren. Welke risico's komen op ons af en hoe kwalificeren we die? Daarom verbreden

² De PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act) is een methode waarmee je stap voor stap je werk, prestaties en organisatie beter kunt maken om zo continu te verbeteren. (William Edwards Deming)

we de scope van enkel Crisisbeheersing en OTO naar Risicomanagement en Crisisbeheersing.

OTO is een middel om de voorbereiding op rampen en crises in te vullen en te borgen. Hierbij wordt nadrukkelijk samenwerking gezocht met de expertise en inzichten van de GHOR-organisaties.

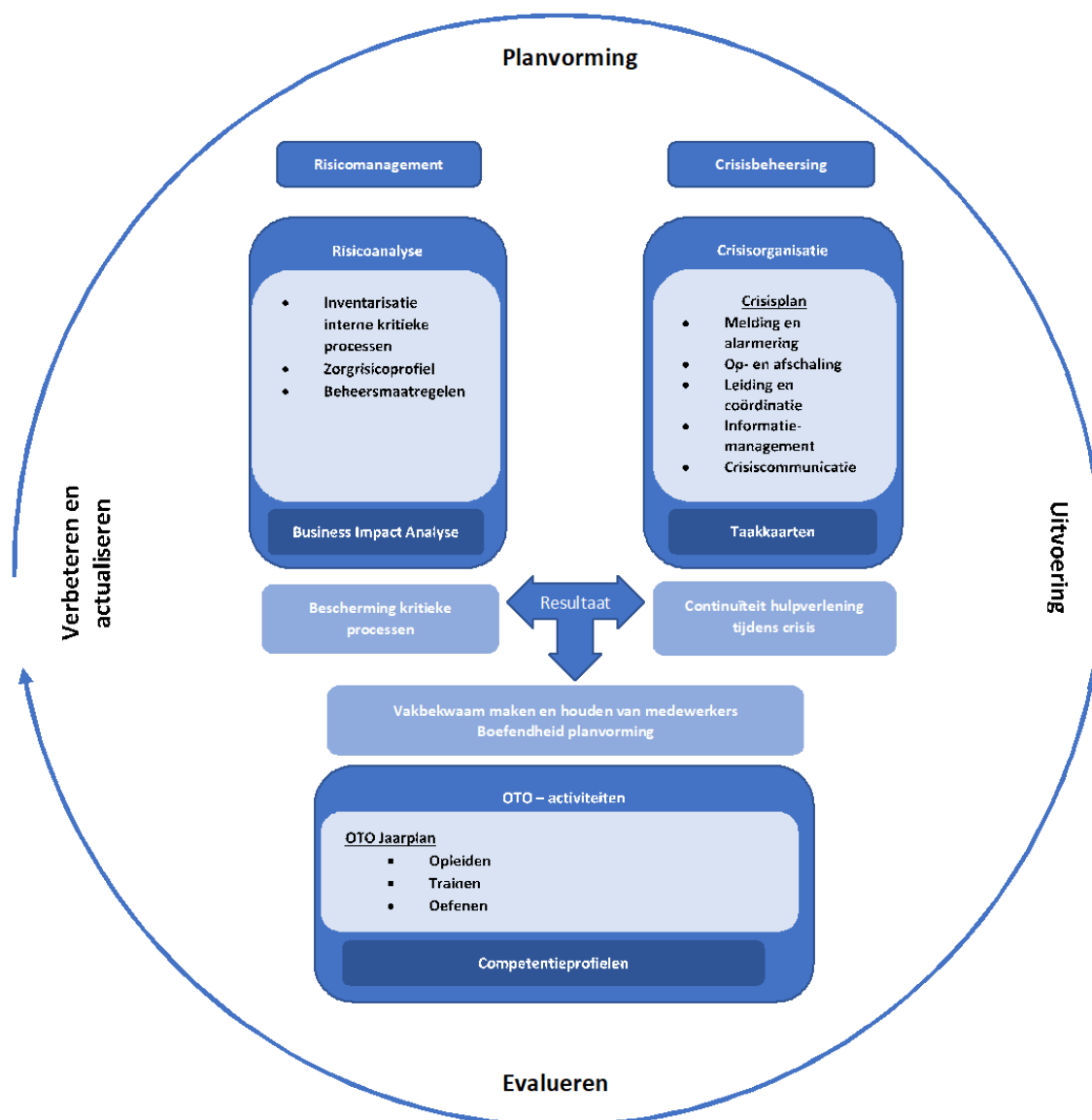
Omdat risico's een subjectief karakter kennen, onverwacht optreden en gevolgen hebben voor de continuïteit van zorg van zorgaanbieder (omdat kritieke processen worden geraakt), is het van belang om inzicht te hebben in deze risico's. De pandemie heeft het ontstaan van cascade-effecten duidelijk laten zien. Dit onderstreept het belang van een meer risicogerichte benadering en risicomanagement als stap vóór crisisbeheersing.

Rampen en crises kunnen met een zorgvuldige risicoanalyse met bijbehorende impactanalyse effectiever en efficiënter worden voorbereid dan wanneer alleen vanuit OTO-activiteiten wordt geanticipeerd op specifieke scenario's. Een effectievere voorbereiding wordt vooral bereikt door (crisis)planvorming en OTO-activiteiten primair af te stemmen op risico's die de kritieke processen van zorgaanbieders kunnen verstoren. Er kan een efficiëntieslag worden gemaakt door oog te hebben voor deze risico's in de toekenning van gelden binnen de regio's. Gelden worden op die manier proportioneel ingezet en kennen een minder historisch repeterend karakter. De focus wordt hiermee verlegd van het denken in plannen en willekeurige scenario's als basis voor OTO-activiteiten, naar het denken in kritieke processen en de risico's die hierop van toepassing zijn.

Een actuele en zorgvuldige risicoanalyse (op basis van kritieke processen) wordt daarmee een belangrijke randvoorwaarde voor de inzet van gelden en de focus van het OTO-programma van zorgaanbieders en binnen de regio. Om deze randvoorwaarde goed in te vullen is het van belang dat wordt voorzien in uniforme hulpmiddelen en regionale structuren.

