



RAPPORT

# Het lokaal bestuur over de acute zorg in Nederland

Een toetsend gesprek over vier varianten.

70959 - juli 2024

RAPPORT

# Het lokaal bestuur over de acute zorg in Nederland

Een toetsend gesprek over vier varianten.

70959 - juli 2024

# Inhoudsopgave

<b>Inleiding .....</b>	<b>4</b>
1.2 Doelstelling .....	5
1.3 Leeswijzer .....	5
<b>Aanpak fase 2.....</b>	<b>6</b>
2.1 De selectie van de locaties en uitnodiging van lokale bestuurders.....	7
2.2 De varianten in het kort.....	8
2.3 De invulling van de sessies.....	8
2.4 Dataverwerking .....	9
<b>Bevindingen .....</b>	<b>10</b>
3.1 Algemene indruk van de bijeenkomsten over de varianten.....	11
3.2 Rode draden uit de bijeenkomsten.....	11
3.3 Afsluitend .....	13
<b>Bijlage 1: Aanwezigen bijeenkomsten.....</b>	<b>14</b>
<b>Bijlage 2: Visualisaties van de varianten.....</b>	<b>15</b>

## HOOFDSTUK 1

# Inleiding

Nederland heeft een hoogontwikkelde gezondheidszorg, maar de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg staan onder druk. Er zijn grenzen aan de beschikbaarheid van zorg, ook aan die van de acute zorg. Om met een beperkte hoeveelheid beschikbare mensen en middelen de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg te kunnen blijven borgen, moeten we kijken hoe we deze mensen en middelen zo efficiënt mogelijk kunnen inzetten. Daarom moeten afspraken worden gemaakt over het voorkomen van zorg, de zorgcoördinatie, de samenwerking in de keten, het delen van informatie, de bekostiging en de inrichting van de zorg. Dit rapport is onderdeel van een traject dat zich specifiek richt op de toegankelijkheid en de kwaliteit van de acute ziekenhuiszorg.

## 1.1 Aanleiding

De kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg staan onder druk. Om een toekomstbestendige zorg te organiseren zijn in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afspraken gemaakt tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: ministerie van VWS) en een groot aantal partijen.<sup>1</sup> Deze afspraken omvatten ook de acute zorg. Bovendien heeft iedere regio binnen het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) in december 2023 een ROAZ-plan opgeleverd over de aanpak van acute zorg in de regio. Op dit moment is er in Nederland een vastgelegde 45-minutennorm voor de spreiding en beschikbaarheid van acute zorg in ziekenhuizen.<sup>2</sup>



### Definitie van de 45-minutennorm

De 45-minutennorm stelt als norm dat er in principe geen spoedeisende hulpen (SEH's) of afdelingen acute verloskunde mogen sluiten als het gevolg van die sluiting is dat meer inwoners niet binnen 45 minuten met een ambulance op een SEH of afdeling acute verloskunde kunnen zijn. Het gaat om een theoretische opbouw van 45-minuten vanaf het moment van melding tot de aankomst bij de dichtstbijzijnde SEH of afdeling acute verloskunde. Het RIVM berekent welke SEH's en afdelingen acute verloskunde gevoelig zijn voor de 45-minutennorm op basis van een rijtijdenmodel. De norm is onderdeel van de zorgplicht voor zorgverzekeraars, bepaalt welke ziekenhuizen in aanmerking komen voor de beschikbaarheidsbijdrage SEH en acute verloskunde en is een aangrijpingspunt voor (delen van) de AMvB acute zorg (de 45-minutennorm vereist dat een zorgaanbieder die gevoelig is voor de 45-minutennorm al het noodzakelijke doet wat redelijkerwijs gedaan kan worden om te voorkomen dat een SEH of afdeling acute verloskunde sluit).

Verschillende partijen hebben het ministerie van VWS geadviseerd om na te denken over de vervanging van de 45-minutennorm. Zo concludeerde de Gezondheidsraad in 2020 dat er onvoldoende wetenschappelijke basis voor deze norm bestaat. In plaats van het enkel hanteren van deze tijdsnorm zou er naar de bredere context gekeken moeten worden: naast de (aanrijd)tijd bijvoorbeeld ook naar de benodigde expertise. Om die reden onderzoekt het ministerie van VWS of en zo ja, welke alternatieve normen nodig zijn voor de borging van de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg in Nederland.

In de beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg staat beschreven dat er een alternatief komt voor de nu geldende 45-minutennorm.<sup>3</sup> Hoe het alternatief op de 45-minutennorm eruit moet gaan zien, wordt op dit moment onderzocht. Omdat het meenemen van onder andere het onderwerp leefbaarheid in de regio een belangrijk thema is in de discussie, wordt het lokaal bestuur in dit stadium actief betrokken. Daarnaast is het belangrijk om te weten wat er nog meer speelt bij lokale bestuurders ten aanzien van de acute zorg.

