

Graag steunen wij als Gemeenten met een Regionaal Ziekenhuis (GRZ) en Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) de voorgenomen wetswijziging, inclusief het amendement Bushoff-Krul. Bij de uitwerking verwijzen we graag naar onze eerdere bijdragen op de internetconsultatie handreiking.

KEUZES: De afgelopen jaren zijn er veel regionale ziekenhuizen gesloten. Sluiting of afschaling van de SEH en acute verloskunde was daarbij vaak de spreekwoordelijke kanarie in de kolenmijn. Daarbij gaan niet alleen belangrijke voorzieningen verloren, ook staan toegankelijk en nabijheid van acute zorg onder druk. De toekomst van de acute zorg zou bij alle keuzes leidend moeten zijn. Daarbij zijn er allerlei structurele keuzes te maken over de inzet van personeel en financiële middelen, ook al wordt vaak gezegd van niet. Een eerlijk gesprek over die keuzes en optimale schaal is van groot belang voor het behoud van nabijheid van acute zorg.

NABIJHEID VAN ZORG: Schaalvergroting, concentratie en volumenormen zouden zich alleen moeten richten op “hoogspecialistische zorg”. Voor de 5% hoog specialistisch (acute) zorg blijkt er (mogelijk) winst te behalen in concentratie of schaalvergroting. Maar voor 95% reguliere acute zorg is het belangrijk en bewezen effectief dat de zorg in het netwerk rondom de patiënt plaatsvindt en teams van hulpverleners elkaar kennen. Extra belangrijk met de toenemende gezondheidsverschillen in de maatschappij die vaak gebaseerd lijken op sociaal economische verschillen.

ZONDER SPREIDING GEEN CONCENTRATIE: We moeten oppassen dat de capaciteit en de expertise in de regionale ziekenhuizen niet wegtrekt. Die situatie escaleert verder. De voorbereiding op de eerste tranche van spreiding en concentratie (per 2026) laat zien dat de samenwerking in sommige regio's eerder is verslechterd dan verbeterd. We vragen de minister om aandacht voor deze zorgelijke geluiden en regie op de spreiding van zorg, niet alleen op concentratie. Dit kan door de implementatie van het groeipad budgetbesteding voor juli 2026 af te ronden, zodat versterking van de financiële positie van regionale ziekenhuizen (zoals beoogd door het ministerie) per 2028 gerealiseerd kan worden. Zonder spreiding geen concentratie.

HUDIGE WETGEVING SCHIET TEKORT: In het nabije verleden moesten burgemeesters in de krant lezen dat hun ziekenhuis dicht ging. Ook toen moesten gemeenten betrokken moeten worden bij veranderingen in het acute zorgaanbod. De conclusie van het ministerie is daarom terecht dat “de huidige regelgeving rondom deze besluitvorming tekortschiet of onvoldoende wordt opgevolgd”.

De zogenaamde handreiking is vrijblijvend en daarmee volstrekt onvoldoende om het probleem van maatschappelijke betrokkenheid op te lossen. Gemeenten zitten bovendien niet te wachten op extra taken in het betrekken van hun inwoners, indien ze zelf geen (echte) mogelijkheid hebben gehad tot invloed op de besluitvorming. Er is dus meer nodig dan alleen een handreiking.

CRUX ZIT BIJ DE UITVOERING VAN DE WETSWIJZIGING: Wetswijziging is van groot belang en het amendement Bushoff-Krul helpt daarbij. Door belanghebbenden op een vroeg moment betrokken worden bij het besluit, kunnen zij meedenken over mogelijke (andere) oplossingen. Gemeenten kunnen daarbij volgens ons ook waardevolle input verschaffen om ervoor te zorgen dat alle opbrengsten en kosten worden meegewogen in de business case en bij het te nemen besluit (bereikbaarheid met OV en impact op het sociale domein bijv.). Tegelijkertijd biedt ook dit amendement nog steeds ruimte om de bezwaren van gemeenten en burgers te negeren door overmacht te claimen. De crux van deze wijziging zit dan ook in de uitvoering.

BELANG VAN HET ROAZ en de IZA TAFEL: Het ROAZ is in eerste aanleg een medisch orgaan, maar de beslissing vormende taken wordt steeds verder uitgebreid. Zorgverzekeraars schuiven ook vaak aan. We vinden daarom dat gemeenten met een regionaal ziekenhuis betrokken moeten worden als agenda-lid en op het relevante agenda-item vanaf het allereerste moment dat een wijziging van de acute zorg in de regio op de agenda staat. Ook dient de regionale IZA-tafel tijdig te worden betrokken. Het mandateren van de DPG voor ROAZ en IZA tafel blijkt geen sluitende oplossing, omdat die daar in de meeste gevallen niks voor voelen. De DPG heeft de handen vol aan specifieke andere belangen.

HET BELANG VAN HET KWALITEITSKADER SPOEDZORGKETEN: De afgesproken kwaliteitseisen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen moeten leidend zijn voor elke SEH in Nederland, en graadmeter zijn bij de betrokkenheid van o.a. gemeenten die volgt uit deze wetswijziging. In elke ambulance wordt nu al op basis van een wettelijk kader en eerste diagnose bepaald of de auto doorrijdt naar een level 1 traumacentrum of hooggespecialiseerd ziekenhuis, of naar een algemeen en regionaal ziekenhuis. Verder onderscheid is wat ons betreft onnodig en elke vorm van terminflatie of differentiatie doet afbreuk aan de kwaliteit van zorg en zorgt voor wantrouwen en verwarring bij inwoners en patiënten. Binnen het kwaliteitskader zijn er bovendien vele innovatieve vormen van SEH-zorg beschikbaar. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de situaties in Meppel en Den Helder. Maar zo zijn er nog talloze andere voorbeelden van innovatie zonder inflatie.

45-MINUTENNORM HANDHAVEN TOTDAT GROEIPAD BUDGETBEKOSTIGING IS DOORLOPEN: De passage over het afschaffen van de 45-minutennorm is lastig leesbaar. Wij lezen hierin dat de 45-minutennorm van toepassing blijft voor het borgen van de toegankelijkheid van elke inwoner in Nederland, echter dat als er wordt gesproken over een sluiting van een SEH waarbij in de huidige regelgeving geen consultatie eis is omdat de 45 minutennorm niet in het geding is, dat deze wel nu onder dit wetvoorstel wel onder de nieuwe toetsing gaan vallen. De 45-minutennorm blijft leidend voor de beschikbaarheidsbijdrage en zou dit moeten blijven totdat het groeipad budgetbekostiging (spoedig) is afgerond. Mocht VWS dit anders zien, dat horen wij het graag en pleiten wij voor herformulering van deze wetsaanpassing.