De veiligheidsregio's maken de regionale risicoprofielen op. De GHOR-bureaus vertalen dit in samenwerking met de ROAZ'en naar een zorgrisicoprofiel voor de zorgorganisaties in de regio. Dit zorgrisicoprofiel is een van de bouwstenen om te inventariseren welke crisistypen (in de externe omgeving) het meest relevant zijn voor de acute en publieke geneeskundige zorg.

De risicoanalyse en het zorgrisicoprofiel komen terug in het nieuwe kwaliteitsmodel (figuur 1). Het kwaliteitsmodel bestaat uit twee staven. Die zijn enerzijds gebaseerd op het inzicht in relevante risico's en de doorvertaling daarvan in planvorming en beheersmaatregelen. Anderzijds is er aandacht voor crisisbeheersing en de doorvertaling naar planvorming. Beide staven worden ondersteund en geborgd met concrete OTO-activiteiten met als doel het vakbekwaam maken en houden van sleutelfunctionarissen in de (crisis)organisatie. Door continu aandacht te hebben voor evaluaties van oefeningen en incidenten kunnen verbeteringen worden doorgevoerd. De acute zorgnetwerken geven binnen deze cyclus advies, richting en structuur aan de zorgaanbieders.



Figuur 1: Kwaliteitsmodel Aantoonbaar Voorbereid op rampen en crises (let op boefendheid)

3. We borgen de basis middels de PDCA-cyclus

We ondersteunen de ketenpartners zodanig dat de zorgaanbieders in de acute zorgketen conform de geldende kwaliteits- en normenkaders voorbereid zijn op rampen en crisis, zodat ze hiermee aan hun wettelijke verplichtingen voldoen; primair het borgen van de continuïteit en kwaliteit van de (acute) zorg.

De acute zorgnetwerken maken gebruik van de PDCA-kwaliteitscyclus. Deze is opgenomen in het nieuwe Kwaliteitsmodel Aantoonbaar Voorbereid op rampen en crises (figuur 1).

4. We richten ons op integratie en samenwerking in een breed netwerk

De pandemie heeft ons geleerd dat samenwerking in de hele acute zorgketen noodzakelijk is om de continuïteit van zorg te garanderen. Organisaties in de acute- en niet-acute zorg zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Ze hebben elkaar nodig bij (dreigende) opgeschaalde zorg, rampen en crises in de eigen regio en daarbuiten. Zo zijn

partijen als bijvoorbeeld de VVT, GGZ, gehandicaptenzorg, revalidatiecentra en apothekers tijdens de pandemie in alle regio's nauw betrokken geweest in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). Dit had een grote meerwaarde voor alle partijen. Verdere integratie van deze partijen binnen het programma Risicomanagement en Crisisbeheersing is noodzakelijk om ook in de toekomst voorbereid te zijn op rampen en crises die zorgcontinuïteit bedreigen.

Een belangrijk onderdeel van deze ambitie is om de samenwerking met de GHOR-bureaus in de regio's te intensiveren. Daarbij staat het samen doen en samenwerken centraal. Door de samenwerking op het gebied van risicomanagement en crisisbeheersing verder uit te rollen profiteert de zorgaanbieder binnen het netwerk maximaal van de capaciteit, kennis en mogelijkheden van de bureaus van de netwerken acute zorg en de GHOR-bureaus. In veel regio's wordt inmiddels al nauw samengewerkt. De ontwikkelingen van dit moment (AMvB acute zorg, evaluatie Wet veiligheidsregio's en diverse onderzoeksrapporten) vragen om intensievere samenwerking.

Met bovenstaande ambities in het achterhoofd geeft dit beleidskader inzicht in de vernieuwde ambitie, die primair gericht is op intensievere samenwerking in de toekomst. Het beleidskader biedt houvast om toe te werken naar het landelijk programma Risicomanagement en Crisisbeheersing.

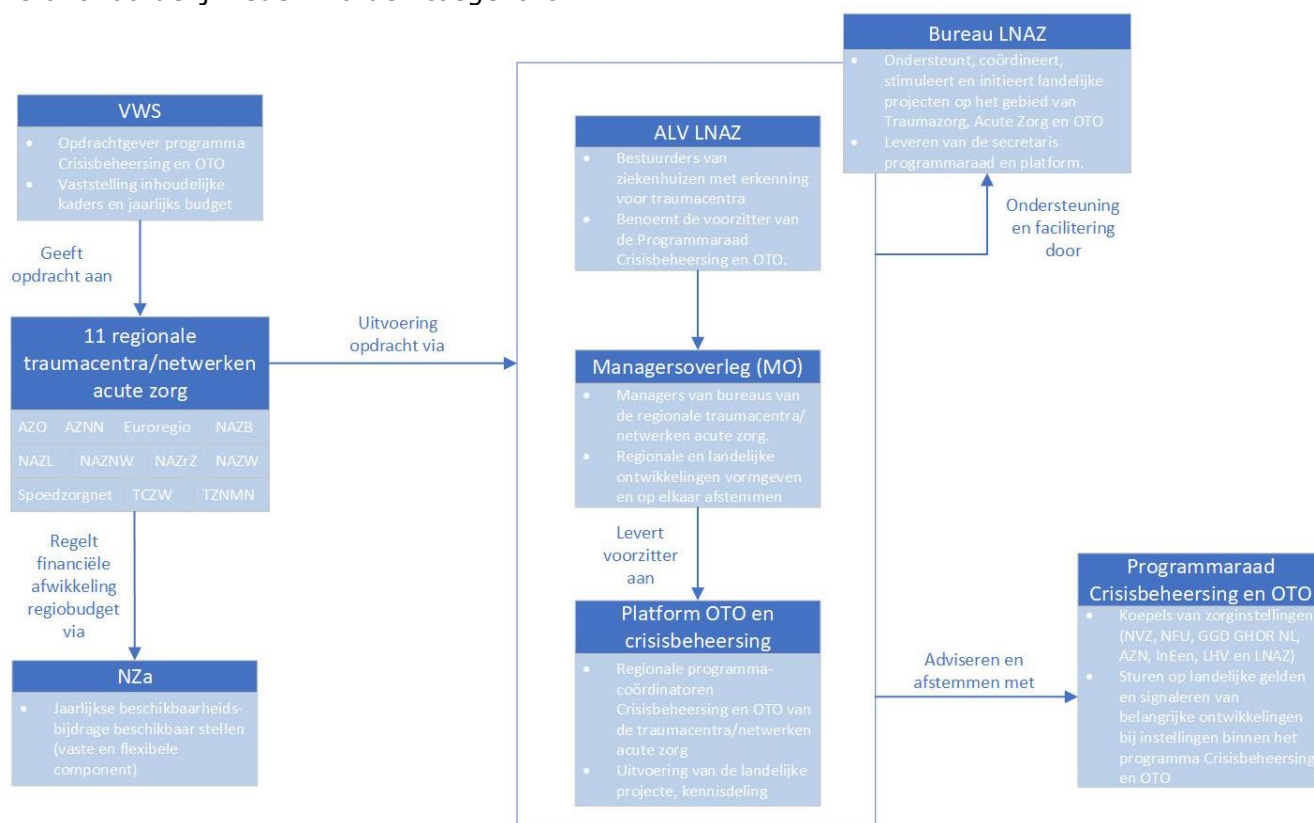
2. Structuur van het programma Risicomanagement en Crisisbeheersing