<sup>1</sup> ActiZ, De Nederlandse ggz, (...), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022). Integraal Zorg Akkoord: Samen werken aan gezonde zorg. Beschikbaar via: [www.open.overheid.nl/documenten/ronl-464b0967c396f0f6cc75069e52d1d1ace9a838a6/pdf](http://www.open.overheid.nl/documenten/ronl-464b0967c396f0f6cc75069e52d1d1ace9a838a6/pdf).  
<sup>2</sup> Staatscourant nr. 41958, 27 september 2021.

<sup>3</sup> Kuipers, E. (2022). Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg. Beschikbaar via: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-cdd256b3ce374656933273aed84b61ccccce1040/pdf>.

Tijdens de uitvoering van dit traject is op 16 mei 2024 het hoofdlijnenakkoord gepubliceerd, dat enige richting geeft in de discussie over de varianten: 'Voor de langere termijn wordt ingezet op een hoofdlijnenakkoord, gericht op beheersbaarheid van zorguitgaven en de kwaliteit van de zorg; goede regionale afspraken tussen ziekenhuizen over bereikbaarheid bij acute zorg in de buurt en van streekziekenhuizen; de insteek wordt dat streekziekenhuizen behouden blijven.' In de uitvoering van dit traject hebben we alle varianten als gelijkwaardig beschouwd.

Een werkgroep binnen het ministerie van VWS heeft in de zomer van 2023 de opdracht gekregen om te komen tot alternatieve scenario's voor de 45-minutennorm. De varianten voor de toekomstige inrichting van de acute ziekenhuiszorg zijn het resultaat van fase 1. Om te komen tot deze varianten heeft de werkgroep een aantal onderzoeken uitgezet of uitgevoerd. Het eerste onderzoek analyseerde tijdkritische aandoeningen, een expertgroep heeft gerapporteerd over differentiatie en er is een internationale verkenning uitgevoerd. Daarnaast is er bij burgers en bij lokale bestuurders input opgehaald over de wensen, zorgen, belangen en ideeën op het gebied van de acute zorg. De rapporten van al deze onderzoeken zijn [hier](#) te vinden. Het toetsen van de scenario's bij burgers en bij lokale bestuurders is onderdeel van fase 2. Deze, voorliggende rapportage geeft de resultaten weer van de gesprekken met lokale bestuurders.

Naast het toetsen van de varianten bij burgers en lokale bestuurders voert de werkgroep in fase 2 ook nog andere trajecten uit. Verschillende departementen worden betrokken via een interdepartementale werkgroep. Daarnaast zal het ministerie van VWS een verkenning uitvoeren naar een mogelijk overheidsinstrumentarium, de juridische haalbaarheid en de uitvoerbaarheid van de varianten. Ook zal er een 'quickscan'-onderzoek uitgevoerd worden naar de oorzaken en gevolgen van SEH-sluitingen. Tot slot zal er aan de partijen van de IZA-klankbordgroep en aan de interdepartementale klankbordgroep een uitgebreide schriftelijke reactie gevraagd worden.

## 1.2 Doelstelling

Het proces van het betrekken van lokaal bestuur kende twee fases:

1. Het ophalen van belangen, zorgen en ideeën bij lokale bestuurders. Deze fase is al afgerond.
2. Het toetsen van varianten in bijeenkomsten met lokale bestuurders.

### Deze rapportage bevat de uitkomsten van de 2<sup>e</sup> fase.

De werkgroep van het ministerie van VWS heeft de input uit de eerste fase<sup>4</sup>, samen met de resultaten uit de andere onderzoeken, verwerkt. Daaruit zijn alternatieve varianten op de 45-minutennorm naar voren gekomen. Deze varianten zijn [hier](#) te vinden.

Het doel van deze opdracht in fase 2 is om de varianten te toetsen bij lokale bestuurders. We brengen de genoemde voor- en nadelen in beeld per variant en gaan in op de gevolgen van de keuze voor een variant. Daarnaast halen we ideeën op over welk beleidsinstrumentarium ingezet kan worden om een variant te laten slagen. Tot slot halen we de voorkeursvariant op bij de deelnemers. De voorkeursvariant wordt meegegeven aan het ministerie van VWS.

## 1.3 Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 staat de aanpak van fase 2 beschreven. Daar staat hoe de bijeenkomsten zijn georganiseerd en hoe de lokale bestuurders zijn uitgenodigd. In hoofdstuk 3 geven we de bevindingen van de toetsing van de varianten bij lokale bestuurders weer.

<sup>4</sup> Dit is hier te vinden: [www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2024/03/25/kamerbrief-over-stand-van-zakenbrief-acute-zorg](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2024/03/25/kamerbrief-over-stand-van-zakenbrief-acute-zorg). Het zijn de rapportages 'Inwoners over de acute zorg in Nederland' en 'Het lokaal bestuur over de acute zorg in Nederland.' Ook de andere opgeleverde stukken zijn via deze link te vinden.



