Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Kwalitatief goede acute ziekenhuiszorg voor iedereen bereikbaar

Ambtelijke verkenning naar beleidsopties voor de toekomst van de 45-minutennorm voor SEH's en acute verloskunde

Maart 2024

Samenvatting

In een **ambtelijke verkenning** heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) beleidsopties uitgewerkt voor normen voor toegankelijkheid en kwaliteit in de acute ziekenhuiszorg. Het traject richt zich op beleid dat een sterke relatie heeft met de inrichting van het acute ziekenhuiszorglandschap, waaronder de **45-minutennorm** voor SEH's en afdelingen acute verloskunde. Het doel van de verkenning is om de gevolgen van verschillende beleidsopties in kaart te brengen en ze te toetsen op uitvoerbaarheid. Het vervangen van de 45-minutennorm is **controversieel** verklaard. Het maken van keuzes over het beleid is aan een nieuw kabinet.

Door de toenemende zorgvraag en schaarste aan personeel, zijn **keuzes** nodig over de inrichting van het acute zorglandschap. We zien dat keuzes die nu worden gemaakt in de acute ziekenhuiszorg leiden tot een gevoel van verlies en niet altijd op maatschappelijk draagvlak kunnen rekenen. Daarom zijn in deze ambtelijke verkenning **vijf varianten** opgesteld van beleid dat richting geeft aan de toekomstige inrichting van het acute ziekenhuiszorglandschap. De vijf varianten onderscheiden zich in de kern van elkaar op basis van twee **politiek-maatschappelijke dilemma's**, namelijk:

- Kwaliteit en toegankelijkheid door bundeling van schaarse expertise en faciliteiten vs. kwaliteit en toegankelijkheid door nabijheid en lokale inbedding.
- Landelijke regie voor meer gelijkheid en duidelijkheid voor patiënten, burgers en ketenpartners vs. lokale en regionale vrijheid en regelruimte voor meer innovatie en maatwerk.

In elke variant is een andere weging gemaakt van de verschillende maatschappelijke belangen die een rol spelen bij dit vraagstuk. De **vijf varianten** zijn:

- 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

Zie hoofdstuk 3 voor een verdere uitwerking.

Bij elke variant past een andere visie op het acute zorglandschap en daaruit volgend een ander **normenkader en aanvullend overheidsbeleid**. Elke variant brengt kansen en risico's met zich mee voor patiënten, burgers en lokaal bestuur, zorgprofessionals, zorgaanbieders, de organiseerbaarheid en betaalbaarheid van de zorg en de uitvoerbaarheid van het overheidsbeleid.

De varianten zijn door een ambtelijke werkgroep van VWS mede opgesteld op basis van verschillende **deeltrajecten**, namelijk gesprekken met inwoners en met lokale bestuurders over de acute zorg, een expertgroep over differentiatie van acute zorg, een internationale verkenning en een rapportage over tijdkritische aandoeningen. Ook de inbreng van een klankbordgroep met IZA-partijen en een interdepartementale klankbordgroep is meegenomen.

In een **tweede fase**, die start na de oplevering van deze verkenning, wordt uitgebreider in kaart gebracht wat de gevolgen van de varianten zijn voor de toegankelijkheid en kwaliteit van acute (ziekenhuis)zorg en de andere maatschappelijke aspecten die aandacht vragen. Daarnaast wordt de uitvoerbaarheid van de varianten getoetst en verkend of aanvullend beleidsinstrumentarium nodig is. De uitkomsten van de tweede fase kunnen worden gebruikt door een **nieuw kabinet** om keuzes te maken over en zorgvuldige implementatie van eventueel nieuw beleid over de inrichting van de acute (ziekenhuis)zorg.

Begrippenlijst

Huidige regelgeving met betrekking tot de inrichting van het acute zorglandschap

45-minutennorm Spoedeisende Hulpafdeling (SEH) en afdelingen acute verloskunde
De 45-minutennorm stelt als norm dat er in principe geen 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 beschikbaarheidbijdrage 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 kan worden gevergd om te voorkomen dat een SEH of afdeling acute verloskunde sluit).

Kwaliteitskader spoedzorgketen
Het Kwaliteitskader spoedzorgketen is een bij het register van het Zorginstituut ingeschreven kwaliteitsstandaard die de samenwerking tussen ketenpartners beschrijft en de minimale vereisten voor de (regionale) organisatie van de spoedzorg voorschrijft. Het bevat ook normen waar een SEH aan moet voldoen.

AMvB acute zorg
De AMvB acute zorg is een verzamelnaam van de regels die zien op de acute zorg uit het Uitvoeringsbesluit Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz) en de Uitvoeringsregeling Wkkgz. In deze regelgeving worden onder andere eisen gesteld aan aanbieders van acute zorg bij voornemens tot verandering van het aanbod van acute zorg, zoals procesmatige eisen aan het betrekken en informeren van relevante stakeholders.

Beschikbaarheidsbekostiging
Een deel van de acute zorg wordt op basis van beschikbaarheid bekostigd. Dat betekent dat het bedrag dat aanbieders ontvangen niet (alleen) afhangt van het aantal verrichtingen. Daarvoor bestaan momenteel twee vormen. De eerste vorm is een beschikbaarheidbijdrage. Dat is een rechtstreekse subsidie vanuit de overheid voor het beschikbaar houden van capaciteit door een aanbieders. Hieronder valt onder andere de beschikbaarheidbijdrage SEH en acute verloskunde voor ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm. De tweede vorm is een regionale budgetbekostiging. Daarbij wordt op basis van de populatie en/of benodigde capaciteit voor goede zorg een budget per regio vastgesteld. Zorgverzekeraars onderhandelen hierbij gezamenlijk via een representatiemodel met een budgethoudend aanbieder per regio. Deze vorm wordt toegepast bij de ambulancezorg, acute ggz, huisartsendienstenstructuren en dienstapotheken.

ROAZ
De AMvB acute zorg regelt dat elk traumacentrum een regionaal overleg organiseert dat tot doel heeft om afspraken te maken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in hun regio. De deelnemers aan dit regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ) zijn alle zorgaanbieders in de regio die relevant zijn voor in-, door- en uitstroom in de acute zorg (van huisartsen en vvt-instellingen, tot ggz-instellingen, ambulancediensten en ziekenhuizen). Er zijn 10 ROAZ-regio's.

Inhoud

1. Ambtelijke verkenning doordachte keuzes inrichting landschap acute (ziekenhuis)zorg
2. Ontwikkelingen acute zorg brengen politiek-maatschappelijke dilemma's met zich mee
3. Vijf varianten van overheidsbeleid over de acute (ziekenhuis)zorg
4. De varianten zijn gebaseerd op verschillende trajecten
5. Hoe worden de gevolgen en uitvoerbaarheid verder uitgewerkt?

Bijlagen

A. Uitgebreide kansen en risico's per variant
B. Proces
C. Aangenomen moties en toezeggingen i.r.t. de 45-minutennorm
D. Rapport expertgroep differentiatie + bijlage
E. Inwoners over de acute zorg in Nederland
F. Lokaal bestuur over de acute zorg in Nederland
G. Rapportage Tijdkritische aandoeningen, Zorginstituut
H. Internationale verkenning
I. Verslag gesprekken IZA-klankbordgroep

1. Ambtelijke verkenning doordachte keuzes inrichting landschap acute (ziekenhuis)zorg

Aanleiding

VWS heeft een ambtelijk traject ingericht om varianten te ontwikkelen van nieuwe normen voor de toegankelijkheid en kwaliteit van acute (ziekenhuis)zorg (fase 1) en om deze varianten te toetsen (fase 2). Dit traject is beschreven in de **Kamerbrief van 16 juni 2023 over het vervangen van de 45-minutennorm.** De Tweede Kamer heeft deze brief controversieel verklaard. Dat betekent dat het demissionaire kabinet geen besluiten zal nemen over de 45-minutennorm. De ambtelijke verkenning naar beleidsopties voor normen voor toegankelijkheid en kwaliteit in de acute ziekenhuiszorg is wel uitgevoerd, ter voorbereiding op een nieuw kabinet. Dit document is het eindrapport van fase 1 van deze ambtelijke verkenning. Als onderdeel van die verkenning zijn verschillende deeltrajecten uitgevoerd met o.a. burgers en lokale bestuurders en hebben gesprekken met brancheverenigingen en andere overheidspartijen plaatsgevonden (zie hoofdstuk 4). De verschillende bevindingen en adviezen zijn vervolgens ambtelijk gewogen en geïnterpreteerd om tot de varianten van beleidsopties in dit rapport te komen (zie hoofdstuk 3).

Doel

Het doel van dit rapport is om verschillende beleidsopties voor de toekomstige inrichting van het acute (ziekenhuis)zorglandschap te schetsen. Het traject richt zich op beleid dat een sterke relatie heeft met de inrichting van het acute ziekenhuiszorglandschap, met specifiek aandacht voor de spoedeisende hulp en acute verloskunde. Uiteraard functioneren de SEH en de afdeling acute verloskunde van een ziekenhuis in een bredere acute zorgketen en zijn de afdelingen nauw verbonden met de rest van het ziekenhuis. Daarom is niet geïsoleerd naar de acute ziekenhuiszorg gekeken, maar is ook de relatie met de rest van de keten onderdeel van het traject. De beleidsopties in deze verkenning dienen ter voorbereiding op besluitvorming door een nieuw kabinet. Daarom wordt in dit document gewerkt met varianten waarin de belangrijkste politiek-maatschappelijke dilemma's centraal staan.

Eindrapport fase 1 is geen beleid, maar helpt bij doordenken van keuzes

Dit document is geen voorstel voor beleid, maar een tussenstap om het denken over de keuzes waar we als maatschappij voor staan transparanter te maken en verder te doordenken. Hierbij is zoveel mogelijk uitgegaan van inzichten uit praktijk en wetenschap, maar soms zijn er bij het opstellen van de varianten ook verdergaande keuzes gemaakt om voldoende concreetheid en scherpte in de verschillende varianten aan te brengen. Deze scherpte is nodig om te laten zien tot welke verschillende gevolgen de varianten leiden, en helpen om in een tweede fase van dit ambtelijke traject de gevolgen beter in kaart te brengen, en om de uitvoerbaarheid en betaalbaarheid van de varianten te kunnen toetsen (zie hoofdstuk 5 voor de opzet van fase 2).

2. Ontwikkelingen in de acute zorg brengen politiek-maatschappelijke dilemma's met zich mee.

Bij keuzes rondom de inrichting van de zorg is altijd een afweging van de aspecten kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid aan de orde. Al deze aspecten zijn van belang en moeten voldoende geborgd worden. Daarbij moet ook rekening gehouden worden met de schaarste aan zorgpersoneel en het effect van sluitingen op andere maatschappelijke belangen, zoals de leefbaarheid van een regio en duurzaamheid.

Ieder tijdsgewricht stelt ons voor nieuwe keuzes. Medische, technologische en organisatorische ontwikkelingen hebben de acute zorg op veel verschillende manieren verbeterd. Ambulances hebben zich bijvoorbeeld ontwikkeld van vervoersbedrijven tot geavanceerde aanbieders van eerste hulp en stabilisatie van patiënten, en Mobiel Medische Teams (MMT's) zijn ingevoerd. En voor hoogcomplexe, levensbedreigende aandoeningen zijn nieuwe manieren van diagnostiek en gespecialiseerde aanbieders van zorg ontstaan.