2.1 Inleiding

Het programma Risicomanagement en Crisisbeheersing heeft een duidelijke en effectieve structuur nodig met duidelijkheid over landelijke versus regionale besluitvorming. Voor deze effectieve structuur is het van belang dat de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden worden geformuleerd voor alle betrokkenen als ALV LNAZ, Programmaraad Risicomanagement en Crisisbeheersing, Platform Risicomanagement en Crisisbeheersing en de acute zorgnetwerken.

2.2 Programmastructuur Risicomanagement en Crisisbeheersing

Deze paragraaf beschrijft de samenhang tussen de verschillende gremia in het Programma Risicomanagement en Crisisbeheersing. De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden worden toegelicht.



Figuur 3: Organogram programma Risicomanagement en Crisisbeheersing

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

VWS is de opdrachtgever van het programma Risicomanagement en Crisisbeheersing, stelt hiervoor de inhoudelijke kaders vast en stelt budget beschikbaar in de vorm van de beschikbaarheidsbijdrage OTO aan de ziekenhuizen met een erkenning als traumacentrum. Deze gelden zijn ten behoeve van de ROAZ-regio's. VWS ontvangt jaarlijks een (gebundelde) verantwoording van de regionale en landelijke OTO-

activiteiten binnen het programma. Dit wordt beschreven in het Jaarverslag Risicomanagement en Crisisbeheersing van het betreffende jaar. Tweejaarlijks wordt dit jaarverslag aangevuld met een rapportage over de mate van voorbereiding op rampen en crises van de zorgsector. De financiële afwikkeling van het regiobudget vindt in opdracht van VWS plaats door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

NZa

De acute zorgnetwerken vragen jaarlijks vooraf een beschikbaarheidsbijdrage aan bij de NZa. Deze beschikbaarheidsbijdrage is opgebouwd uit vaste en flexibele componenten. De acute zorgnetwerken verantwoorden hun kosten aan de NZa conform de geldende beleidsregel en het accountantsprotocol. Op geleide van deze verantwoording stelt de NZa het budget achteraf definitief vast door een toets op rechtmatigheid en het geldende accountantsprotocol.

Algemene Ledenvergadering (ALV) LNAZ

De leden van de ALV LNAZ zijn bestuurders van de ziekenhuizen met een erkenning voor traumacentra. In veel gevallen is het ALV-lid ook voorzitter van het ROAZ.

Verantwoordelijkheden:

- doorgeleiden naar VWS van het Jaarverslag Crisisbeheersing en OTO na marginale toetsing op inhoud;
- benoemt de voorzitter van de Programmaraad Crisisbeheersing en OTO;
- kan specifieke opdrachten of adviesvragen neerleggen bij het Platform Risicomanagement en Crisisbeheersing.

Managersoverleg LNAZ

Het managersoverleg bestaat uit de managers van de elf bureaus van acute zorgnetwerken. Dit overleg heeft tot doel regionale en landelijke ontwikkelingen vorm te geven en op elkaar af te stemmen. Vanuit het managersoverleg zijn twee dossierhouders per aandachtsgebied (traumazorg, acute zorg, OTO en financiën/beschikbaarheidsbijdragen) aangewezen. Zij borgen de informatie-uitwisseling tussen de betrokken gremia op deze aandachtsgebieden en de verantwoordelijke managers in de regio's.

Verantwoordelijkheden:

- afstemmen van bedrijfsvoerings-aspecten van het programma Risicomanagement en Crisisbeheersing tussen de elf acute zorgnetwerken;
- indien er een inhoudelijk geschil ligt in het Platform Risicomanagement en Crisisbeheersing kan de dossierhouder OTO of het Platform besluiten het managersoverleg te raadplegen;
- afstemmen programma Risicomanagement en Crisisbeheersing en andere taken/aandachtsgebieden van de acute zorgnetwerken (traumazorg, acute zorg, financiën/beschikbaarheidsbijdragen);
- leveren van de voorzitter voor het Platform Risicomanagement en Crisisbeheersing;
- zorgen voor verbinding door de dossierhouders tussen het managersoverleg en andere gremia, zoals de Programmaraad Risicomanagement en Crisisbeheersing en het Platform Risicomanagement en Crisisbeheersing.

Bureau LNAZ

Het Bureau LNAZ is het ondersteunend bureau van de vereniging LNAZ. Het Bureau ondersteunt, coördineert, stimuleert en initieert landelijke projecten op het gebied van Traumazorg, Acute Zorg en Risicomanagement en Crisisbeheersing.