## HOOFDSTUK 2

# Aanpak fase 2

Het proces van het betrekken van het lokaal bestuur kende twee fases. In fase 1 hebben we input opgehaald bij lokale bestuurders. Samen met de input uit de andere onderzoeken, heeft dit geresulteerd in vier varianten voor de acute zorg. Dit rapport richt zich op fase 2 en dit hoofdstuk beschrijft de selectie van de deelnemers, de varianten zoals we ze in deze fase hebben toegelicht en de invulling van de georganiseerde sessies.

## 2.1 De selectie van de locaties en uitnodiging van lokale bestuurders

In deze paragraaf beschrijven we kort de opzet van het proces van het betrekken van het lokaal bestuur, zowel van fase 1 en 2, omdat deze op elkaar voortborduren.

### 2.1.1 Het ontwerp en fase 1

Voor het betrekken van het lokaal bestuur had het ministerie van VWS een drietal criteria: (1) het organiseren van vier (bij voorkeur) fysieke bijeenkomsten om tot een inhoudelijk goed gesprek te komen, (2) het gebruikmaken van bestaande netwerkstructuren van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en (3) het rekening houden met de beperkte doorlooptijd van het traject, waarbij het laatste criterium invloed heeft op de eerste twee criteria.

Om aan de drie de criteria te voldoen, hebben we de volgende keuzes in de aanpak gemaakt:

- Ten eerste zijn er vier centrale plekken gekozen die verspreid liggen door Nederland. De keuze voor deze plekken is in afstemming met het ministerie van VWS gemaakt. Belangrijk voor de keuze was de geografische spreiding door het land, zodat lokale bestuurders uit heel het land zo goed mogelijk de gekozen plekken konden bereiken. Hiermee gaven we zoveel mogelijk (representanten van) lokale bestuurders de gelegenheid om aanwezig te zijn.
- Na de keuze voor de vier centrale plekken, heeft het ministerie van VWS een uitnodigingsbrief naar alle gemeenten verzonden. De VNG heeft in haar nieuwsoverzicht ook gerefereerd aan deze brief en een oproep gedaan om deel te nemen aan de bijeenkomsten. In de uitnodiging zat een link naar een aanmeldformulier waar geïnteresseerden konden aangeven bij welk van de bijeenkomsten ze aanwezig wilden zijn. In het aanmeldformulier is ook gevraagd naar de naam, contactgegevens, functie en voor welke gemeente de persoon actief is.

- Alle gemeenten hebben de brief met de uitnodiging ontvangen per post en vervolgens een reminder per e-mail. Hoewel we hiermee een groot gedeelte van de populatie<sup>5</sup> hebben bereikt, waren er toch enkele beperkingen die de diversiteit en daarmee de representativiteit van de deelnemers onder druk hebben gezet<sup>6</sup>. Zo waren we afhankelijk van de reacties op de brief en was het niet mogelijk om invloed uit te oefenen op wie uiteindelijk heeft deelgenomen, omdat mensen zichzelf hebben aangemeld. Tevens was er sprake van zelfselectie<sup>7</sup> en hebben door deze zelfselectie waarschijnlijk een perspectief op dit vraagstuk gemist<sup>8</sup>, en lag de nadruk op de fysieke en inhoudelijke gesprekken. Uiteindelijk hebben er 35 deelnemers meegedaan aan de bijeenkomsten voor het lokaal bestuur in fase 1.

### 2.1.2 Ontwerp en fase 2

De twee fasen waren onderdeel van één proces, en we hebben ervoor gekozen om de aanwezigen van de bijeenkomsten in fase 1 uit te nodigen voor de toetsende gesprekken in fase 2. Ook heeft de VNG een nieuwbericht uitgestuurd, kort voor de bijeenkomsten. De bijeenkomsten hebben plaatsgevonden op: 13 mei, 22 mei, 28 mei en 4 juni 2024. In verband met de relatief lage opkomst is er, in samenspraak met de werkgroep van het ministerie van VWS, besloten om de bijeenkomsten online te organiseren. Hiermee was de reistijd naar de locaties voor deelnemers vervallen, wat een aantal extra aanmeldingen heeft opgeleverd. We hebben nagevraagd waarom deelnemers van fase 1 niet aanwezig waren en de voornaamste reden was dat het niet in de agenda's paste. Daarnaast waren deelnemers tevreden over de inhoud van de rapportage van fase 1.

De deelnemers van deze bijeenkomsten vertegenwoordigden diverse gemeenten door het land. Een overzicht van de gemeenten is weergegeven in bijlage 1.

5 In dit geval de populatie van lokale bestuurders (of hun representanten) in Nederland.

6 Zie Gerring, J. (2006). *Case study research: Principles and practices*. Cambridge university press.

7 We hebben hier te maken met de 'volunteer bias': de groep die vrijwillig meedoet, verschilt door die vrijwilligheid van andere groepen.

8 Ochsner, M. (2021). Representativeness of Surveys and its Analysis; Kruskal, W. & Mosteller, F. (1979). Representative sampling, III: The current statistical literature. *International Statistical Review/Revue Internationale de Statistique*, 245-265.