Door de toenemende zorgvraag en schaarste aan personeel, zien we echter dat keuzes in de acute ziekenhuiszorg steeds scherper worden, niet altijd bewust worden genomen, en niet altijd op maatschappelijk draagvlak kunnen rekenen. Locaties voor spoedeisende hulp (SEH), afdelingen acute verloskunde en ANW-huisartsenzorg worden in sommige gevallen tijdelijk of permanent gesloten, terwijl inwoners en gemeenten hiertegen zijn. Tegelijkertijd zien we dat het nog te veel uitmaakt voor waar je in Nederland woont en bij welke zorgaanbieder je als eerste geholpen wordt voor de kwaliteit van zorg die je ontvangt. Deze ontwikkelingen leiden samen tot onrust en onbegrip bij patiënten en burgers.

Politiek-maatschappelijke keuzes over de inrichting van het acute zorglandschap zijn daarbij onontbeerlijk. Ongeacht de inzet op preventie, het voorkomen van het acuut worden van een zorgvraag, of het investeren in het behouden en aantrekken van zorgprofessionals, is immers altijd sprake van een bepaald kader aan beschikbare mensen en middelen voor de acute zorg. Binnen dat kader moeten keuzes gemaakt worden over hoe die mensen en middelen het beste ingezet kunnen worden. Daarbij ontstaan altijd, ongeacht de hoogte van het kader of het succes van de inzet op preventie, dilemma's die om een politiek maatschappelijke richting vragen (zie de dilemma's op de volgende slide). Voor onze analyse zijn die dilemma's het aangrijpingspunt voor het ontwikkelen van verschillende varianten. Het is vervolgens een onderdeel van de uitwerking van de varianten om in kaart te brengen wat gevolgen zijn en wat dat vraagt van bekostiging, financiering en het beschikbare kader aan mensen en middelen.

In dit document beperken we ons niet enkel tot de 45-minutennorm, maar richten we ons op het bredere overheidsbeleid dat verband houdt met de inrichting van het acute (ziekenhuis)zorg-landschap (zie ook eerdere definitie/begrippenlijst).

Dilemma’s ontstaan door verschillende visies op toegankelijkheid goede zorg en rol overheid

Toegankelijkheid van goede zorg gaat over zowel schaarse expertise en faciliteiten als nabijheid en een lokale inbedding

Toegankelijkheid van goede zorg is een complex begrip met veel onderlinge afhankelijkheden. Wat voor een medisch-specialist belangrijk is, is niet altijd hetzelfde als wat voor een patiënt belangrijk is. En wat voor de ene patiëntengroep zorgt voor maximale toegang tot goede kwaliteit, kan voor de andere juist ten koste gaan van de (ervaren) kwaliteit en toegankelijkheid. Kwaliteit van zorg hangt daarom samen met de visie op mens en maatschappij. Concreet voor de inrichting van de acute ziekenhuiszorg komt dit het scherpst naar voren in de volgende twee visies:

i. Kwaliteit en toegankelijkheid door bundeling van schaarse expertise en faciliteiten. Vanuit deze visie ontstaat maximale kwaliteit door te zorgen dat patiënten met een acute zorgvraag indien nodig zo snel mogelijk terecht kunnen in een centrum waarbij de meeste kennis, ervaring en expertise van het zorgpersoneel en de beste faciliteiten gebundeld zijn voor diagnostiek en behandeling.
ii. Kwaliteit en toegankelijkheid door nabijheid en lokale inbedding. Vanuit deze visie ontstaat kwaliteit door patiënten zo laagdrempelig mogelijk en in de eigen omgeving een breed zorgaanbod te garanderen. Door het acute ziekenhuiszorgaanbod lokaal in te bedden zijn korte lijnen met eerstelijnszorg, VVT en mantelzorgers goed te onderhouden. Preventie, zorg en nazorg door zowel zorgverleners als familieleden worden gestimuleerd. Bovendien draagt dit bij aan (het gevoel van) algehele lokale leefbaarheid en samenwerking.

Er zijn verschillende visies op de gewenste balans tussen landelijke regie en lokale en regionale vrijheid

In de acute (ziekenhuis)zorg is sprake van een fijn samenspel tussen landelijke regie en regionale vrijheid. Voor een groot deel zijn keuzes over de inrichting van de acute zorg aan lokale en regionale veldpartijen. Daarmee ontstaat ruimte voor innovatie en maatwerk voor passende lokale oplossingen. Er is daarbij tevens ruimte voor individuele beleidskeuzes van aanbieders en verzekeraars; samenwerking is grotendeels op vrijwillige basis. Tegelijkertijd gaat vanuit het overheidsbeleid sturing uit. Het landelijk vastgestelde kwaliteitskader spoedzorgketen geeft kaders voor hoe de acute zorg in de keten georganiseerd moet zijn. De 45-minutennorm en daaraan gekoppeld beleidsinstrumentarium geeft gedeeltelijk richting aan de landelijke spreiding van SEH’s en afdelingen acute verloskunde. De AMvB acute zorg stelt tenslotte eisen aan proces en communicatie bij veranderingen in het acute zorgaanbod. Gezamenlijk borgen deze kaders een bepaalde mate van duidelijkheid, zekerheid en solidariteit in het zorgaanbod. Dit is echter een precaire balans waar verschillende visies op bestaan:

i. Meer landelijke regie kan zorgen voor meer gelijkheid en duidelijkheid voor patiënten, burgers en ketenpartners. Het geeft bovendien richting aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars over hoe maatschappelijke belangen gewogen dienen te worden. Vrijblijvendheid van individuele partijen kan verminderd worden.
ii. Meer lokale en regionale vrijheid en regelruimte kan zorgen voor meer innovatie en maatwerk. Er ontstaat ook ruimte om op basis van de lokale of regionale waarden een belangenafweging te maken, in plaats van dat hiervoor een landelijke blauwdruk bestaat. Door ruimte voor regionale invulling kunnen wel verschillen tussen regio’s ontstaan in de kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg.

Dilemma’s spitsen zich toe op de grote groep midden-complexe / ongedifferentieerde acute zorgvragen

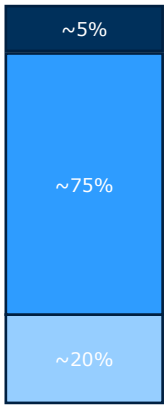
Differentiatie in de acute zorg is nodig, maar complex

Onder differentiatie in het aanbod van acute zorg verstaan we dat het aanbod van acute zorg wordt toegespitst op bepaalde patiëntengroepen of ingangsklachten. Dat is altijd in bepaalde mate nodig en wenselijk bij de inrichting van het zorgaanbod. Cruciaal daarbij is goede triage en eerste diagnostiek, waardoor de zorgvraag in beeld komt, en keuzes over de juiste zorg op de juiste plek gemaakt kunnen worden. Tegelijkertijd kent dit beperkingen. Een patiënt heeft de diagnose ‘niet op het hoofd geschreven’. Ook is het lang niet altijd handig het aanbod gedifferentieerd te organiseren. Door het merendeel van de zorgvragen immers op één locatie samen te brengen kunnen mensen en middelen gebundeld worden en weten patiënten en verwijzers bij algemene of globale lichamelijke klachten (waar veel verschillende diagnoses op kunnen volgen) waar zij terecht kunnen, en kunnen overplaatsingen voorkomen worden. Deze uitdagingen gelden in de zorg in den brede, maar zijn voor de acute ziekenhuiszorg extra prangend door de inherente onzekerheid over de zorgvraag en grote tijdsdruk.

Om dilemma’s bloot te leggen maken we onderscheid tussen drie niveaus van complexiteit (zie figuur)

Patiëntenpopulatie acute ziekenhuiszorg:

Levensbedreigende, herkenbare, tijdkritische aandoeningen
Bijvoorbeeld: acuut CVA, acuut hartinfarct, multitrauma



Brede maatschappelijke consensus: belang van kwaliteit door bundeling optimale expertise en faciliteiten op behandellocatie leidend, concentratie noodzakelijk en (groten)deels al gerealiseerd in de praktijk. Snelle en goede diagnostiek is cruciaal.

Midden-complexe / ongedifferentieerde zorgvraag
Bijvoorbeeld: klaplong, verwardheid, heupfractuur, (acute) buikpijn

Voor deze groep zijn de politiek-maatschappelijke dilemma’s het meest prangend:

- Voor een deel van de patiënten weegt met name de kracht van de bundeling van schaarse expertise en faciliteiten voor diagnostiek en behandeling zwaar. Voor een ander deel van deze patiënten weegt juist de kracht van korte lijnen en lokale inbedding zwaar.
- Keuzes over hoe en waar het zorgaanbod voor deze groep wordt georganiseerd heeft de grootste gevolgen voor de organisatie van het ziekenhuis, samenwerking met ketenpartners en leefbaarheid in de omgeving.

Herkenbare zorgvraag met eenmalige korte interventie
Bijvoorbeeld: hoofdwond waarvoor hechten nodig is, blaasontsteking, armbreuk

Voor deze groep geldt dat er minder expertise of faciliteiten aanwezig hoeven zijn om toch optimale kwaliteit van zorg te bieden. Nabijheid van deze zorg is een belangrijk onderdeel van de ervaren kwaliteit. Desalniettemin zorgen personeelstekorten en organisatievraagstukken voor uitdagingen om deze zorg nabij toegankelijk te houden.

3. Vijf varianten van overheidsbeleid over de acute (ziekenhuis)zorg

Vijf varianten over inrichting van de acute (ziekenhuis)zorg
Deze ambtelijke verkenning geeft inzicht in een aantal manieren waarop de overheid zou kunnen sturen op de kwaliteit en toegankelijkheid van acute ziekenhuiszorg. Er zijn vijf varianten van overheidsbeleid uitgewerkt over de inrichting van de acute ziekenhuiszorg. In elke variant is een andere weging gemaakt van de verschillende maatschappelijke belangen die een rol spelen bij dit vraagstuk. Per variant past dus ook een ander verhaal over de inrichting van de acute ziekenhuiszorg en de rol van de overheid daarbij. En elk verhaal bevat ook moeilijke keuzes.

De werkgroep die de ambtelijke verkenning heeft uitgevoerd vindt dat de vijf varianten recht doen aan de inbreng die is opgehaald uit de verschillende deeltrajecten die als basis onder dit rapport liggen en de vele gesprekken die hierover zijn gevoerd. De werkgroep hoopt ook dat de lezer van deze rapportage zijn eigen ideeën over de acute zorg herkent in één of meerdere van de varianten.

Waarom varianten?
Het doel van het opstellen van verschillende varianten is om gevolgen en uitvoerbaarheid van deze varianten in kaart te brengen. Dit inzicht kan de basis zijn van het maken van een politieke keuze over richting van het beleid. Ook kan een goede analyse van gevolgen en uitvoerbaarheid helpen om het beleid zo gericht mogelijk in te voeren en waar nodig en mogelijk mitigerende maatregelen te nemen tegen ongewenste effecten.

Varianten zijn geen beleid, maar helpen bij doordenken van keuzes
In deze ambtelijke verkenning zijn per variant mogelijke normen en beleidsmaatregelen uitgewerkt. Hierbij zijn soms keuzes gemaakt met als doel om voldoende mate van concreetheid en scherpte in de verschillende varianten aan te brengen. Deze scherpte is nodig om te laten zien tot welke verschillende gevolgen de varianten leiden, maar ook om in een tweede fase van dit ambtelijke traject de uitvoerbaarheid en betaalbaarheid van de varianten te kunnen toetsen.

Besluitvorming over het beleid van de overheid over de inrichting van de acute (ziekenhuis)zorg is aan het (nieuwe) kabinet. Het uiteindelijke beleid kan er anders uit zien, dan de vijf varianten die in dit traject zijn uitgewerkt.

Vijf varianten van normen/beleid op het acute ziekenhuiszorglandschap

Toelichting
De vijf varianten onderscheidden zich in de kern van elkaar op basis van twee politiek, maatschappelijke dilemma's, die zijn toegelicht op slide 7, namelijk:

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

Op basis van deze twee dilemma's hebben we vier verschillende varianten opgesteld van normen en beleid op het acute (ziekenhuis)zorglandschap.