Verantwoordelijkheden:

- programmacoördinatie;
- leveren van de secretaris van de programmaraad en het platform;
- afstemming met dossierhouder OTO uit het managersoverleg;
- zorgdragen voor afstemming met NZa over de beschikbaarheidsbijdrage in overleg met de dossierhouder financiën vanuit het managersoverleg;
- voorbereiden Bestuurlijk overleg met VWS voor dagelijks bestuur LNAZ in afstemming met dossierhouder OTO;
- opstellen Jaaragenda Risicomanagement en Crisisbeheersing wat betreft landelijke projecten op basis van input van het Platform Risicomanagement en Crisisbeheersing en de Programmaraad Risicomanagement en Crisisbeheersing;
- signaleren van belangrijke ontwikkelingen in het programma Risicomanagement en Crisisbeheersing binnen de koepelorganisaties (op landelijk en regionaal niveau);
- initiëren van landelijke samenwerking op het gebied van risicomanagement en crisisbeheersing;
- coördineren en bewaken van de voortgang van (en tussen) landelijke projecten (inhoudelijk en financieel);
- opstellen landelijke programmabegroting Risicomanagement en Crisisbeheersing en opdrachtgever van externe inhuur;
- opstellen van het jaarverslag Risicomanagement en Crisisbeheersing voor VWS op basis van input van het Platform Risicomanagement en Crisisbeheersing en de Programmaraad Risicomanagement en Crisisbeheersing;
- aanspreekpunt voor alle betrokken partijen binnen het landelijke programma;
- webredactie OTO Kennisportaal.

Programmaraad Risicomanagement en Crisisbeheersing

In de Programmaraad Risicomanagement en Crisisbeheersing zijn op bestuurlijk niveau de koepels van zorgaanbieders (NVZ, NFU, GGD GHOR NL, AZN, InEén, LHV en LNAZ) vertegenwoordigd. Instellingen zijn zelf verantwoordelijk voor het voorbereiden op omstandigheden waarin de reguliere maatregelen niet meer toereikend zijn. De netwerken/regio's faciliteren en ondersteunen de instellingen daarbij.

De programmaraad kan gevraagd en ongevraagd projecten beleggen in het Programma Risicomanagement en Crisisbeheersing. Dit gebeurt enerzijds om de landelijke projecten binnen de landelijke gelden te signaleren en stimuleren en anderzijds om activiteiten in de regio's te bewaken op wensen bij instellingen. Daarnaast toetst de programmaraad de landelijke projecten.

Het Bureau LNAZ levert de secretaris van de programmaraad. De dossierhouder uit het managersoverleg met het aandachtsgebied Risicomanagement en Crisisbeheersing neemt vanuit de rol van voorzitter van het Platform Risicomanagement en Crisisbeheersing deel aan de Programmaraad Risicomanagement en Crisisbeheersing en behartigt de belangen van het platform.

De verantwoordelijkheden van de Programmaraad Risicomanagement en Crisisbeheersing liggen in twee richtingen:

- landelijk:
 - opdrachtgever landelijke projecten binnen het programma Risicomanagement en Crisisbeheersing;

- bewaken van de voortgang van landelijke projecten;
- sturen op inhoud en resultaat van landelijke projecten;
- vaststellen landelijke Jaaragenda Risicomanagement en Crisisbeheersing;
- richting de regio:
 - adviseren en signaleren van regio's over belangrijke ontwikkelingen in het programma Risicomanagement en Crisisbeheersing binnen de koepelorganisaties (op landelijk niveau);
 - actualiseren van het Beleidskader Risicomanagement en Crisisbeheersing;
 - besluiten over landelijke beleidsadviezen van het platform.

Platform Risicomanagement en Crisisbeheersing

Het Platform Crisisbeheersing en OTO wordt vormgegeven door regionale programmamanagers Risicomanagement en Crisisbeheersing van de acute zorgnetwerken. Het managersoverleg levert de voorzitter van het platform. Bureau LNAZ ondersteunt het platform. Op basis van de agenda nodigt het platform een afvaardiging van de koepels (op beleidsniveau) uit deel te nemen aan het platform.

Verantwoordelijkheden van het platform:

- samenwerken tenzij het alleen moet;
- kennisdeling met andere regio's;
- sensitief zijn voor initiatieven in de regio's en deze landelijk oppakken;
- landelijke kwaliteitseisen stellen en monitoren voor Risicomanagement en Crisisbeheersing in de zorg;
- programmamanager vervullen een rol in de uitvoering van de landelijke projecten door participatie in werkgroepen;
- vanuit de regio inhoudelijk bijdragen aan het Jaarverslag Risicomanagement en Crisisbeheersing aan VWS;
- voorbereiden van beleidsadviezen aan de Programmaraad Risicomanagement en Crisisbeheersing; indien er een inhoudelijk geschil ligt in het Platform Risicomanagement en Crisisbeheersing kan de voorzitter/ dossierhouder OTO of het Platform besluiten het managersoverleg te raadplegen;
- verantwoordelijk voelen en verantwoordelijk zijn voor het bijhouden en ontwikkelen van de eigen kennis en vaardigheden.

Acute zorgnetwerken

De elf acute zorgnetwerken leggen verantwoording af aan VWS over de regionale budgetten. In de regio's vindt besluitvorming plaats over Crisisbeheersing en OTO plaats in het ROAZ, dat wordt gecoördineerd door de acute zorgnetwerken.

De programmamanager is verantwoordelijk voor de volgende zaken:

- effectief en efficiënt invulling geven aan het programma Risicomanagement en Crisisbeheersing in de regio, door coördineren, adviseren, ondersteunen, stimuleren en faciliteren van de risicoanalyses, integrale crisisplannen, meerjarenbeleidsplannen en jaarplannen OTO van de zorgaanbieders;
- coördineren van regionale projecten;
- toetsen, beoordelen van OTO-plannen en aanvragen voor OTO-gelden van ketenpartners;
- financieel beheer van de gelden: zorgdragen regionaal jaarplan, aanvragen van de beschikbaarheidsbijdrage namens de regio, verantwoorden van de voorlopige toekenning van de beschikbaarheidsbijdrage namens het ROAZ en de NZa;
- goede communicatie en informatievoorziening binnen de regio;
- een inhoudelijke regionale bijdrage leveren aan het Jaarverslag Crisisbeheersing en OTO;

- een bijdrage leveren aan de landelijke werkgroepen;
- kennis delen met het platform Risicomanagement en Crisisbeheersing;
- afstemmen met de GHOR-bureaus in de regio;
- monitoren regionale initiatieven en controleren of deze landelijk opgepakt kunnen worden.