## 2.2 De varianten in het kort

Een uitgebreide toelichting op de varianten is te vinden in de rapportage 'Kwalitatief goede acute ziekenhuiszorg voor iedereen bereikbaar – Ambtelijke verkenning naar beleidsopties voor de toekomst van de 45-minutennorm voor SEH's en acute verloskunde'<sup>9</sup> van het ministerie van VWS.

De vier varianten onderscheiden zich in de kern van elkaar op basis van twee politiek, maatschappelijke dilemma's, namelijk:

- de balans tussen bundeling van schaarse expertise enerzijds en nabijheid anderzijds
- de balans tussen landelijke regie enerzijds en regionale vrijheid anderzijds.

Op basis van deze twee dilemma's zijn de varianten opgesteld van normen en beleid voor het acute (ziekenhuis) zorglandschap.

### Varianten

- Variant 1: harde normen en landelijke sturing op veiligheid en expertise.
- Variant 2: maximale ruimte voor regionale inzet op veiligheid en expertise.
- Variant 3: harde normen en landelijke sturing op nabijheid en lokale inbedding.
- Variant 4: regionale passende invulling van nabijheid.
- Variant 0: geen wijziging huidige normen.

## 2.3 De invulling van de sessies

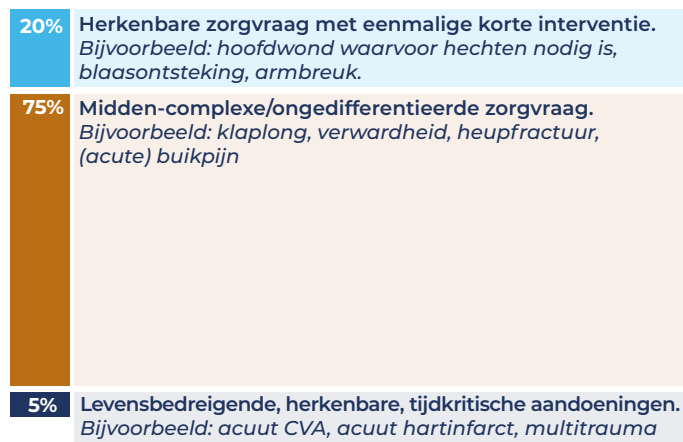
Om de bijeenkomsten met de lokale bestuurders zo goed mogelijk te laten verlopen, hebben we in samenwerking met het ministerie van VWS ervoor gekozen om de gesprekken met de lokale bestuurders, net zoals in fase 1, in de basis een rondetafelgesprek te laten zijn, met een topiclijst en begeleiding vanuit Berenschot. Hiernavolgend geven we de opzet van de bijeenkomsten in fase 2 weer.

### Introductie en kennismaking

In de introductie hebben we de aanleiding en het doel van het traject toegelicht. Hierbij benoemden we ook de context van deze bijeenkomst (namelijk dat het een vervolg op de bijeenkomst in fase 1 is en er in fase 2 ook andere onderzoeken plaatsvinden) en de bredere context van alle andere onderzoeken die hebben plaatsgevonden in fase 1.

We hebben nog eens kort toegelicht over welke soort zorg het tijdens de bijeenkomst gaat, zie ook figuur 1 hiernaast.

### Patiëntenpopulatie acute ziekenhuiszorg:



Figuur 1. Niveaus van complexiteit van acute ziekenhuiszorg (VWS, 2024, p. 8)

Toelichting op de vragen en de algemene uitleg van de varianten

In het eerste deel van de bijeenkomst hebben we de vragen voor de rest van het gesprek toegelicht:

- Wat zijn de voordelen per variant?
- Wat zijn de nadelen en bezwaren per variant?
- Wat zijn de mogelijke gevolgen (voor uw regio) per variant?
- Wat kan de (rijks)overheid doen om de variant te laten slagen (bijvoorbeeld meer inzet op ambulances)?

<sup>9</sup> Hier te vinden: [www.open.overheid.nl/documenten/5f1afdb0-a0c7-4bbe-8e0a-9d95d7f2f754/file](http://www.open.overheid.nl/documenten/5f1afdb0-a0c7-4bbe-8e0a-9d95d7f2f754/file)





Daarnaast hebben we de vier varianten uitgebreid geïntroduceerd aan de hand van visualisaties. Deze zijn weergegeven in bijlage 2.

#### Gesprek over de verschillende overwegingen per variant

In het tweede deel van de bijeenkomsten stonden de vier bovengenoemde vragen per variant centraal. We hebben elk van de varianten kort toegelicht met een heldere uitleg en een visualisatie, om daarna in gesprek te gaan.

#### Afsluiting en vooruitblik

Na de gespreksrondes werden de uitkomsten kort samengevat en hebben we gevraagd of de aanwezigen een voorkeursvariant hebben. Daarnaast gaven we nogmaals een toelichting op hoe de afronding van deze fase eruitziet.