Een vijfde variant is het voortzetten van huidig beleid. Deze varianten zijn op de volgende pagina's uitgebreider toegelicht.

Samenvatting visie op acute zorg per variant

1. Harde normen en landelijke sturing op veiligheid en expertise

Iedereen in Nederland heeft recht op dezelfde hoge kwaliteit van acute zorg. Daarom zijn er heldere landelijke kwaliteitsnormen voor zowel de acute ziekenhuiszorg, als voor samenwerking met de rest van de keten zoals de ambulancezorg en de huisartsen. Voor levensbedreigende, herkenbare tijdkritische aandoeningen is ook de tijd van melding tot het juiste ziekenhuis genormeerd, zodat elke patiënt tijdig op de juiste plek kan worden geholpen. Alleen voor laagcomplexe acute ziekenhuiszorg en acute verloskunde gelden nabijheidsnormen. Vanuit de overheid wordt stevig gestuurd op realisatie van de normen.

Dat vraagt bereidheid om te accepteren dat er in Nederland nog een aantal SEH's zullen omvormen naar voorzieningen voor laagcomplexe acute zorg en afdelingen acute verloskunde zullen sluiten, omdat het voor de veiligheid en expertise van zorg en efficiënte inzet van personeel beter is.

2. Maximale ruimte voor regionale inzet op veiligheid en expertise

Elke regio is anders. Populatie, type zorgvraag, geografie, het type zorgaanbieders en personeelskrapte verschillen per regio. Daarom is ook per regio verschillend hoe de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg het beste kan worden gerealiseerd. De overheid geeft daarom de ruimte aan regio's om zelf afwegingen te maken over het acute zorglandschap op basis van landelijke normen. De landelijke overheid stimuleert dat elke regio streeft naar een hoge kwaliteit van acute zorg en introduceert daarvoor prikkels. Ook gelden er ondergrenzen voor nabijheid van laagcomplexe acute ziekenhuiszorg.

Dat vraagt bereidheid om te accepteren dat patiënten voor sommige soorten zorg in sommige regio's verder moeten reizen dan in andere regio's, dat er mogelijk nog een aantal SEH's zullen omvormen naar voorzieningen voor laagcomplexe zorg en een aantal afdelingen acute verloskunde zullen sluiten. Regionaal maatwerk en ruimte voor innovatie zijn belangrijker dan harde en duidelijke normen die door heel Nederland gelijk zijn.

3. Harde normen en landelijke sturing op nabijheid en lokale inbedding

De overheid zet maximaal in op het behoud van alle SEH's en afdelingen acute verloskunde, vanwege het belang van toegankelijkheid van zorg en leefbaarheid in de regio. SEH's zijn bovendien een belangrijke sleutel voor goede ketenbrede regionale samenwerking in de acute zorg en de continuïteit van ziekenhuizen. Enkel voor een specifieke groep complexe patiënten geldt dat acute ziekenhuiszorg soms verder weg geleverd wordt om de beste kwaliteit van zorg te bieden.

Dat vraagt bereidheid om te accepteren dat personeel elders uit de zorg wordt verplaatst naar de acute zorg en dat we extra moeten investeren in de acute ziekenhuiszorg. Kwaliteitseisen aan SEH's kunnen de komende jaren niet aangescherpt worden of moeten naar beneden worden bijgesteld. We moeten als maatschappij accepteren dat het nabij organiseren van acute zorg een bepaalde mate van risico ten aanzien van veiligheid en expertise met zich meebrengt.

4. Regionale passende invulling van nabijheid

De aanwezigheid van ziekenhuizen met een acuut zorgaanbod inclusief acute verloskunde in de regio is belangrijk voor veiligheid van burgers en leefbaarheid in de regio. Tegelijkertijd is elke regio in Nederland anders. De overheid stelt daarom als norm dat alle SEH's en afdelingen acute verloskunde open blijven, maar geeft regio's de ruimte om daar zelf beredeneerd van af te wijken. Bij keuzes over veranderingen worden gemeenten en burgers nauw betrokken en weegt nabijheid van zorg en leefbaarheid in de regio zwaar.

Dat vraagt bereidheid om te accepteren dat de nabijheid en kwaliteit van zorg per regio kunnen verschillen en dat acute zorg in sommige regio's prioriteit krijgt boven andere zorg. Ook vraagt het bereidheid om te accepteren dat besluitvormingsprocessen complex zijn en het beleid niet op voorhand duidelijkheid geeft over de uitkomsten.

0. Geen wijziging huidige normen

Het is belangrijk dat iedereen in Nederland op een acceptabele afstand van een SEH en afdeling acute verloskunde woont die voldoet aan de kwaliteitseisen. De combinatie van de huidige 45-minutennorm en het huidige kwaliteitskader spoedzorgketen zorgen hiervoor. Wijziging in regelgeving zorgt voor onrust en mogelijk extra administratieve lasten en andere normen zorgen ook weer voor nieuwe uitdagingen.

Dat vraagt bereidheid om te accepteren dat de normen niet gelden voor de spreiding van hoogcomplexe acute zorg waar extra personeel en voorzieningen voor nodig zijn. Ook vraagt het bereidheid om te accepteren dat er nog enkele SEH's en afdelingen acute verloskunde kunnen sluiten in situaties waar iedereen binnen 45 minuten in een ander ziekenhuis kan zijn.

Variant 1. Harde normen en landelijke regie op veiligheid en expertise

Visie op acute zorglandschap	Iedereen in Nederland heeft recht op dezelfde hoge kwaliteit van acute zorg. Het belang van de aanwezigheid van optimale expertise en faciliteiten op elke SEH is leidend. Dat kan soms betekenen dat afstanden groter worden. Voor levensbedreigende tijdkritische aandoeningen gelden aanvullende kwaliteitseisen, inclusief tijdsnormen. De overheid neemt regie om de noodzakelijke veranderingen in het zorglandschap te bewerkstelligen.
Normen en aanvullend beleid	• Voor herkenbare tijdkritische aandoeningen, waar specialistische voorzieningen of expertise voor nodig zijn, gelden stevige kwaliteitsnormen en (nog te ontwikkelen) tijdsnormen (zie rapport van het Zorginstituut over tijdkritische aandoeningen). ○ Bijvoorbeeld: Elke burger kan binnen 75 minuten vanaf melding met een ambulance bij een ziekenhuis zijn met een PCI-centrum (percutane coronaire interventie), de PCI-centra voldoen aan de kwaliteitseisen en de volumenorm van ten minste 600 therapeutische PCI's per jaar en minstens 90% van de patiënten met een acuut hartinfarct (STEMI) worden direct in een PCI-centrum gepresenteerd. • Voor SEH's gelden de kwaliteitsnormen uit het Kwaliteitskader spoedzorgketen. Deze normen worden doorontwikkeld en aangescherpt. Er is geen spreidingsnorm voor SEH's, anders dan de tijdsnormen die gelden voor de herkenbare tijdkritische aandoeningen. De 45-minutennorm voor SEH's vervalt. • Huidige SEH's of spoedposten mogen niet sluiten, wel omvormen tot voorziening voor patiënten met een laagcomplexe acute zorgvraag. Kwaliteitsnormen voor deze patiëntengroepen en/of type voorzieningen worden ontwikkeld. • De 45-minutennorm voor afdelingen acute verloskunde blijft bestaan. De overheid voert regie om te zorgen dat normen gehaald (en aangescherpt) worden: • Invoering van een vorm van bekostiging op basis van noodzakelijke beschikbaarheid voor goede kwaliteit acute ziekenhuiszorg. Als uit monitoring onvoldoende kwaliteit van zorg blijkt, dan stopt de financiering van een voorziening, als dat mogelijk is binnen de kaders van de tijds- en nabijheidsnormen. • Eventueel inzet van de Wet bijzondere medische verrichtingen om waar nodig concentratie af te dwingen. • Het Zorginstituut agendeert de implementatie en doorontwikkeling van het kwaliteitskader spoedzorgketen doorlopend en stimuleert verbetering van triage door de ambulance en de huisarts: ontwikkeling van landelijke protocollen en een gezamenlijk kwaliteitskader voor de preklinische zorg.
Kansen en risico's (zie bijlage A voor uitgebreide versie kansen en risico's)	• **Patiënten** krijgen meer zekerheid dat iedere SEH waar zij terecht komen voldoet aan hoge eisen aan expertise en faciliteiten. Reistijden naar de SEH kunnen op sommige plekken echter toenemen, wat ten koste kan gaan van kleinschaligheid, persoonsgerichtheid, nabijheid en lokale inbedding van de behandeling. • **Burgers en lokaal bestuur** krijgen meer duidelijkheid over wat zij van de acute zorg mogen verwachten. Het gevolg kan wel zijn dat SEH's of afdelingen acute verloskunde sluiten, wat tot onzekerheid over de toekomst kan leiden voor inwoners. • **Zorgprofessionals** kunnen profiteren van schaalvoordelen: er zijn meer mogelijkheden om aan kwaliteitseisen te voldoen en de drukte en intensiteit van het werk kan beter verdeeld worden. Tegelijkertijd kunnen veranderingen in het zorglandschap leiden tot langere reistijden en verminderde samenwerking met het lokale netwerk, wat werkplezier kan schaden. • **Zorgaanbieders** kunnen kwaliteit verbeteren door bundeling van expertise en voorzieningen en daarmee mogelijk personeel efficiënter inzetten. Tegelijkertijd kunnen veranderingen in het zorglandschap nadelig zijn voor lokale samenwerking, korte lijnen, en reistijden (voor ambulances). • **Organiseerbaarheid/betaalbaarheid** kunnen door schaalvoordelen en duidelijke normen vergroot worden. Tegelijkertijd kan schaalvergroting ook leiden tot hogere 'complexiteitskosten', (over)medicalisering en minder synergievoordelen door lokale samenwerking en taakverdeling. • **Uitvoerbaarheid/overheidsbeleid** kan versterkt worden door een duidelijkere rol van de overheid en duidelijkere normen voor veldpartijen. Tegelijkertijd vraagt verdere sturing door de overheid op kwaliteit (juridisch) sterke onderbouwing en motivering en vraagt dit herijking manier van inkoop en bekostiging (inclusief beschikbaarheidbijdragen), wat kan zorgen voor transitiekosten en vertraging. Maatschappelijke weerstand naar verwachting groot vanwege sluitingen. Doorontwikkeling van tijds- en kwaliteitsnormen is aan het veld en komt mogelijk niet of zeer langzaam van de grond.
Mitigerende maatregelen	• Sluiting in de nacht voor SEH's die dicht bij elkaar in de buurt liggen wordt een optie, zonder dat dit ten koste gaat aan de eisen van het Kwaliteitskader spoedzorgketen. • Er wordt geïnvesteerd in nabijheid van andere voorzieningen, zoals mobiele acute zorg, behoud planbare zorg. Ook verbetering van triage, diagnostiek en zorgcoördinatie kan onnodige reisbewegingen voorkomen. • Communicatieplan richting maatschappij over noodzaak scherpe keuzes. • Transitiemiddelen voor zorgverleners en zorgaanbieders