Naast de bovenstaande zaken zijn er regionale aanvullingen op de landelijke afspraken waar de programmamanager verantwoordelijk voor is.

3. Beleidsthema's van het programma Risicomanagement en Crisisbeheersing

De missie van het landelijke platform Risicomanagement en Crisisbeheersing is onveranderd: het maximaal bijdragen aan het adequaat voorbereid zijn van de zorgsector op rampen en crises. De focus op de voorbereiding komt meer aan de voorkant te liggen. Eerst moeten de risico's geïnventariseerd zijn en vervolgens kan de integrale planvorming daarop afgestemd worden. Door de medewerkers van de zorgaanbieders vervolgens op te leiden, te trainen en te beoefenen op basis van de stevige planvorming en de landelijke competentieprofielen, wordt er een kwaliteitsslag gemaakt in de voorbereiding op rampen en crises. Deze professionaliseringsslag wordt landelijk geïnitieerd maar vindt op regionaal niveau plaats en wordt gecoördineerd door het netwerk acute zorg in de ROAZ-regio. Er wordt geadviseerd over de ontwikkeling van risicomanagement en crisisbeheersing in algemene zin en over de ontwikkeling van verwante beleidsterreinen, zoals informatiemanagement, digitale ontwricting en planvorming.

Doelgroep

Het programma Risicomanagement en Crisisbeheersing stimuleert en faciliteert de ketenpartners in de regio die vallen onder de reikwijdte van de AMvB acute zorg. Het acute zorgnetwerk coördineert het regionale programma.

Uniformiteit en de daaruit vloeiende verwachte efficiëntie

Het platform Risicomanagement en Crisisbeheersing gaat zich meer profileren en positioneren. Dit zorgt voor een professionaliseringsslag. Daarnaast streeft het platform naar meer uniformiteit en efficiëntie. Dit betekent dat er meer projecten landelijk opgepakt worden. Het wiel twee keer uitvinden is verleden tijd. De frequentie van de overleggen van het landelijke platform is 6 keer per jaar. Daarnaast worden er meer werkgroepen gevormd om de samenwerking en ontwikkelingen op diverse vlakken te stimuleren. Te denken valt aan een werkgroep OTO 2.0, een werkgroep risicomanagement, een werkgroep digitale ontwricting en een werkgroep dynamisch beleidskader. Verder is het van belang dat regionale initiatieven vroegtijdig aangekondigd worden bij het platform, zodat regio's bij elkaar kunnen aansluiten. Hiervoor kunnen regio's elkaar laagdrempelig benaderen of adviseren het platform een extra keer bijeen te laten komen.

Beleidsthema's voor de periode 2022-2024

In de afhandeling bij crises moeten partners elkaar zo goed mogelijk voorzien van informatie die zij nodig hebben. Voor een doelgerichte aanpak bij crises is goed informatiemanagement cruciaal. *Informatiemanagement* begint bij een goede informatiestructuur. De informatiebehoefte is gerelateerd aan de identiteit van de crisis. Wat is de informatiebehoefte, op welke manier en met welk doel? Daarna kiest men een methode en systeem. Informatiemanagement is een belangrijk beleidsthema voor de komende periode.

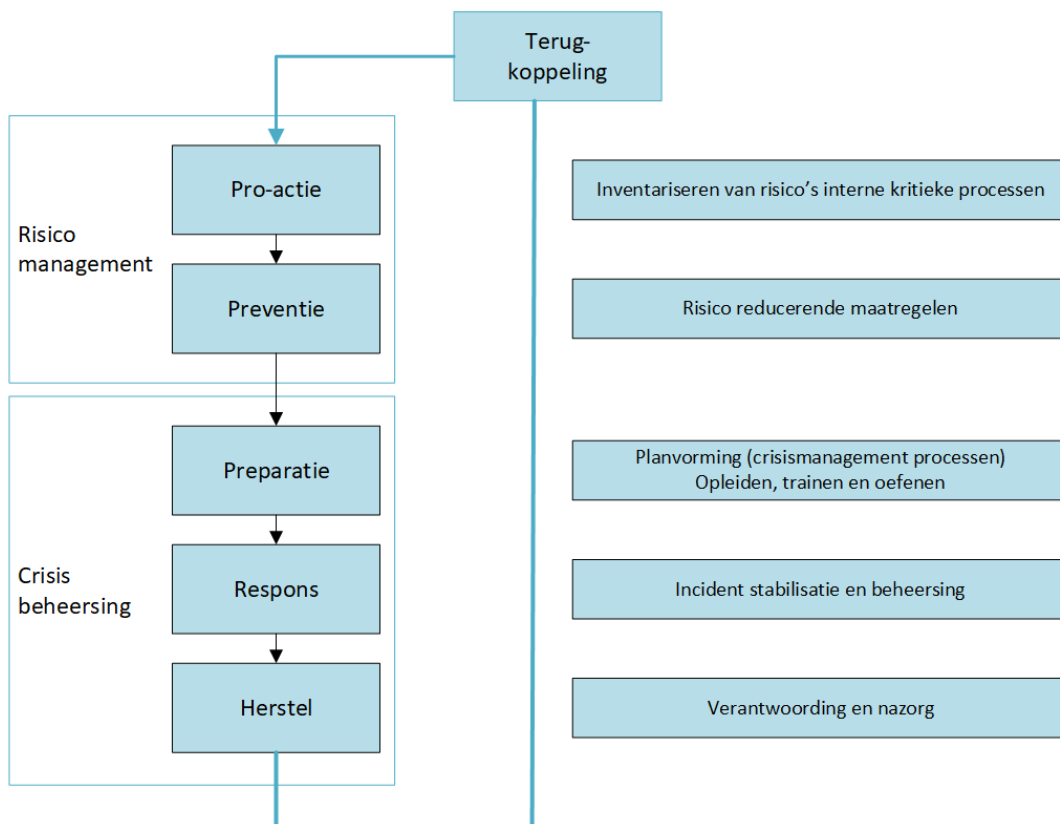
Een crisisorganisatie moet snel kunnen reageren en zorgen dat een zorgaanbieder zo snel mogelijk kan terugkeren naar de normale situatie. Om dit te realiseren is een *integraal crisisplan* nodig. Een integraal crisisplan verbindt bestaande procedures en plannen met elkaar en biedt een werkwijze die ervoor zorgt dat de organisatie voorbereid