## 2.4 Dataverwerking

Per bijeenkomst zijn er aantekeningen gemaakt. Deze aantekeningen hebben we gebruikt bij het schrijven van de rapportage. Anders dan bij de bijeenkomsten voor burgers, waren de bijeenkomsten voor het lokaal bestuur niet regionaal georganiseerd. Elke bijeenkomst was vrij toegankelijk voor iedere lokale bestuurder uit heel het land. In de bijeenkomsten waren dan ook deelnemers aanwezig vanuit verschillende delen van het land met hun eigen ervaringen over de lokale situatie op het gebied van het acute zorglandschap. Op basis van de aantekeningen wordt de lokale situatie benoemd en, indien relevant, gebruikt voor het duiden van de verschillen en de overeenkomsten.

De gespreksverslagen per bijeenkomst zijn uitgeschreven en weergegeven in de bijlage. Aan de hand van de gespreksverslagen zijn de bevindingen opgesteld, die in het volgende hoofdstuk staan weergegeven.



### HOOFDSTUK 3

# Bevindingen

In dit hoofdstuk is het resultaat te vinden van de toetsing van de vier varianten. We presenteren de belangrijkste bevindingen op basis van alle bijeenkomsten. Hieronder worden de belangrijkste punten naar voren gebracht, gevolgd door de discussie.

### 3.1 Algemene indruk van de bijeenkomsten over de varianten

In drie bijeenkomsten hebben we de vier varianten getoetst. We haalden de reacties op per variant, en wat de lokaal bestuurders zagen als voordelen, nadelen, gevolgen en noodzakelijke maatregelen voor succes, per variant. De ambitie van de gehanteerde aanpak is daarbij niet geweest om te komen tot gulden middenwegen, concrete handelingsperspectieven of een absolute keuze voor één van de varianten.

Er waren minder aanmeldingen voor de bijeenkomsten in fase 2, in vergelijking met de aanmeldingen van fase 1. We hebben nagevraagd waarom deelnemers van fase 1 niet aanwezig waren en de voornaamste reden was dat het niet in de agenda's paste. Ook konden de lokale bestuurders zich vinden in de eerste rapportage en waren er tevreden over. Desondanks spraken de deelnemers hun waardering uit over de mogelijkheid om mee te denken en hoopten zij dat er daadwerkelijk iets met de uitkomsten wordt gedaan. Tijdens de sessies (en in de schriftelijke reacties) werden bovendien goede voorbeelden met elkaar gedeeld. Deze droegen bij aan een constructieve en inspirerende sfeer. De deelnemers waardeerden vooral de praktijkgerichte benaderingen en de kans om inzichten uit te wisselen die kunnen bijdragen aan betere besluitvorming en effectievere zorgoplossingen. In bijlage 1 hebben we een overzicht van de deelnemende gemeenten opgenomen.



### 3.2 Rode draden uit de bijeenkomsten

De verslaglegging is opgebouwd aan de hand van de rode draden die uit de bijeenkomsten naar voren kwamen.

**Nabijheid van zorg en gevoel van veiligheid**  
Nabijheid van zorg speelt een cruciale rol in het gevoel van veiligheid bij inwoners, vooral in acute situaties. Diverse deelnemers benadrukten dat zorgdiensten, met name acute verloskunde, dichtbij georganiseerd moeten worden om een goede start voor kinderen te waarborgen. Dit is essentieel voor kwetsbare groepen zoals pasgeborenen en hun moeders. Voor mensen in rurale gebieden betekent het ver moeten reizen naar de spoedeisende hulp een belemmering. Met name wanneer dit niet met de ambulance is en mensen geen eigen vervoer hebben of niet in staat zijn zelf te reizen. Deze reisafstanden kunnen zorgmijdend gedrag versterken, vooral bij mensen met beperkte mobiliteit of financiële middelen. De nabijheid van zorgvoorzieningen wordt daarom herhaaldelijk naar voren gebracht als een belangrijke factor voor de effectiviteit en toegankelijkheid van zorg.

#### Regionale én landelijke sturing

Onder de respondenten lijkt brede consensus dat een combinatie van landelijke sturing en regionale afstemming noodzakelijk is om acute zorg effectief in te richten. Landelijke kaders moeten minimale kwaliteitseisen vaststellen om uniformiteit en basisveiligheid te garanderen. Tegelijkertijd is regionale invulling essentieel om—boven de minimale kwaliteitseisen—tegenoet te komen aan de specifieke behoeften en omstandigheden van verschillende gebieden. Verschillende regio's hebben unieke uitdagingen. Zo kampen plattelandsgebieden bijvoorbeeld met het moeten overbruggen van grote afstanden en een beperkte infrastructuur, terwijl stedelijke gebieden zoals de Randstad te maken hebben met andere problemen. Denk bijvoorbeeld aan drukke spoedeisende hulpen en drukke wegen. Die unieke uitdagingen benadrukken de noodzaak van een flexibele aanpak die landelijke normen combineert met regionale oplossingen.