Variant 2. Maximale ruimte voor regionale inzet op veiligheid en expertise

Visie op acute zorglandschap	Het belang van de aanwezigheid van optimale expertise en faciliteiten op elke SEH is leidend. Dat kan soms betekenen dat afstanden groter worden. Tegelijkertijd is iedere regio anders. Daarom moet er ruimte zijn voor regionaal maatwerk en innovatie. De overheid introduceert normen en prikkels om regio's te vergelijken en te stimuleren, maar biedt ruimte voor innovatie en beredeneerd afwijken van normen. Bekostiging gebeurt op basis van regionale budgetten.
Normen en aanvullend beleid (Zelfde normen als in variant 1)	• Voor herkenbare tijdkritische aandoeningen, waar specialistische voorzieningen of expertise voor nodig zijn, gelden stevige kwaliteitsnormen en (nog te ontwikkelen) tijdsnormen (zie rapport van het Zorginstituut over tijdkritische aandoeningen). ○ Bijvoorbeeld: Elke burger kan binnen 75 minuten vanaf melding met een ambulance bij een ziekenhuis zijn met een PCI-centrum (percutane coronaire interventie), de PCI-centra voldoen aan de kwaliteitseisen en de volumenorm van ten minste 600 therapeutische PCI's per jaar en minstens 90% van de patiënten met een acuut hartinfarct (STEMI) worden direct in een PCI-centrum gepresenteerd. • Voor SEH's gelden de kwaliteitsnormen uit het Kwaliteitskader spoedzorgketen. Deze normen worden doorontwikkeld en aangescherpt. Er is geen spreidingsnorm voor SEH's, anders dan de tijdsnormen die gelden voor de herkenbare tijdkritische aandoeningen. De 45-minutennorm voor SEH's vervalt. • Huidige SEH's of spoedposten mogen niet sluiten, wel omvormen tot voorziening voor patiënten met een laagcomplexe acute zorgvraag. Kwaliteitsnormen voor deze patiëntengroepen en/of type voorzieningen worden ontwikkeld. • De 45-minutennorm voor afdelingen acute verloskunde blijft bestaan. Regio's krijgen de verantwoordelijkheid om normen te realiseren: • Normen worden als opdracht bij de ROAZ-regio's neergelegd voor de ROAZ-plannen. ROAZ-partijen maken in hun plannen afspraken over hoe en op welke termijn zij aan de normen gaan voldoen. Een publieke organisatie toetst de ROAZ-plannen op ambitieniveau en uitvoerbaarheid. • Beredeneerd afwijken van normen uit het kwaliteitskader is mogelijk om bijvoorbeeld ruimte te maken voor differentiatie van patiëntgroepen die bijdraagt aan kwaliteit. Een toets van een publieke organisatie is nodig. • Benchmarking tussen regio's wordt verplicht en versterkt de prikkel om in beweging te komen en van elkaar te leren. • Mogelijk: een transitie naar bekostiging op basis van regionale budgetten, met gevolgen voor rol (individuele) zorgverzekeraars en beschikbaarheidbijdrage.
Kansen en risico's (zie bijlage A voor uitgebreide versie kansen en risico's)	• **Patiënten** krijgen sneller toegang tot gebundelde expertise en faciliteiten die in de regio aanwezig zijn. Tegelijkertijd kan onduidelijkheid en onzekerheid ontstaan over de besluitvorming in de regio en de gevolgen die dat heeft voor nabijheid en lokale inbedding van het zorgaanbod. Risico op tekort aan zorgpersoneel zorgt mogelijk voor langere wachttijden en verlies aan kwaliteit van zorg. • **Burgers en lokaal bestuur** profiteren van meer maatwerk oplossingen die passen bij de regio. Tegelijkertijd zorgt focus op medische expertise en faciliteiten in deze variant voor een sterke stem van zorgprofessionals bij de besluitvorming, wat focus op nabijheid en leefbaarheid kan verminderen. • **Zorgprofessionals** kunnen profiteren van schaalvoordelen: er zijn meer mogelijkheden om aan kwaliteitseisen te voldoen en de drukte en intensiteit van het werk kan beter verdeeld worden. Tegelijkertijd kunnen veranderingen in het zorglandschap leiden tot (tijdelijke) onzekerheid, langere reistijden en verminderde samenwerking met het lokale netwerk, wat werkplezier kan schaden. • **Zorgaanbieders** kunnen kwaliteit verbeteren door bundeling van expertise en voorzieningen op een manier die past bij de regio. Tegelijkertijd vraagt het van zorgaanbieders dat zij in de regio zelf verantwoordelijk zijn voor keuzes t.a.v. nabijheid en lokale inbedding van het zorgaanbod. • **Organiseerbaarheid/betaalbaarheid** kunnen door schaalvoordelen en regionale samenwerking en differentiatie vergroot worden. Tegelijkertijd kan nadruk op medische expertise leiden tot hogere 'complexiteitskosten', (over)medicalisering en minder synergievoordelen door lokale samenwerking en taakverdeling. • **Uitvoerbaarheid/overheidsbeleid;** regionale aanpak zorgt mogelijk voor meer draagvlak en uitvoerbaarheid. Tegelijkertijd vraagt dit om nieuw beleid voor regionale besluitvorming en inkoop en bekostiging o.b.v. regionale budgetten, wat voor transitiekosten en vertraging kan zorgen. Maatschappelijke weerstand naar verwachting groot bij sluitingen.
Mitigerende maatregelen	• Moeten komen vanuit de regio zelf. Rijksoverheid kan zorgen voor een duidelijkere verdeling van rollen en verantwoordelijkheden, zodat ook (lokale) politiek en burgers weten wie waarop aanspreekbaar is. De overheid evalueert periodiek of meer landelijke regie nodig is. • Duidelijke communicatie binnen ROAZ-regio's over keuzes die gemaakt zijn, richting burgers én alle ketenpartners.

Variant 3. Harde normen en landelijke sturing op nabijheid en lokale inbedding

Visie op acute zorglandschap	SEH's en afdelingen acute verloskunde zijn cruciaal voor behoud van goed lokaal en regionaal zorgaanbod en mogen daarom niet sluiten. (Verdere) afschaling naar spoedposten wordt voorkomen. Er wordt geïnvesteerd in reeds afgeschaalde voorzieningen voor acute ziekenhuiszorg. De overheid neemt regie om financiële en personele uitdagingen die dit teweeg brengt te ondervangen.
Normen en aanvullend beleid	• Alle huidige SEH's en afdelingen acute verloskunde blijven bestaan. • Alle SEH's voldoen aan minimale kwaliteitsnormen. Mogelijk moet onderzocht worden of normen uit het kwaliteitskader veilig naar beneden kunnen worden bijgesteld. Reeds afgeschaalde voorzieningen voor acute ziekenhuiszorg mogen niet verder afschalen. • Voor de herkenbare, tijdkritische aandoeningen blijven de huidige kwaliteitsnormen bestaan (zie rapport Zorginstituut). De overheid voert regie om te zorgen dat normen gehaald worden: • Overheid stuurt met gerichte, instellingsgekoppelde subsidies of een vorm van beschikbaarheidbekostiging op continuïteit aanbod. • Diverse maatregelen voor extra personeel om aan normen te kunnen voldoen (opleiden, campagnes, salarissen, duaal opleiden) • Stimuleren van wetenschappelijke verenigingen en veldpartijen om meer risico te nemen/accepteren, bijvoorbeeld in richtlijnen bij de criteria voor het inzetten van (tijdsintensieve) diagnostiek die vooral bedoeld is om risico's uit te sluiten of het stellen van minder hoge eisen aan (oproepbaar) personeel. • Mogelijk: (Financiële) stimulans voor medewerkers om te gaan werken op plekken in Nederland waar er tekorten zijn. • Mogelijk: De overheid stuurt op een beperking van het aantal SEH's waar specialistische expertise en voorzieningen aanwezig zijn, omdat op deze SEH's ook veel zorgmedewerkers werken. Door het aantal specialistische SEH's te beperken, zijn meer medewerkers beschikbaar voor andere SEH's.
Kansen en risico's (zie bijlage A voor uitgebreide versie kansen en risico's)	• **Patiënten** profiteren van duurzame nabijheid en lokale inbedding van de acute ziekenhuiszorg. Tegelijkertijd beperkt nadruk op nabijheid de mogelijkheid om op elke locatie de optimale medische expertise en faciliteiten aanwezig te hebben voor complexe zorgvragen. Risico op tekort aan zorgpersoneel zorgt mogelijk voor langere wachttijden en verlies aan kwaliteit van zorg. • **Burgers en lokaal bestuur** profiteren van comfort over behoud zorgaanbod in de regio en duidelijkheid over minimale kwaliteitseisen aan aanbod. Tegelijkertijd kunnen schaarste aan personeel lokaal of regionaal zorgen voor onrust door achterblijvende medische expertise of wachtlijsten en patiëntenstops. • **Zorgprofessionals** kunnen profiteren van nabijheid en zekerheid van het werk, en korte lijnen met ketenpartners. Tegelijkertijd kunnen personele uitdagingen zorgen voor onevenredige piek- en dal belasting en professionele zorgen over geleverde kwaliteit. Personeelstekorten in de niet-acute zorg worden mogelijk groter, omdat zorgprofessionals in de acute zorg worden ingezet. • **Zorgaanbieders** hebben meer zekerheid over behoud ziekenhuiszorg wat zorgt voor continuïteit lokale samenwerkingen. Tegelijkertijd is er beperkte ruimte voor innovatie en het benutten van schaalvoordelen en kan druk op schaars personeel tot interne onvrede binnen organisatie zorgen. De norm is een invulling van de zorgplicht van zorgverzekeraars en geen verplichting voor een zorgaanbieder om een afdeling open te houden. De norm zorgt er wel voor dat de zorgaanbieder alle medewerking moet geven die redelijkerwijs kan worden gevergd en noodzakelijk is voor het voldoen aan de zorgplicht. • **Organiseerbaarheid/betaalbaarheid;** lokale inbedding en kleinschaligheid kan zorgen voor efficiëntere samenwerking en minder medicalisering. Tegelijkertijd worden schaalvoordelen minder benut en zorgt landelijke blauwdruk voor minder (prikkels tot) doelmatigheid, maatwerk en innovatie. • **Uitvoerbaarheid/overheidsbeleid;** duidelijkere regie en normen vanuit de overheid en het voorkomen van complexe veranderingen in het zorglandschap zorgt voor rust en duidelijkheid bij veldpartijen. Tegelijkertijd vraagt dit om meer bekostiging op basis van beschikbaarheid, waarbij vermoedelijk een (steeds) groter beroep op de overheid wordt gedaan voor financiële middelen en sturing personeel, wat kan leiden tot juridificering. Het is onzeker of het haalbaar is om voldoende personeel structureel beschikbaar te hebben om overal aan de minimale kwaliteitsnormen te voldoen.
Mitigerende maatregelen	• Voor de herkenbare, tijdkritische aandoeningen worden de kwaliteitsnormen verder aangescherpt. • Innovatieve samenwerkingsvormen tussen SEH's en ketenpartners (en de rest van het ziekenhuis) zodat personeel en voorzieningen slimmer ingezet worden. • Scherpere triage en differentiatie maakt het wellicht mogelijk de patiëntengroepen die op de generieke SEH's komen scherper af te bakenen, zodat de meest risicovolle patiënten direct naar een specialistisch ziekenhuis kunnen, en de kwaliteitseisen mogelijk iets naar beneden bijgesteld moeten worden, zonder dat dit ten koste gaat van de veiligheid. • Communicatie over waarom we als maatschappij moeten leven met een iets hogere risico-acceptatie als we alle voorzieningen in nabijheid van mensen overeind willen houden.