is op situaties waarin de reguliere procedures en maatregelen niet voldoende toereikend zijn. Het is van belang dat het integraal crisisplan aansluit bij de relevante risico's en bedreigingen zoals opgenomen in de interne risicoanalyse. Integrale planvorming blijft ook de komende beleidsperiode een belangrijk thema.

Digitale ontwrichting is een thema dat binnen de zorg steeds relevanter wordt. Digitale dreigingen scoren over het algemeen hoog in risicoanalyses. De kans van optreden is groot, evenals de mogelijke impact. Binnen diverse regio's wordt inmiddels fors geïnvesteerd op dit thema. Landelijk is de werkgroep digitale ontwrichting opgestart om binnen het Platform Risicomanagement en Crisisbeheersing kennis met elkaar te delen.

Bij crisisbeheersing is het van belang een parate crisisorganisatie te hebben. Dit kan bewerkstelligd worden door goede planvorming en een onderbouwd OTO-programma. Crises kunnen altijd op een willekeurig moment uitbreken. Niet alle risico's zijn uit te sluiten. Daarom wordt de scope verbreed en zal ook risicomanagement de komende jaren meer aandacht krijgen.

Het vertrekpunt voor integraal risicomanagement is het inventariseren van de risico's voor de eigen zorgaanbieder. Welke risico's bedreigen onze interne kritieke processen? Hoe schalen we deze risico's in? En hoe zorgen we voor passende beheersmaatregelen? Daarnaast kennen we het *regionaal zorgrisicoprofiel* dat houvast biedt bij de voorbereiding op rampen en crises. De uitkomsten van beide sporen geven invulling aan de vraag wat de zorgaanbieder moeten doen en met wie. Dit is de basis voor het OTO-programma. De adviesrol van de netwerken zal daarmee dus breder worden. In figuur 4 is de samenhang tussen risicomanagement en crisisbeheersing in relatie tot de veiligheidsketen weergegeven.



Figuur 4: Risicomanagement en Crisisbeheersing in relatie tot de veiligheidsketen

Kennis delen

Om efficiënter te kunnen werken is het van belang dat we kennis delen. Samen komen we verder dan alleen. Daarom gaat het OTO-platform professionaliseren en innoveren door samen te ontwikkelen en kennis te delen. Zo leren we van elkaar en wordt voorkomen dat we dingen dubbel doen. Dat werkt inspirerend en motiverend.

4. OTO-financiering en verantwoording

OTO-gelden zijn uitsluitend bedoeld voor de voorbereiding op situaties van rampen en crises waarbij er sprake is van een (dreigend) veranderend zorgaanbod, wijzigend aanbod van patiënten of een situatie waardoor de reguliere zorgverlening ernstig in gevaar komt. Kortom de situaties waarin de reguliere maatregelen om de acute zorg te waarborgen niet meer toereikend zijn. Wanneer er twijfel bestaat over verleningsvraagstukken wordt er afstemming gezocht in het landelijke Platform Risicomanagement en Crisisbeheersing.

De OTO-gelden mogen besteed worden aan:

- ontwikkelen van integrale planvorming voor risicomanagement en crisisbeheersing;
- opleidingen in het kader van een parate en vakbekwame crisisorganisatie;
- trainingen in het kader van een parate crisisorganisatie;
- oefeningen in het kader van een parate crisisorganisatie;
- evaluaties van crisissituaties.

De OTO-gelden mogen derhalve niet worden besteed aan:

- de financiering van de reguliere bedrijfsvoering en de reguliere BHV-activiteiten³;
- compensatie van productieverlies van individuele beroepsbeoefenaars en zorgaanbieders tijdens een opleiding, training of oefening;
- financiering van reguliere taken in niet opgeschaalde situatie van medewerkers van zorgaanbieders en GHOR-bureaus;
- onkostenvergoeding voor deelname aan overleggen en voor deelname aan OTO-activiteiten;
- (vervangings-)investeringen.

³ Reguliere BHV-activiteiten: niet in het teken van opgeschaalde zorg of ter ondersteuning ten tijde van een crisis. Bijvoorbeeld: instructies en trainingen rondom brandbestrijding, werking noodaggregaten, het in een oefensetting doen van een (gecontroleerde) ict-crashtest, het (fysiek) beoefenen van een interne ontruiming.

Bijlage 1 OTO-Convenant

Partijen

- De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, handelend als bestuursorgaan en als vertegenwoordiger van de Staat der Nederlanden, voor hem de Directeur-generaal curatieve zorg, mevrouw drs. D.M.J.J. Monissen, hierna te noemen: VWS
- Landelijke vereniging Trauma Centra (LvTC), te dezen vertegenwoordigd door haar vicevoorzitter de prof.dr.T.J.F. Savekoul
- Vereniging GHOR Nederland, te dezen vertegenwoordigd door haar vice-voorzitter de heer F.C.W. Klaassen, arts
- NVZ Vereniging van ziekenhuizen, te dezen vertegenwoordigd door haar bestuurslid mevrouw drs. C.J.W. Hirschler
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, te dezen vertegenwoordigd door haar bestuurslid prof. dr.T.J.F. Savekoul
- Landelijke Huisartsen Vereniging, te dezen vertegenwoordigd door ...
- Vereniging huisartsenposten Nederland, te dezen vertegenwoordigd door haar voorzitter mevrouw drs. M.A.E. Hoelen-Lem,
- Vereniging Ambulance Zorg Nederland, te dezen vertegenwoordigd door haar voorzitter de heer drs. G.E.L.M. Worm
- Vereniging GGD Nederland, te dezen vertegenwoordigd door de heer drs. J.C Bernsen, directeur GGD Hollands midden

Hierna te noemen: partijen.