#### Betrokkenheid van lokale bestuurders en gemeenten

Betrokkenheid van lokale bestuurders en gemeenten bij besluitvorming over zorgvoorzieningen wordt als essentieel gezien. Er is echter bezorgdheid over de variërende mate van invloed die gemeenten hebben in de verschillende regio's. Gemeenten moeten een formele positie krijgen in de besluitvorming om regionale belangen adequaat te kunnen vertegenwoordigen. De huidige situatie, waarbij gemeenten soms slechts indirect, via GGD's of andere instanties, worden

vertegenwoordigd, wordt als onvoldoende beschouwd. Aan de andere kant wordt de politieke invloed binnen de gemeenten genoemd als een complicerende factor, omdat gemeenteraadsleden regionale besluiten kunnen dwarsbomen om lokale belangen te beschermen. Dit politieke component kan leiden tot onwenselijke situaties en benadrukt de noodzaak van een gebalanceerde representatie van lokale en regionale belangen in het besluitvormingsproces.

### Financiering en kosten

Financiering wordt gezien als een cruciaal maar complex punt bij de uitvoering van de verschillende varianten. Respondenten plaatsen vraagtekens bij de haalbaarheid van de financiering per variant en onderstrepen de noodzaak om de financieringsstructuur verder te onderzoeken. De druk om te bezuinigen en de kosten per patiënt vormen belemmeringen die zorgvuldig moeten worden aangepakt om duurzame zorgvoorzieningen te waarborgen. De deelnemers wijzen erop dat de huidige financieringsmodellen niet altijd aansluiten bij de werkelijke behoeften en uitdagingen van de zorgsector. Er is vanuit de deelnemers een roep om een meer flexibele en realistische benadering van financiering, die rekening houdt met regionale verschillen en de specifieke kosten van zorg in diverse gebieden. Dit zou kunnen helpen om de continuïteit en kwaliteit van zorg te verbeteren zonder onnodige financiële druk op zorginstellingen. Tot slot wordt enkele keren aangegeven dat op dit moment er een perverse financiële prikkel is voor ziekenhuizen en het leveren van zorg. Hierdoor wordt niet altijd de meest passende zorg geleverd.

Een deelnemer geeft aan dat met het wegvallen van de 45-minutennorm het risico bestaat dat de SEH niet overeind gehouden kan worden in verband met financiële afwegingen. Hierbij is het volgens deelnemers essentieel dat de beschikbaarheidsgelden voor alle streekziekenhuizen in stand blijven en niet naar een beperkt aantal ziekenhuizen gaan.

### Personeel en werkgelegenheid

Het personeelsprobleem in de zorgsector komt meerdere keren aan bod tijdens de discussies. Er is bezorgdheid over de aantrekkelijkheid van de regio's voor zorgpersoneel (dit is breder dan alleen het zorgpersoneel in ziekenhuizen), vooral in gebieden waar ziekenhuizen mogelijk sluiten of waar de werkdruk hoog is. De impact van het sluiten van ziekenhuizen op de werkgelegenheid wordt ook benadrukt. In sommige regio's is het ziekenhuis de grootste werkgever, en veranderingen in de zorgstructuur kunnen significante gevolgen hebben voor de lokale economie en werkgelegenheid.

Deelnemers pleiten voor innovatieve oplossingen om deze uitdagingen aan te pakken, zoals het verbeteren van opleidingstrajecten voor zorgpersoneel. Ook wordt gewezen op de noodzaak van goede arbeidsomstandigheden en competitieve salarissen om personeel te behouden en aan te trekken. Deze maatregelen zijn essentieel om de beschikbaarheid en kwaliteit van zorgpersoneel te waarborgen, wat direct bijdraagt aan de algehele zorgkwaliteit. Tot slot geven deelnemers aan dat ziekenhuizen zonder spoedeisende hulp minder aantrekkelijk worden voor artsen en ander medisch personeel, wat de algehele zorgkwaliteit kan verminderen.

### Voorkeursvariant

Tijdens de bijeenkomsten werd variant 3 'Harde normen en landelijke sturing op nabijheid' het meest genoemd als voorkeursvariant vanwege de garantie op het bestaansrecht van spoedeisende hulp en eenduidigheid en duidelijkheid hierover op landelijk niveau. Deze variant wordt als voorkeursvariant genoemd mits er voor gemeenten meer inspraak is in de invulling van deze zorg. Er wordt gepleit voor meer inspraak voor het adresseren van de specifieke uitdagingen van een regio. De deelnemers benadrukken dat variant 3 een hybride model zou kunnen vertegenwoordigen waarin zowel landelijke kaders als regionale aanpassingen een plaats hebben.

Desondanks zijn er nuances en zorgen geuit over variant 3. De zorgen gaan bijvoorbeeld over de personeelstekorten. Deze kunnen leiden tot langere wachttijden. Ook wordt de rol van lokale overheden in regionale besluitvorming kritisch bekeken, met nadruk op de noodzaak van evenwichtige representatie en inspraak. Enkele deelnemers geven aan dat zij geen rol willen hebben in de formele besluitvorming, omdat zij niet verantwoordelijk zijn voor het leveren van zorg en soms onvoldoende medische kennis in huis hebben: 'Als je formeel meebeslist, moet je ook de verantwoordelijkheid dragen voor eventuele negatieve effecten.'