Variant 4. Regionale passende invulling van nabijheid

Visie op acute zorglandschap	De aanwezigheid van (streek)ziekenhuizen met acute ziekenhuiszorg in de regio is belangrijk voor de toegankelijkheid van zorg voor burgers en leefbaarheid in de regio. Behoud van SEH's en afdelingen acute verloskunde is daarom de norm. Tegelijkertijd is elke regio in Nederland anders. Daarom moet er ruimte zijn voor regionaal maatwerk en innovatie. De overheid introduceert normen en prikkels om regio's te vergelijken en stimuleren, maar biedt ruimte voor innovatie en beredeneerd afwijken van normen. Bekostiging gebeurt op basis van regionale budgetten. Bij keuzes over veranderingen worden gemeenten en burgers nauw betrokken en wegen nabijheid en leefbaarheid zwaar.
Normen en aanvullend beleid (Zelfde normen als in variant 3)	• Alle huidige SEH's en afdelingen acute verloskunde blijven bestaan. Reeds afgeschaalde acute ziekenhuiszorgvoorzieningen schalen niet verder af. • Alle SEH's voldoen aan minimale kwaliteitsnormen. Mogelijk moet onderzocht worden of normen uit het kwaliteitskader veilig naar beneden kunnen worden bijgesteld. Reeds afgeschaalde voorzieningen voor acute ziekenhuiszorg mogen niet verder afschalen. • Voor de herkenbare, tijdkritische aandoeningen blijven de huidige kwaliteitsnormen bestaan. Regio's krijgen de verantwoordelijkheid om normen te realiseren: • Normen worden als opdracht bij de ROAZ-regio's neergelegd voor de ROAZ-plannen. ROAZ-partijen maken in hun plannen afspraken hoe en op welke termijn zij aan de normen gaan voldoen. Lokale bestuurders en burgers krijgen een bepalende stem bij het opstellen van ROAZ-plannen. • Beredeneerd afwijken van normen is mogelijk, bijvoorbeeld om ruimte te maken voor differentiatie van patiëntgroepen als lokale bestuurders hiermee instemmen. Benchmarking tussen regio's wordt verplicht en versterkt de prikkel om in beweging te komen en van elkaar te leren. • De regio's zijn zelf verantwoordelijk voor het opvangen van de financiële en personele uitdagingen die deze variant met zich meebrengt. • Mogelijk: een transitie naar bekostiging op basis van regionale budgetten, met gevolgen voor rol (individuele) zorgverzekeraars en beschikbaarheidbijdrage.
Kansen en risico's (zie bijlage A voor uitgebreide versie kansen en risico's)	• **Patiënten** houden nabij toegang tot regionaal en lokaal passend aanbod van acute ziekenhuiszorg. Tegelijkertijd beperkt nadruk op nabijheid de mogelijkheid om op elke locatie de optimale medische expertise en faciliteiten aanwezig te hebben voor complexe zorgvragen. Risico op tekort aan zorgpersoneel zorgt mogelijk voor langere wachttijden en verlies aan kwaliteit van zorg. • **Burgers en lokaal bestuur** profiteren van bepalende stem van lokaal bestuur bij regionale inrichting van het zorglandschap. Tegelijkertijd vraagt dit soms scherpe keuzes die ten koste gaan van aanwezigheid van medische expertise, wat kan leiden tot onzekerheid en vertraging in besluitvorming. • **Zorgprofessionals** kunnen profiteren van nabijheid en zekerheid van het werk, en korte lijnen met ketenpartners. Tegelijkertijd kunnen personele uitdagingen zorgen voor onevenredige piek- en dal belasting en professionele zorgen over geleverde kwaliteit. Personeelstekorten in de niet-acute zorg worden mogelijk groter, omdat zorgprofessionals in de acute zorg worden ingezet. • **Zorgaanbieders** hebben meer zekerheid over behoud ziekenhuiszorg. Dat zorgt voor continuïteit in lokale samenwerkingen. Tegelijkertijd zorgt nadruk op nabijheid en stem lokaal bestuur voor complexe besluitvorming, waardoor medisch perspectief en organisatievermogen kunnen ondersneeuwen. De norm is een invulling van de zorgplicht van zorgverzekeraars en geen verplichting voor een zorgaanbieder om een afdeling open te houden. De norm zorgt er wel voor dat de zorgaanbieder alle medewerking moet geven die redelijkerwijs kan worden gevergd en noodzakelijk is voor het voldoen aan de zorgplicht. • **Organiseerbaarheid/betaalbaarheid;** lokale inbedding en kleinschaligheid kunnen zorgen voor efficiëntere samenwerking en minder medicalisering. Risico is dat schaalvoordelen minder worden benut en dat belang van organiseerbaarheid/betaalbaarheid bij regionale besluitvorming op de achtergrond raakt. • **Uitvoerbaarheid/overheidsbeleid;** regionale aanpak zorgt voor meer draagvlak en uitvoerbaarheid. Tegelijkertijd vraagt het om nieuw landelijk beleid voor regionale besluitvorming en voor inkoop en bekostiging o.b.v. regionale budgetten, wat voor transitiekosten en vertraging kan zorgen. Het kan zijn dat regio's zelf de financiële en personele uitdagingen die deze variant met zich meebrengt onvoldoende op kunnen vangen en een beroep op de Rijksoverheid doen.
Mitigerende maatregelen	• Moeten komen vanuit de regio zelf. Rijksoverheid kan zorgen voor een duidelijkere verdeling van rollen en verantwoordelijkheden, zodat ook (lokale) politiek en burgers weten wie waarop aanspreekbaar is. De overheid evalueert periodiek of meer landelijke regie nodig is. • Duidelijke communicatie binnen ROAZ-regio's over keuzes die gemaakt zijn, richting burgers én alle ketenpartners. De overheid ondersteunt de regio's door landelijk in te zetten op: • Diverse maatregelen voor extra personeel om aan normen te kunnen voldoen (opleiden, campagnes, salarissen, duaal opleiden) • Stimuleren van wetenschappelijke verenigingen en veldpartijen om meer risico te nemen/accepteren, bijvoorbeeld in richtlijnen bij de criteria voor het inzetten van (tijdsintensieve) diagnostiek die vooral bedoeld is om risico's uit te sluiten of het stellen van minder hoge eisen aan (oproepbaar) personeel.

Variant 0. Geen wijziging huidige normen

Visie op acute zorglandschap	Het is belangrijk dat iedereen in Nederland op een acceptabele afstand van een SEH en afdeling acute verloskunde woont die voldoet aan de minimale kwaliteitseisen. De combinatie van de huidige 45-minutennorm en het huidige kwaliteitskader spoedzorgketen zorgen hiervoor. De 45-minutennorm sluit niet perfect aan op de werkelijkheid, maar elke andere nieuwe norm zal dit ook niet doen. Wijziging in regelgeving zorgt voor onrust en mogelijk extra administratieve lasten.
Normen en aanvullend beleid	• De huidige 45-minutennorm blijft behouden. • Het huidige kwaliteitskader spoedzorgketen blijft van kracht voor de minimale kwaliteitseisen aan een SEH. • Voor herkenbare, tijdkritische aandoeningen blijven de huidige kwaliteitsnormen bestaan (zie rapport Zorginstituut). De besluiten over de inrichting van de acute zorg moeten in de regio worden genomen: • In ROAZ-plannen zijn regio's gevraagd om afspraken te maken ten behoeve van de toegankelijkheid van de acute zorg. • De huidige beschikbaarheidbijdrage SEH en acute verloskunde voor gevoelige ziekenhuizen blijft vooralsnog bestaan (ook al adviseert de NZa deze af te schaffen). Eventueel wordt deze op termijn vervangen door een andere vorm van beschikbaarheidsbekostiging. • Procedure voor sluitingen van acuut zorgaanbod uit de AMvB acute zorg moet worden gevolgd.
Kansen en risico's (zie bijlage A voor uitgebreide versie kansen en risico's)	• **Patiënten** alle SEH's en afdelingen acute verloskunde die open zijn voldoen aan minimale kwaliteitseisen, 45-minutennorm zorgt voor voldoende nabijheid. Tegelijkertijd kan aanbod van zorg dat niet gevoelig is voor 45-minutennorm uit regio verdwijnen en zijn er geen duidelijke normen voor levensbedreigende tijdkritische aandoeningen die niet optimaal op elke SEH behandeld kunnen worden. • **Burgers en lokaal bestuur** hebben duidelijkheid over de toekomst van gevoelige ziekenhuis en inspraak conform AMvB. Tegelijkertijd blijft onduidelijkheid bestaan over niet-gevoelige ziekenhuizen en is het mogelijk dat nog enkele SEH's en afdelingen acute verloskunde sluiten. • **Zorgprofessionals** werken in omgeving die voldoet aan kwaliteitseisen en profiteren van schaalvoordelen waar mogelijk. Tegelijkertijd zorgen (voorgenomen) sluitingen tot onzekerheid en minder werkplezier. • **Zorgaanbieders;** verschilt afhankelijk van of lokale ziekenhuis gevoelig is voor 45-minutennorm. Het kunnen voldoen aan de normen uit het kwaliteitskader blijft een aandachtspunt. • **Organiseerbaarheid/betaalbaarheid;** Het huidige normenkader biedt ruimte voor 'niet-gevoelige ziekenhuizen' om afdelingen acute zorg te sluiten om daarmee personeel en voorzieningen efficiënter in te richten. Tegelijkertijd zorgt maatschappelijke druk voor taaie besluitvorming en zorgt de 45-minutennorm volgens NZa voor ondoelmatige inzet van personeel (in de nacht) op sommige plekken. • **Uitvoerbaarheid/overheidsbeleid;** continuering van huidig beleid voorkomt complexe veranderingen in regelgeving. Tegelijkertijd beperkt het uitblijven van een breder normenkader een transitie naar bekostiging op basis van beschikbaarheid (conform advies NZa) en blijft verdere verduidelijking van de verdeling van verantwoordelijkheden tussen veldpartijen, lokale overheden en landelijke overheid deels uit.
Mitigerende maatregelen	• Heldere communicatie naar burgers over waarom scherpe keuzes nodig zijn en waarom niet alles overal overeind kan blijven. • Stevige inzet op naleven van de procedure in de AMvB acute zorg bij het sluiten van aanbod en het delen van goede voorbeelden over het gesprek dat de zorgaanbieder met overige belanghebbenden hebben. • Ideeën uit de eerste vier varianten om de ruimte die deze variant nog open laat, nader in te vullen.

4. De varianten zijn gebaseerd op verschillende deeltrajecten

Overzicht deeltrajecten
Ten behoeve van de ontwikkeling van de varianten van nieuwe normen voor de acute ziekenhuiszorg, heeft de ambtelijke werkgroep een aantal deeltrajecten uitgezet:

- Inwoners over de acute zorg in Nederland
- Het lokaal bestuur over de acute zorg in Nederland
- Expertgroep 'Differentiatie in de acute (ziekenhuis)zorg'
- Internationale verkenning
- Rapportage Tijdkritische aandoeningen
- Gesprekken met IZA-klankbordgroep partijen
- Interdepartementale klankbordgroep

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste inzichten uit deze deeltrajecten beschreven die door de ambtelijke werkgroep zijn meegenomen bij het opstellen van de vijf varianten. De eindproducten van de diverse deeltrajecten zijn als bijlage meegestuurd met dit rapport.