Overwegende dat:

- de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport per 1 januari 2008 structureel €10 miljoen beschikbaar heeft gesteld ter stimulering van het opleiden, trainen en oefenen (OTO) van de zorgsector ter betere voorbereiding op rampen en crises;
- de doelstelling van de OTO-stimuleringsmiddelen is om ervoor te zorgen dat instellingen zich beter voorbereiden op rampen en crises ten opzichte van de Quick Scan, Stand van zaken Opleiden, Trainen, Oefenen uitgevoerd door het NIVEL (2008);
- de partijen gezamenlijk een risicoanalyse, een meerjarenbeleidsplan en OTO-jaarplannen maken op grond waarvan de OTO-stimuleringsmiddelen worden ingezet;
- de instellingen die partijen vertegenwoordigen op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet collectieve preventie (Wcpv) in de toekomst concept Wet publieke gezondheid), wet GHOR, de concept-wet veiligheidsregio's, de wet ambulancevervoer (in de toekomst de Wet ambulancezorg) en de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) verantwoordelijk zijn voor de voorbereiding op rampen en crises en het leveren van verantwoorde zorg in alle omstandigheden;
- elke instelling verantwoordelijk is voor een actueel rampenopvangplan conform de wettelijke kaders en conform de door de sector vastgestelde veldnormen, zoals de Leidraad voor het ziekenhuis rampen opvangplan;
- elke instelling haar werkwijze afstemt met de regionaal geneeskundig functionaris (in de toekomst directeuren GHOR) van de veiligheidsregio waarin de instelling is gelegen;
- de regionaal geneeskundig functionaris afspraken maakt met zorginstellingen en relevante zorgaanbieders in de eigen regio en dit terugkoppelt met het veiligheidsbestuur conform de wet GHOR en de concept-wet veiligheidsregio's;
- de traumacentra op grond van de WTZi verplicht zijn een niet vrijblijvend overleg tot stand te brengen tussen de acute eerstelijnszorg, de ambulancezorg, de eerste hulp in ziekenhuizen, de traumazorg, de zorg verleend door mobiele medische teams en de zorg bij grootschalige hulpverlening en crises, genaamd het regionaal overleg acute zorg (ROAZ);

- het voorbereiden op rampen en crises een van de thema's van dit regionaal overleg is op grond van de beleidsvisie traumazorg 2006-2010;
- het traumacentrum het voorbereiden op crises en rampen moet afstemmen met de volgende actoren binnen de regio:
 - Regionaal geneeskundig functionarissen (directeuren GHOR)
 - Ziekenhuizen
 - Huisartsen(posten)
 - Regionale Ambulance Voorzieningen (Meldkamer Ambulancezorg en Ambulance dienst)
 - Gemeentelijke/ Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten (GGD);
- het partijen daarnaast vrij staat ook andere actoren kunnen uitnodigen voor het ROAZ, zodat ze in elke regio kunnen bezien met wie ze een gezamenlijk opleidings- trainings- en oefeningsplan maken;
- partijen in het ROAZ jaarlijks de plannen evalueren en bijstellen evenals hun eigen rampenopvangplan;
- partijen niet beogen met dit convenant in rechte afdwingbare rechten of verplichtingen in het leven te roepen.

Komen overeen:

Artikel 1 Definities

Voor de toepassing van dit convenant wordt verstaan onder:

1. 'Jaarverantwoording zorginstellingen' het document als bedoeld in artikel 16 WTZi en Beleidsregels ex artikelen 4 en 13 WTZi, lid 4.2.1.
2. 'ROAZ' Regionaal overleg acute zorg, zoals bedoeld in beleidsregels ex artikelen 4 en 13 WTZi lid 3.1.1.
3. OTO-stimuleringsmiddelen: de gelden die de minister van VWS ter beschikking stelt aan de zorgsector voor het beter voorbereiden op rampen en crises, als beschreven in de brieven van 19 november 2007 (CZ 2807258) aan de Tweede Kamer en 19 mei 2008 (CZ-2849425A) aan de Tweede kamer.
4. 'Zorginstelling' het organisatorisch verband als bedoeld in artikel 5 eerste lid WTZi.
5. 'Traumacentrum' ziekenhuizen met een erkenning traumacentrum.

Artikel 2

De minister van VWS verzoekt de Nederlandse zorgautoriteit in 2008 € 8 mln van de OTOstimuleringsmiddelen en in 2009 en de daarop volgende jaren de volledige OTO-stimuleringsmiddelen van €10 miljoen gelijkelijk te verdelen over de ziekenhuizen met de erkenning traumacentrum door de vergoeding van de traumacentra met dit bedrag te verhogen;

Artikel 3

De minister van VWS reserveert in 2008 €1 miljoen van het macrobedrag van €10 miljoen voor de huisartsenkoepels en GHOR-NL en €1 miljoen reserveert voor GGD-NL en GHOR-NL, waarvoor de koepels gezamenlijk subsidieaanvragen kunnen indienen bij VWS in 2008.

Artikel 4

De LvTC bevordert dat de instellingen met als functie traumacentra het regionaal overleg acute zorg (ROAZ) organiseren en dat traumacentra met andere partijen in hun regio gezamenlijk een risicoanalyse maken, een meerjaren OTO-beleidsplan en een OTO-jaarplan opstellen.