Deelnemers zijn het erover eens dat de nabijheid van zorg cruciaal blijft voor het gevoel van veiligheid bij patiënten, en dat elke variant zorgvuldig moet worden geëvalueerd op basis van praktische uitvoerbaarheid en mogelijke neveneffecten. Al met al wordt variant 3 gezien als de meest gebalanceerde benadering, mits er voldoende ruimte is voor regionale aanpassingen en er aandacht is voor uitdagingen zoals arbeidsmarktproblemen en financiering.

### 3.3 Afsluitend

De gesprekken met de bestuurders in fase 2 hebben tot meerdere perspectieven op de ontwikkelde varianten geleid. De varianten benadrukken twee dilemma's in de vorm van schalen: veiligheid en expertise versus nabijheid; en landelijke sturing versus regionale regie.

Uit de gesprekken met de bestuurders blijkt ten eerste dat het, uiteraard, neerkomt op een gebalanceerde combinatie die invulling geeft aan de twee dilemma's (de gesprekken met burgers wijzen ook naar deze combinatie).

Landelijke kaders voor minimale kwaliteitseisen zijn nodig om uniformiteit en basisveiligheid te garanderen. Tegelijkertijd is regionale invulling essentieel om—boven de minimale kwaliteitseisen—tegenoet te komen aan de specifieke behoeften en omstandigheden van verschillende gebieden.

Het was voor de betrokken bestuurders onmogelijk om één variant te kiezen, maar met alle slagen om de arm en alle voorwaarden voor vervolg, leek variant 3 het meest geschikt om op voort te bouwen. Grote(re) inspraak van de gemeenten voor de invulling van de zorg is daarbij één van de voorwaarden. De nadruk op landelijke sturing op nabijheid van acute zorg verzacht mogelijk een kernprobleem waar bestuurders denken tegenaan te lopen: de concurrentie tussen gemeenten vanuit een politiek belang om op te komen voor de eigen gemeentebelangen.

De gesprekken met de bestuurders geven met name aan dat er veel vervolgvragen zijn over de invulling van de ontwikkelde varianten: over hun betrokkenheid, over de financiën en over het welzijn in hun gemeenten.

## BIJLAGE 1

## Aanwezigen bijeenkomsten

Aanwezig	Gemeente	Functie
<i>Bijeenkomst 1 – 13 mei 2024</i>		
Mevrouw Marieke van Bijnen	Pijnacker Nootdorp	Wethouder
De heer Joost Veenstra	Den Helder	Beleidsadviseur zorg
De heer Albert Smit	Assen	Wethouder

<i>Bijeenkomst 2 – 22 mei 2024</i>		
Mevrouw Eugène van Mierlo	Almelo	Wethouder
Mevrouw Wendy Goodin	Lochem	Wethouder
Mevrouw Chantal Teunissen	Overbetuwe	Wethouder
De heer Lars Carree	Zandvoort	Wethouder
De heer Jasper Bloem	Zutphen	Wethouder

<i>Bijeenkomst 3 – 29 mei 2024</i>		
De heer Jan van der Poel	Zwartewaterland	Wethouder
Mevrouw Marianne Poelman	Súdwest-Fryslân	Wethouder
De heer Freek Brouwer	Urk	Wethouder
De heer Rene van Amersfoort	Noordoostpolder	Wethouder
De heer A. Krale	Staphorst	Wethouder