Deeltrajecten - De belangrijkste inzichten voor ontwikkeling van varianten

Het lokale bestuur over acute zorg in Nederland

- Inwoners vormen de grootste prioriteit en belangrijkste belanghebbenden volgens gemeenten, en dan met name kwetsbare inwoners of inwoners in kwetsbare gebieden. Er wordt een toename aan 'zorgmijders' genoemd. Daarbij wordt benadrukt dat kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor iedere Nederlander gelijk moet zijn.
- Het is voor inwoners onduidelijk wanneer zij welke acute zorg nodig hebben. Voldoende communicatie over zorgvragen, maar ook over beleidskeuzes, ontbreekt.
- Gemeenten ervaren weinig ruimte om de belangen van inwoners te kunnen behartigen in het zorgdossier, terwijl inwoners de gemeente vaak wel zien als verantwoordelijke. Er is landelijke regie nodig.
- Inwonersparticipatie over de toekomst van de acute zorg is belangrijk om onrust (gedeeltelijk) weg te nemen. De besluitvormende tafels houden onvoldoende rekening met demografische en economische trends binnen gemeenten.
- Verschraling van het openbaar vervoer en de bereikbaarheid van een ziekenhuis zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.
- Een ziekenhuis is vaak één van de grotere werkgevers in een regio, voornamelijk in landelijke gebieden. Bij het sluiten van een afdeling moet oog zijn voor het effect dat het heeft op de werkgelegenheid.
- De financieringsstructuur zit de transitie binnen de zorg in de weg, wegens bedrijfseconomische belangen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
- Er bestaat begrip dat differentiatie van zorg plaatsvindt in het kader van kwaliteit voor hoogspecialistische zorg, maar basisvoorzieningen moeten regionaal beschikbaar zijn omdat dat de beste kwaliteit, werkverdeling en gevoel van veiligheid oplevert. Het uitgangspunt moet kwalitatieve basiszorg zijn.
- Er heerst onduidelijkheid over welk onderwerp op welke regionale tafel wordt opgepakt. De verschillende regio-indelingen zijn onduidelijk; zorgkantoorregio's, ROAZ-regio's, provinciegrenzen, gemeentegrenzen.
- Er is behoefte aan een langetermijnvisie die niet alleen rekening houdt met huidige ontwikkelingen, maar ook met langere termijn effecten zoals demografie, woningbouw en klimaatverandering.

Inwoners over de acute zorg in Nederland

- De opvattingen en ideeën onder burgers over de nabijheid van een SEH verschillen: een groot aantal deelnemers geeft aan dat het vooral van belang is dat een ambulance nabij is, omdat de ambulance al veel zorg kan verlenen. Bij sluiting van een SEH om zwaarwegende redenen, wordt nabijheid van een ambulance nog belangrijker. Een kleiner deel geeft aan dat de zorg in een ambulance niet gelijk is aan een SEH en geeft aan dat zo veel mogelijk SEH's open moeten blijven.
- Voor hoogcomplexe ingrepen wordt door burgers het idee van concentratie ondersteund, maar het overgrote deel van de acute zorgvragen is niet hoogcomplex en vraagt om zorgaanbod dichtbij.
- Kennis onder burgers is belangrijk om te herkennen wanneer welke acute zorg nodig is.
- De leefbaarheid in de regio vraagt om de zekerheid bij burgers dat zij met een brede waaier aan acute zorgvragen binnen een acceptabele termijn geholpen kunnen worden. De invulling van leefbaarheid verschilt per regio (bijv. meer focus op bereikbaarheid door drukke stad in stedelijke gebieden tegenover werkgelegenheid in meer landelijke regio's).
- Omzien naar elkaar, het voorkomen van eenzaamheid en andere sociale thematiek is veel opgebracht door burgers als aandachtspunt.

Deeltrajecten - De belangrijkste inzichten voor ontwikkeling van varianten

Expertgroep 'Differentiatie in de acute (ziekenhuis)zorg'

- Dit rapport moet niet gelezen worden als medisch-wetenschappelijk onderbouwd rapport, noch als een consensus tussen veldpartijen. Het schetst echter wel hoe in de praktijk wordt gezocht naar en geworsteld met creatieve oplossingen.
- Op diverse plekken in het land vindt al differentiatie van acute (ziekenhuis)zorg plaats. De oorzaken, doelen en verschijningsvormen daarvan lopen uiteen. Het kan daarbij ook gaan om nieuwe samenwerkingsvormen voor specifieke doelgroepen, zonder dat daarvoor SEH-voorzieningen worden afgeschaald of omgevormd.
- De voor- en nadelen van nieuwe of andere organisatievormen voor laagcomplexe acute ziekenhuiszorg zijn contextafhankelijk en complex. Of differentiatie bijdraagt aan de toegankelijkheid van de acute (ziekenhuis)zorg moet altijd in breed (keten)perspectief gezien worden. Doelmatigere inzet van zorgmedewerkers in de ene schakel kan daarbij ten koste gaan van doelmatigheid in een andere schakel.
- Differentiatie in patiëntengroepen (dat wil zeggen: kritisch nadenken over passende zorgpaden en expertise gericht op de doelgroep) kan bijdragen aan passende acute zorg. Tegelijkertijd betekent dit niet dat differentiatie in de organisatie van het aanbod (de gebouwen en beschikbaar personeel en faciliteiten) per se een goed idee is. Het op verschillende locaties organiseren van vergelijkbaar aanbod kan immers tot problemen kan leiden voor ongedifferentieerde klachten (en stelt dus hoge eisen aan diagnostiek en triage), waaronder meer overplaatsingen, en kan zorgen voor dubbellingen in de benodigde schaarse faciliteiten of expertise.
- Kwetsbare ouderen zijn een belangrijk voorbeeld van een doelgroep waarvoor differentiatie (met een gerichte sector- en domeinoverstijgende samenwerking) in het acute zorgaanbod kansen biedt.
- Er is een verschil in de organisatiemogelijkheden en doelstellingen tussen dunbevolkte en dichtbevolkte gebieden. In dichtbevolkte gebieden is in het algemeen meer ruimte voor differentiatie in het aanbod op verschillende locaties zonder dat dit ten koste hoeft te gaan van doelmatige inzet van mensen en middelen. In dunbevolkte gebieden leidt differentiatie al snel tot ondoelmatige inzet, maar kan het tegelijkertijd wel nodig zijn om in tijden van schaarste toch enige mate van continuïteit van acute zorg in de regio te borgen.

De internationale verkenning

- Het doel van deze internationale verkenning was om in vogelvlucht een eerste indruk te krijgen of andere landen ook met tijdsnormen werken en hoe zij de acute zorg hebben (her)ingericht. Dit ter inspiratie voor de ontwikkeling van alternatieve normen voor kwaliteit en toegankelijkheid in de acute zorg in NL.
- In deze internationale verkenning zijn geen tijdsnormen gevonden voor spoedeisende zorg zoals de Nederlandse 45-minutennorm.
- In meerdere landen wordt er een onderscheid gemaakt in types SEH, zoals een SEH speciaal voor kinderen, of voorzieningen voor relatief minder complexe acute zorg, bijvoorbeeld in de VS de Urgent Care Centres. Ook wordt in landen gekeken welke acute zorg geboden kan worden zonder arts (maar bijvoorbeeld door een verpleegkundige), of eventueel met een arts via videobellen. Daarbij zijn er ook landen die SEH's hebben die 24/7 open zijn, en SEH's die een beperkt aantal uren per dag bereikbaar zijn.
- In meerdere landen wordt gezocht naar een balans tussen schaalgrootte en spreiding/toegankelijkheid. Daarbij wordt bijvoorbeeld gekeken naar inwoneraantallen of op aantal behandelingen in een regio of gebied. Ook worden verschillende type gebieden (stedelijk, ruraal, etc.) meegenomen om te bepalen welke voorzieningen nodig zijn.
- Er een aantal landen is een actief spreidingsbeleid, bijvoorbeeld in Duitsland wordt het financieel aantrekkelijk gemaakt voor zorgpersoneel om in minder aantrekkelijke gebieden te werken. En in de VS wordt extra geld ter beschikking gesteld voor CAH's.
- In verschillende landen wordt ingezet op uitgebreidere prehospitale zorg. Zo wordt er sterk ingezet op meer en beter uitgeruste ambulances (en in sommige landen ook ambulancehelikopters) die ter plaatse bepaalde spoedeisende hulp al kunnen verlenen. Daarbij zijn andere landen ook bezig met het mogelijk maken van inzicht in elektronisch patiëntendossiers (zowel van en naar prehospitale hulpverlener als van en naar ziekenhuis).
- Er zijn landen die meer inzetten op community care, veelal voor ouderen, om de toenemende druk op de spoedeisende hulp door de vergrijzing te verminderen.

Deeltrajecten - De belangrijkste inzichten voor ontwikkeling van varianten

Tijdkritische aandoeningen – Zorginstituut

- Een patiënt heeft geen sticker op het hoofd: het is verschillend per type aandoening en per patiënt op welk moment in de loop van het toestandsbeeld duidelijk is wat er met de patiënt aan de hand is en welk type zorg een patiënt nodig heeft. Bijvoorbeeld: van de 70.000 mensen die jaarlijks een acuut hartinfarct krijgen, presenteert 8% zich met atypische klachten.
- Het moment van melding van een patiënt bij de huisarts(enpost) of meldkamer wordt in het rapport als startpunt genomen voor de patiëntreis. In de praktijk kan dan al kostbare tijd verloren zijn gegaan.
- Voor de vijf tijdkritische aandoeningen waarvoor het Zorginstituut een patiëntreis (inclusief tijdsindicaties en kwaliteitsrichtlijnen) heeft uitgewerkt, zijn er grote verschillen tussen de compleetheid van de richtlijnen, met name op het gebied van tijdsindicaties en parallelle acties tijdens het vervoer naar het ziekenhuis.
- Voor het hartinfarct (STEMI), acuut herseninfarct (CVA), ruptuur van de buikslagader (RAAA), multitrauma en acute verloskunde geldt:
  - Kwaliteitsrichtlijnen voor de ‘juiste ziekenhuisdeur’ zijn voor alle vijf de aandoeningen aanwezig.
  - Tijdsindicaties zijn wisselend aanwezig. In alle gevallen geldt: hoe sneller bij het juiste ziekenhuis, hoe beter. Voor STEMI, CVA en multitrauma bestaan indicaties binnen hoeveel tijd behandeling idealiter gestart is.
  - De patiëntreis voor STEMI is compleet. De andere vier patiëntreizen bevatten lacunes.
- Er is geen overeenstemming tussen de betrokken beroepsorganisaties in de geboortezorg over welke indicaties onder acute verloskunde vallen met de hieraan gekoppelde urgentie. Het Zorginstituut beveelt aan om bij ontwikkeling van kwaliteitsnormen voor de acute verloskunde ook (de veiligheid van) de thuisbevalling mee te nemen.
- De vijf tijdkritische aandoeningen in deze rapportage maken een relatief klein deel uit van het totaal aantal acute zorgvragen.
- Het Zorginstituut heeft een lijst opgeleverd van andere tijdkritische indicaties en aandoeningen. Hierbij is het niet altijd duidelijk welke expertise en faciliteiten van het ziekenhuis een rol spelen voor de uitkomsten van zorg.
- Gesignaleerd wordt dat weinig kwaliteitsnormen landelijk vindbaar zijn voor het preklinische traject, zoals een beschrijving van mogelijke parallelle acties.