Artikel 5

De GHOR-Nederland, NVZ, NFU, LHV, VHN, AZN, en GGD-Nederland bevorderen bij hun leden dat zij vertegenwoordigd zijn bij het ROAZ en zich op een constructieve manier inzetten om te komen tot een risicoanalyse, meerjaren OTO-beleidsplan en een OTO-jaarplan;

Artikel 6

Partijen besteden de OTO-stimuleringsmiddelen aan de volgende activiteiten:

1. Voorbereiden, faciliteren en organiseren van activiteiten omtrent opleiden, trainen en oefenen van de zorgsector;

2. activiteiten gericht op voorbereiding op alle soorten rampentypingen conform de Leidraad Maatramp;
3. voor zorgprocessen te weten geneeskundige hulp somatisch, preventieve openbare gezondheidszorg en psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen in het kader van het faciliteren, opzetten, organiseren van opleidingen, trainingen en oefeningen;
4. voor financiering landelijke ondersteuningsstructuur;

Artikel 7

Partijen zullen de OTO-stimuleringsmiddelen niet aanwenden voor:

- a. de financiering van de instellingen voor reguliere zorg
- b. compensatie van productieverlies van individuele beroepsbeoefenaars en zorginstellingen tijdens een opleiding training of oefening
- c. opleidingen en trainingen die voor het verlenen van reguliere zorg vereist zijn.
- d. financiering van reguliere taken in niet opgeschaalde situatie van medewerkers van zorginstellingen en GHOR-bureaus.
- e. vacatiegelden voor deelname aan overleggen.

Artikel 8

Partijen zetten gezamenlijk onder voorzitterschap van de LvTC na ondertekening van deze overeenkomst een landelijke ondersteuningsconstructie op om van elkaar te leren en best practices uit te wisselen.

Artikel 9

1. De in artikel 6, vierde lid, bedoelde landelijke ondersteuningsconstructie wordt opgericht voor een periode van ten minste 3 jaar en wordt gefinancierd uit de OTO-stimuleringsmiddelen.
2. Maximaal 3% van de OTO-stimuleringsmiddelen wordt jaarlijks gereserveerd voor de landelijke ondersteuningsconstructie als bedoeld in artikel 8.
3. De landelijke ondersteuningsconstructie zorgt voor:
 - a. het ontwikkelen van landelijke formats/ tools ter ondersteuning van de regionale coördinatoren.
 - b. het verzamelen van informatie over de voortgang in de 11 traumaregio's
 - c. het initiëren van overleg tussen de regionale coördinatoren, en
 - d. het stimuleren van ontwikkelingen op het terrein van OTO-activiteiten
4. De landelijke ondersteuningsconstructie wordt inhoudelijk aangestuurd door een door partijen in te stellen stuurgroep bestaande uit vertegenwoordigers van partijen onder voorzitterschap en secretariaat van LvTC. De stuurgroep komt na het ondertekenen van het convenant bijeen en vervolgens twee keer per jaar bij elkaar of zo veel vaker als partijen nodig achten, om de voortgang te bespreken.
5. De landelijke ondersteuningsconstructie wordt in het derde jaar geëvalueerd.

Artikel 10 Verantwoording

1. VWS neemt in het document "Jaarverantwoording zorginstellingen" een aantal vragen op over de OTO-stimuleringsmiddelen, zodat instellingen verantwoording kunnen afleggen over de OTO-stimuleringsmiddelen via het jaardocument maatschappelijke verantwoording.
2. Gedurende de looptijd van deze overeenkomst rapporteert de LvTC aan de minister van VWS over de voortgang, voor het eerst op 1 oktober 2009 en vervolgens jaarlijks in het verslag over de voortgang van het ROAZ.
3. Indien uit de in het tweede lid bedoelde rapportage blijkt dat uitvoering en werking van deze overeenkomst niet goed loopt, initieert de minister van VWS een afstemmingsoverleg
4. Indien het onder 3 bedoelde overleg niet tot een verbetering leidt, kan de minister van VWS de inzet van de middelen herbezien.

Artikel 11 Evaluatie

1. Partijen evalueren de uitvoering en werking van deze overeenkomst over de jaren 2008, 2009 en 2010 en rapporteren hierover aan de minister van VWS voor 1 april 2011.
2. Op grond van de in het eerste lid bedoelde evaluatie wordt de wenselijkheid van verlenging of aanpassing van de overeenkomst bezien.

Artikel 12 Inwerkingtreding en expiratie

Deze overeenkomst treedt in werking met ingang van de dag na ondertekening en expireert na vier jaar tenzij partijen voordien besluiten tot verlenging.

Artikel 13 Opzegging

1. Elke partij kan dit convenant met inachtneming van een opzegtermijn van 3 maanden schriftelijk opzeggen, indien een zodanige verandering van omstandigheden is opgetreden dat dit convenant billijkheidshalve op korte termijn behoort te eindigen. De opzegging vermeldt gemotiveerd de zwaarwegende verandering in omstandigheden.
2. Wanneer een partij deze overeenkomst opzegt, blijft die voor de overige partijen in stand voor zover de inhoud en de strekking ervan zich daartegen niet verzetten.

Artikel 14 Openbaarheid

Partijen treden over deze overeenkomst of de uitvoering daarvan niet in de openbaarheid, dan met voorafgaande toestemming van de minister van VWS.

Binnen twee weken na ondertekening van dit convenant wordt de tekst daarvan gepubliceerd in de Staatscourant.

Artikel 15 Geschilbeslechting

Alle conflicten in verband met deze overeenkomst lossen partijen in onderling overleg op. Indien partijen niet tot een oplossing kunnen komen, kunnen ze zich wenden tot de bevoegde rechter.

Ondertekening

Den Haag 16 oktober 2008

mevrouw drs. D.M.J.J. Monissen

de heer F.C.W. Klaassen, arts

mevrouw drs. C.J.W. Hirschler

de heer prof. dr.T.J.F. Savekoul

de heer drs. G.E.L.M. Worm

de heer drs. J.C Bernsen

Utrecht,

mevrouw drs. M.A.E. Hoelen-Lem

Bijlagen

- Tweede Kamer brieven van 19 november 2007 en 19 mei 2008.

Bijlage 2 wijziging Uitvoeringsbesluit Wkkgz en Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG

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 rampenbestrijding 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 gevergd 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.

's-Gravenhage, 15 juni 2021

Willem-Alexander

De Minister voor Medische Zorg,

T. van Ark

Uitgegeven de achttiende juni 2021

De Minister van Justitie en Veiligheid,

F.B.J. Grapperhaus