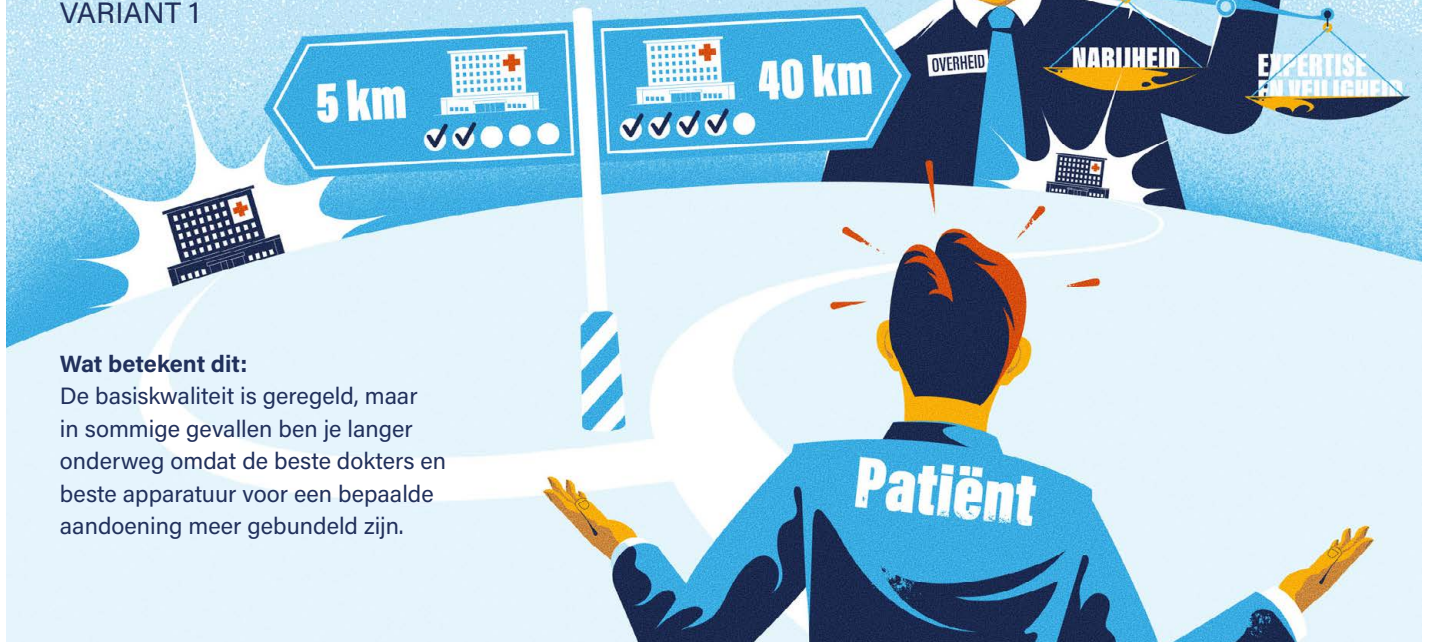
<i>Bijeenkomst 4 – 4 juni 2024</i>		
Mevrouw Arlette Husch	Heerlen	Wethouder
De heer Paul Hustinx	Heerlen	Specialist
De heer Maarten Reckman	Harderwijk	Wethouder
De heer Evert Blaauw	Bronckhorst	Wethouder
Mevrouw Ellen Dusseldorp	Oost-Gelre	Wethouder

## BIJLAGE 2

## Visualisaties van de varianten

## Harde normen en landelijke sturing op veiligheid en expertise

### VARIANT 1



#### Wat betekent dit:

De basiskwaliteit is geregeld, maar in sommige gevallen ben je langer onderweg omdat de beste dokters en beste apparatuur voor een bepaalde aandoening meer gebundeld zijn.

## Maximale ruimte voor regionale inzet op veiligheid en expertise

### VARIANT 2

#### Wat betekent dit:

De acute zorg is specifiek afgestemd op wat nodig is in jouw regio. Nabijheid is geen harde norm, dus er is een kans dat de regio besluit om dokters en apparatuur voor een bepaalde aandoening bij één spoedeisende hulp onder te brengen; er is een mogelijkheid voor bepaalde expertise op spoedeisende hulpen.



## Harde normen en landelijke sturing op nabijheid

### VARIANT 3

#### Wat betekent dit:

Vanuit de overheid wordt gestuurd op nabijheid van spoedeisende zorg, behalve voor de top 5% hoogcomplexe zorg. Er zullen geen spoedeisende hulpen in dunbevolkte gebieden verdwijnen. Maar in sommige gevallen ben je langer onderweg omdat de beste dokters en beste apparatuur voor een bepaalde aandoening meer gebundeld zijn.



## Regionale passende invulling van nabijheid

### VARIANT 4

#### Wat betekent dit:

De acute zorg is specifiek afgesteld op wat nodig is in jouw regio en lokale partijen gaan zoveel mogelijk over de invulling. Het risico is dat niet overal gekwalificeerde dokters of de juiste apparatuur aanwezig zal zijn, omdat voldaan moet worden aan de nabijheidsnorm.







## ‘WIJ ZIJN BERENSCHOT, GRONDLEGGER VAN VOORUITGANG’

Nederland is continu in ontwikkeling. Maatschappelijk, economisch en organisatorisch verandert er veel. Al ruim 85 jaar volgen wij als adviesbureau deze ontwikkelingen op de voet en werken we aan een vooruitstrevende samenleving. De behoefte om iets fundamenteels te betekenen voor mens en maatschappij zit in onze genen. Met onze adviezen en oplossingen hebben we dan ook actief meegebouwd aan het Nederland van vandaag. Altijd op zoek naar duurzame vooruitgang.

Alles wat we doen is onderzocht, onderbouwd en vanuit meerdere invalshoeken bekeken. Zo komen we tot gefundeerde adviezen en slimme oplossingen. Die zijn op het eerste gezicht misschien niet altijd de meest voor de hand liggende. Juist deze eigenzinnigheid maakt ons uniek. Daarbij zijn we niet van symptoombestrijding. En gaan pas naar huis als het is opgelost.

### **Berenschot Groep B.V.**

Van Deventerlaan 31-51, 3528 AG Utrecht

Postbus 8039, 3503 RA Utrecht

030 2 916 916

[www.berenschot.nl](http://www.berenschot.nl)