Deeltrajecten - De belangrijkste inzichten voor ontwikkeling van varianten

De IZA-klankbordgroep

- Er is een breed gedeeld gevoel dat de huidige inrichting en organisatie van de (acute) zorg onhoudbaar is, waarbij verandering noodzakelijk is en er keuzes moeten worden gemaakt. Tegelijkertijd blijkt dat verschillende visies bestaan over wat het probleem in de (acute) zorg is.
- Veranderingen aan het overheidsbeleid zijn nodig, maar liggen tegelijkertijd gevoelig omdat er veel verschillende perspectieven op goede zorg zijn en de betrokken belangen groot zijn. Daarbij bestaan verschillende probleemoplossingen en beleidsopties, waardoor een goed gesprek over de (her)inrichting van het landschap ingewikkeld is.
- De focus moet niet enkel liggen op het veranderen van de 45-minutennorm, maar moet breder zijn. De gehele zorgketen moet worden bekeken (instroom, doorstroom, uitstroom) en meer aandacht moet naar preventie, opleiden en digitalisering.
- Over de kwaliteit, veiligheid en nabijheid van acute zorg bestaan verschillende inzichten en voorkeuren. Er zijn partijen die aangeven dat kwaliteit en veiligheid als uitgangspunt moet worden genomen bij het inrichten van het (spoed)zorglandschap. De acute zorg moet voldoen aan de kwaliteitsnormen en deze partijen hebben de voorkeur voor het concentreren van acute zorg als dat nodig is, boven het met moeite openhouden van meerdere SEH's waar mogelijk niet wordt voldaan aan kwaliteitsnormen. Er zijn ook partijen die nabijheid als onderdeel van kwaliteit zien: De kracht en kwaliteit van zorg zit hem dan in de regionale korte lijnen en bekende zorgverleners en omgeving van de patiënt. Om meer nabijheid te realiseren heb je volgens sommige partijen meer risicoacceptatie nodig.
- Kwaliteit is een subjectief begrip en kan het per patiëntengroep verschillen hoe er invullingen gegeven wordt aan wat kwaliteit van zorg is.
- Over differentiatie in de acute zorg bestaan verschillende inzichten. Er worden kansen maar ook risico's geconstateerd. Door een deel van de partijen worden nieuwe vormen van acute zorgvoorzieningen zoals spoedpoli's, spoedposten en HAP+ en SEH- etc. gezien als toekomst, maar er zijn ook partijen die deze nieuwe varianten niet zien als lange termijn oplossingen. In ieder geval is het belangrijk om duidelijkheid te verschaffen rondom de definities van deze nieuwe voorzieningen, zodat voor burgers duidelijk is welke zorg wel of niet ergens wordt geleverd.
- De klankbordgroep geeft VWS mee dat het rapport van de expertgroep over mogelijkheden van differentiatie niet gelezen moet worden als medisch-wetenschappelijk onderbouwd, noch als een consensus tussen veldpartijen. Het schetst echter wel hoe in de praktijk wordt gezocht en geworsteld met creatieve oplossingen.
- Een SEH is een voordeur van het ziekenhuis en een SEH-sluiting heeft effect op het hele ziekenhuis. Daarnaast bestaat het risico van uitstroom van SEH-personeel bij sluiting van een SEH. Ook doet de sluiting van een SEH, een afdeling verloskunde of een heel ziekenhuis iets met de werkgelegenheid in de regio.
- Er stroomt personeel uit vanaf de SEH naar de ambulance of spoedposten, wegens of een hoger salaris of minder werkdruk. Een hoger salaris kan bijdragen aan behoud van personeel, maar is geen oplossing voor de lange termijn. Personeel uit andere zorgsectoren naar de acute zorg halen, zorgt voor problemen in andere sectoren.
- Kwetsbare ouderen en mensen die zwanger zijn, worden gezien als speciale zorggroepen waar speciale aandacht naar uit moet gaan.
- De partijen zien een duidelijke rol voor de overheid weggelegd, maar over de invulling daarvan wordt verschillend gedacht. Verschillende aspecten daarvan zijn: ruimte voor regionale invulling, kwaliteit moet van een basisniveau zijn, meer sturen op richting en naleving van normen.
- Voor het informeren van burgers zien partijen een grote rol voor de overheid, maar ook voor gemeenten. Het gesprek over de risicoacceptatie en afwegingen tussen kwaliteit en nabijheid is een maatschappelijke discussie waar politiek en gemeenten ook een belang hebben en waar de samenleving veel meer in moet worden meegenomen.

Deeltrajecten - De belangrijkste inzichten voor ontwikkeling van varianten

De interdepartementale klankbordgroep

- Variant 0 (geen wijziging van huidige norm) staat in het midden van het figuur, maar dit betekent niet dat dit de gouden middenweg is.
- De keuze van de variant zou je ook per soort problematiek (hoog, matig en laag complex) kunnen nemen. Bijvoorbeeld variant 1 voor hoog complexe problematiek en variant 4 voor laagcomplexe problematiek.
- Expertise en veiligheid staat niet altijd tegenover nabijheid.
- Als er gekozen wordt voor harde normen en landelijke sturing, dan zou je nog steeds voor bepaalde gebieden waar dit nodig is, kunnen kiezen voor een andere passende oplossing.
- Bij meer regionale invulling is het in de grensgebieden ook interessant om te kijken naar SEH voorzieningen net over de grens.
- Bij de impactanalyse dient ook uitgewerkt te worden wat de invloed is op hulp bij bijv. grote rampen of crisissituatie.
- Werk ook per variant goed uit in hoeverre het te verwachten is dat de rijtijden van ambulances gaan veranderen.
- Het is interessant om bij de verschillende varianten patient journeys te beschrijven, om op deze manier ook nog potentiële problemen te kunnen identificeren.
- Varianten dienen nog verder te worden uitgewerkt, bijvoorbeeld de financiële consequenties. Het is daarbij wenselijk om dit zoveel mogelijk te onderbouwen met feiten en cijfers.

5. Hoe worden de gevolgen en uitvoerbaarheid verder uitgewerkt?

Fase 2:
Als vervolg op fase 1 moet er uitgebreider in kaart moeten worden gebracht wat de gevolgen van de alternatieve nieuwe normen zal zijn voor de toegankelijkheid (spreiding) en kwaliteit van acute (ziekenhuis)zorgvoorzieningen en welke maatschappelijke aspecten aandacht vragen. Daarnaast is het nodig de uitvoerbaarheid te toetsen en te verkennen of aanvullend beleidsinstrumentarium nodig is. Dit vraagt om een brede aanpak.

In de tweede fase wordt ingezet op de volgende trajecten:
- Het ophalen van de perspectieven van burgers op de verschillende varianten.
- Het ophalen van de perspectieven van lokaal bestuur op de verschillende varianten.
- Een reflectie van verschillende overheidspartijen op de varianten.
- VWS doet een verkenning naar mogelijk overheidsinstrumentarium, juridische haalbaarheid en uitvoerbaarheid van de verschillende varianten.
- Een ‘quickscan’ onderzoek naar oorzaken en gevolgen van SEH sluitingen.
- Een uitgebreide schriftelijke reactie van de partijen van de IZA-klankbordgroep op de varianten.

Planning:
De ambtelijke werkgroep van VWS zal de inbreng van de verschillende trajecten verzamelen gedurende de zomer van 2024. De disclaimer hierbij is dat de vorming van een **nieuw kabinet** tot aanpassingen in de planning kan leiden.

De uitkomsten van de tweede fase kunnen worden gebruikt door een nieuw kabinet om keuzes te maken over en zorgvuldige implementatie van eventueel nieuw beleid over de inrichting van de acute (ziekenhuis)zorg.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

BIJLAGEN

Bijlage A: uitgebreide kansen en risico’s per variant

Variant 1. Harde normen en landelijke regie op veiligheid en expertise

	Kansen	Risico's
Patiënt	• Patiënten zijn ervan verzekerd dat de medische kwaliteit op elke SEH en afdeling acute verloskunde van hetzelfde goede basisniveau is. En dat de overheid zorgt dat dit niveau periodiek aangescherpt wordt. • Patiënten zijn er bovendien van verzekerd dat zij bij levensbedreigende, tijdkritische aandoeningen tijdig en direct naar een centrum worden gebracht waar alle benodigde faciliteiten, expertise en ervaring (door volumenormen) is om de noodzakelijke complexe interventie goed uit te voeren. • Voor patiënten met een laagcomplexe acute zorgvraag blijft een zorgvoorziening nabij beschikbaar (minstens de nabijheid als SEH nu).	• Een aantal SEH's wordt omgevormd naar voorziening voor laagcomplexe acute zorg. Ook afdelingen acute verloskunde kunnen sluiten als dat nodig is omwille van de kwaliteit, zolang aan de 45-minutennorm wordt voldaan. De reistijd zal daarom voor een deel van de patiënten met een mediumcomplexe of ongedifferentieerde acute zorgvraag toenemen. Dit is met name een aandachtspunt voor patiënten die niet met de ambulance worden gebracht en geen auto ter beschikking hebben. Ook voor naasten die de patiënt bezoeken neemt de reistijd mogelijk toe. • Tijdigheid is ook een element van kwaliteit bij sommige ongedifferentieerde vormen van acute zorg. Als een aantal SEH's omvormen tot voorzieningen voor laagcomplexe zorg, kan voor sommige patiënten deze zorg minder tijdig zijn. • Grotere afstanden tussen sommige SEH's en lokale zorgketenpartners kunnen negatieve gevolgen hebben voor de continuïteit en kwaliteit van voor- en nazorg. • Minder ruimte om lokaal innovatieve zorgvormen te ontwikkelen specifiek gericht op bepaalde patiëntengroepen (zoals kwetsbare ouderen).
Burger (incl. lokaal bestuur)	• Duidelijkheid over normen en wat je als burger mag verwachten van de acute zorg. • Ook voor lokaal bestuur (dat met verschillende regio's te maken heeft) is eenduidig welke voorzieningen er zijn en wat men daarvan mag verwachten.	• Maatschappelijke onrust over het sluiten of omvormen van SEH's en afdelingen acute verloskunde, angst voor toekomst van het gehele ziekenhuis. • Het gevoel van 'veiligheid' dat een SEH of afdeling acute verloskunde in de buurt biedt, vermindert. • Werkgelegenheid in de regio waar een afdeling sluit vermindert, de regio wordt mogelijk minder aantrekkelijk. • Geen ruimte om op basis van regionale kenmerken andere afwegingen te maken.
Zorgprofessionals	• Verdere concentratie kan door schaalvoordelen zorgen voor meer doelmatige inzet van zorgpersoneel. Dat kan ervoor zorgen dat te rustige of juist te drukke momenten minder voorkomen, waardoor werkplezier toeneemt. • Zorgprofessionals ervaren meer comfort over geleverde medische kwaliteit en expertise van collega's en faciliteiten. • Voorzieningen voor laagcomplexe acute zorg zijn mogelijk voor een deel van de zorgprofessionals een aantrekkelijke werkplek (minder nachtdiensten, minder hectiek, mogelijk meer autonomie).	• Zorgmedewerkers van sluitende afdelingen zullen (door toegenomen reistijden) deels elders in de (acute) zorg aan de slag gaan, of deels de zorg verlaten. • Schaalvergroting kan leiden tot minder hechte teams, minder werkplezier en mogelijk vertrek uit de zorg. • Samenwerking in de regio tussen zorgprofessionals in de keten verslechtert mogelijk. • Het vertrekken van de complexere acute zorg uit streekziekenhuizen kan zowel het werkplezier als de expertise van achterblijvende zorgprofessionals verminderen.
Zorgaanbieders	• De acute ziekenhuiszorg wordt beter georganiseerd door het meer benutten van schaalvoordelen. Door bundeling van expertise en voorzieningen, kan een ziekenhuis het schaarse personeel en de schaarse middelen efficiënter inzetten en de kwaliteit beter borgen.	• Ziekenhuizen die hun SEH moeten sluiten, verliezen een directe instroom aan patiënten in de rest van het ziekenhuis. • Rijtijden van ambulances worden langer, waardoor er meer capaciteit nodig is, terwijl er al een tekort aan ambulancemedewerkers is. • Regionale samenwerkingsverbanden veranderen. Wanneer de afstanden groter worden, wordt dit contact - het 'elkaar kennen' - minder. Dit kan aan samenwerking bij instroom, doorstoom en uitstroom in de acute ziekenhuiszorg in de weg staan.

Variant 1. Harde normen en landelijke regie op veiligheid en expertise

	Kansen	Risico's
Organiseerbaarheid / betaalbaarheid	• De zorg kan in beperkte mate efficiënter ingericht worden voor de hoogcomplexe zorg door verdere bundeling van schaarse expertise en voorzieningen. • Dit kan zorgen voor een besparing van zorgkosten. • De SEH conform kwaliteitskader en afdelingen acute verloskunde kunnen efficiënter worden ingericht door verdere concentratie van zorg op een aantal plekken. Waar relevant sluiten SEH's in de nacht, zodat schaarse capaciteit niet wordt ingezet voor een beperkt aantal patiënten. • Meer eenduidigheid over kwaliteitseisen maakt ook een meer eenduidige, passende (beschikbaarheid)bekostiging mogelijk. Dat zorgt voor een meer doelmatige inzet van middelen.	• De inzet van ambulancezorg zal stijgen. Dit beïnvloedt de beschikbaarheid van gespecialiseerde verpleegkundigen negatief (en moet afgezet worden tegen eventuele schaalvoordelen voor gespecialiseerde verpleegkundigen op SEH's). • Schaalvergroting kan ook leiden tot hogere kosten gerelateerd aan complexiteit van de organisatie en het risico op een meer specialistische (duurdere) aanpak van patiëntenzorg. • Veranderingen in het zorglandschap en daarop volgende veranderingen in de geldstromen leiden tot transitie- en afbouwkosten die tot afbakenings- en doelmatigheidsvraagstukken zullen leiden. • Bij voorzieningen voor laagcomplexe acute zorg kan personeel mogelijk niet doelmatig worden ingezet. • Centrale sturing van de overheid kan de innovatiecapaciteit van veldpartijen belemmeren.
Uitvoerbaarheid / overheidsbeleid	• Landelijke regie van de overheid op acute zorg kan voor versnelling zorgen van profielkeuzes van ziekenhuizen en toekomstbestendigheid van het bredere ziekenhuislandschap. • Verduidelijkt de (regie)rol van de Rijksoverheid op de borging van publieke waarden. • De overheid neemt een duidelijkere rol, wat zorgt voor duidelijkere verantwoordelijkheden en meer democratische invloed op het beleid. • Er kan beter op kwaliteit ingekocht worden.	• Doorontwikkeling van tijds- en kwaliteitsnormen is aan het veld. Het ontwikkelen van tijdsnormen is complex en komt daardoor mogelijk niet of zeer langzaam van de grond. • Inzet van overheidsregie op verdere concentratie (doormiddel van Wbmv) moet (juridisch) sterk gemotiveerd en onderbouwd zijn. • Vergt een herijking van de rol van (individuele) verzekeraars en overheid bij inkoop en bekostiging. Beschikbaarheidbijdrage vervalt of moet worden aangepast zodat het meer stuurt op kwaliteit. • Het is lastiger om recht te doen aan de pluriformiteit van regionale contexten. Daardoor kan de legitimiteit van de Rijksoverheid onder druk komen te staan. • Concentratie van interventies kan ertoe leiden dat de patiënt gedurende een zorgpad door meer verschillende aanbieders wordt behandeld. Dit maakt het belang van goede gegevensuitwisselingen nog prangender. • Vraagt mogelijk ook aanpassingen in OV-voorzieningen door veranderingen in het zorglandschap. • Toename aan reisbewegingen zorgt voor toename aan CO2-uitstoot.

Variant 2. Maximale ruimte voor regionale inzet op veiligheid en expertise

	Kansen	Risico's
Patiënt	• Grotendeels gelijk aan variant 1. • Patiënten worden altijd naar een ziekenhuis gebracht dat in principe voldoet aan landelijke kwaliteitsnormen. Partijen zijn transparanter over kwaliteit. • Door in te spelen op lokale en regionale (on)mogelijkheden ontstaat ruimte om (voor specifieke groepen) beter passend aanbod te organiseren en/of een optimalere ketensamenwerking rondom de patiënt te organiseren. • Hoogcomplexe, herkenbare levensbedreigende acute zorg blijft altijd tijdig beschikbaar door tijdsnormen. Op deze locaties zijn zorgverleners met de juiste expertise en de juiste voorzieningen beschikbaar. • Voor patiënten met een laagcomplexe acute zorgvraag blijft een zorgvoorziening nabij beschikbaar (minstens de nabijheid als SEH nu).	• Gemiddeld zoals onder variant 1: een aantal afdelingen zal worden gesloten of omgevormd. Tegelijkertijd is er wel meer ruimte voor maatwerk en doelmatigheid. • De reistijd zal voor een aantal groepen patiënten en naasten toenemen. • Tijdigheid is ook een element van kwaliteit bij sommige ongedifferentieerde vormen van acute zorg. Als een aantal SEH's omvormen tot voorzieningen voor laagcomplexe zorg, kan voor sommige patiënten deze zorg minder tijdig zijn. • Mogelijk negatieve gevolgen voor de continuïteit en kwaliteit van voor- en nazorg. • Meer onduidelijkheid over waar je met welke klacht terecht kunt door regionale innovatieve zorgvormen.
Burger (incl. lokaal bestuur)	• Lokale omstandigheden worden meegenomen bij besluitvorming.	• Grotendeels zoals bij variant 1. Aanvullend daarop: • Geen houvast voor burgers en lokaal bestuur aan duidelijke landelijke normen. Er kunnen verschillen tussen regio's gaan ontstaan, wat mogelijk tot maatschappelijke onvrede leidt. • Wanneer medische kwaliteit centraal staat, neemt de afhankelijkheid en zwaarte van de stem van zorgaanbieders vermoedelijk toe. Daardoor is het lastiger om het perspectief en de belangen van burgers in de regio mee te nemen bij de besluitvorming. De deelbelangen van veldpartijen kunnen te dominant worden, waardoor het gedeeld publiek belang uit het zicht raakt.
Zorgprofessionals	• Gelijk aan variant 1: verdere concentratie kan door schaalvoordelen zorgen voor een meer doelmatige inzet van zorgpersoneel. Op dit moment komen zowel te drukke als te rustige tijden en locaties voor. Beide kunnen zorgen voor minder werkplezier. Door dat op te lossen kan het werkplezier dus vergroot worden. • Voorzieningen voor laagcomplexe acute zorg zijn mogelijk voor een deel van de zorgprofessionals een aantrekkelijke werkplek (minder nachtdiensten, minder hectiek, mogelijk meer autonomie).	• Gelijk aan variant 1: zorgmedewerkers van sluitende afdelingen zullen (door toegenomen reistijden) deels elders in de (acute) zorg aan de slag gaan, maar zullen mogelijk ook deels de zorg verlaten. • Schaalvergroting kan leiden tot minder hechte teams, minder werkplezier en mogelijk vertrek uit de zorg. • Samenwerking in de regio tussen zorgprofessionals in de keten verslechtert mogelijk.
Zorgaanbieders	• In aanvulling op variant 1: ruimte voor regionaal zinvolle manieren van differentiatie van acute ziekenhuiszorg, bijvoorbeeld specifiek gericht op ouderenzorg of juist SEH's die geen kinderen meer zien.	• Grotendeels gelijk aan variant 1: ziekenhuizen die hun SEH moeten sluiten, verliezen een directe instroom aan patiënten in de rest van het ziekenhuis. • Rijtijden van ambulances worden langer, waardoor er meer capaciteit nodig is. • Regionale samenwerking in de keten moet opnieuw worden ingericht.

Variant 2. Maximale ruimte voor regionale inzet op veiligheid en expertise

	Kansen	Risico's
Organiseerbaarheid / betaalbaarheid	• Grotendeels zoals bij variant 1: de zorg kan in beperkte mate efficiënter ingericht worden voor de hoogcomplexe zorg door verdere bundeling van schaarste expertise en voorzieningen. • De SEH's conform kwaliteitskader en afdelingen acute verloskunde kunnen efficiënter worden ingericht door verdere concentratie van zorg op een aantal plekken. Waar relevant sluiten SEH's in de nacht, zodat schaarse capaciteit niet wordt ingezet voor een beperkt aantal patiënten. • In aanvulling: door benchmarking en transparantie over kwaliteit en toegankelijkheid kunnen regio's geprikkeld worden om steeds verder te verbeteren en van elkaar te leren.	• Grotendeels zoals bij variant 1: de inzet van ambulancezorg zal stijgen. Dit beïnvloedt de beschikbaarheid van gespecialiseerde verpleegkundigen negatief (en moet afgezet worden tegen eventuele schaalvoordelen voor gespecialiseerde verpleegkundigen op SEH's). • Schaalvergroting kan ook leiden tot hogere kosten gerelateerd aan complexiteit van de organisatie en het risico op een meer specialistische (duurdere) aanpak van patiëntenzorg. • Veranderingen in het zorglandschap en daarop volgende veranderingen in de geldstromen leiden tot transitie- en afbouwkosten die tot afbakenings- en doelmatigheidsvraagstukken zullen leiden. Dit kan tot spanningen tussen aanbieders binnen het ROAZ leiden (probleem van 'verdeling achter de voordeur' leiden). • Bij voorzieningen voor laagcomplexe acute zorg kan personeel mogelijk niet doelmatig worden ingezet.
Uitvoerbaarheid / overheidsbeleid	• Regionaal gemaakte afspraken kunnen rekenen op consensus bij veldpartijen en hebben daarmee een grote kans van slagen. • Stelt veldpartijen en Rijksoverheid in hun kracht: initiatief voor inrichting zorglandschap en innovatie ligt bij het veld; eventuele borging (kwetsbare) publieke belangen en democratische bekrachtiging ligt bij het Rijk. • Bekostiging en inkoop kan beter aangesloten worden op regionale kansen en risico's. • Nederlandse grensregio's kunnen maatwerk toepassen bij grensoverschrijdende inzet binnen de acute zorg.	• Doorontwikkeling van tijds- en kwaliteitsnormen is aan het veld. Het ontwikkelen van tijdsnormen is complex en komt daardoor mogelijk niet of zeer langzaam van de grond. • Concurrerende belangen van aanbieders in een regio kunnen ervoor zorgen dat verandering niet of langzaam van start gaan. • Regionale partijen, inclusief lokaal bestuur, moeten een oordeel vellen over wat een passende organisatie is en daarbij scherpe keuzes maken. • Passende budgetten per regio zijn door gebrekkige informatie en verschillen tussen regio's moeilijk te onderbouwen. Dat brengt ook juridische risico's met zich mee over redelijkheid en proportionaliteit. • Vraagt transitie naar bekostiging op basis van regionale budgetten, met gevolgen voor de rol van (individuele) zorgverzekeraars en de beschikbaarheidbijdrage. • Buitenlandse (grens)ziekenhuizen worden niet meegenomen in het landelijke beleid. Het is moeilijk om vanuit landelijk beleid grensgebieden de opdracht te geven om samen te gaan werken.

Variant 3. Harde normen en landelijke sturing op nabijheid en lokale inbedding

	Kansen	Risico's
Patiënt	• Patiënten zijn verzekerd van (maximale) nabijheid van een SEH en afdeling acute verloskunde, die overal aan dezelfde minimale kwaliteitseisen voldoet. • Betere continuïteit van voor- en nazorg in eigen regio. • Beperkte reisafstanden voor patiënt en naasten, ook als bijvoorbeeld opname in achterliggend ziekenhuis nodig is.	• Risico dat een groter deel van de patiënten met een hoogcomplexe zorgvraag niet direct in het juiste centrum met benodigde voorzieningen wordt geholpen, waardoor voor deze groep patiënten de kwaliteit van zorg minder goed is. • Door minder doelmatige inzet van zorgpersoneel (door minder schaalvoordelen) kunnen patiëntenstops of wachtlijsten hoger worden. • Beperkt ruimte voor innovatieve aanbodvormen die afwijken van landelijke kaders voor specifieke patiëntengroepen.
Burger (incl. lokaal bestuur)	• Comfort over de (inzet op) voortbestaan van SEH's, afdelingen acute verloskunde en in het verlengde daarvan ook streekziekenhuizen. • Gelijkheid en eenduidigheid over wat de minimale eisen aan een SEH zijn. • Behoud van lokale 'korte lijnen' en werkgeverschap.	• Er kan niet aan de eisen en verwachtingen voldaan worden: maatschappelijke onrust over het accepteren van meer risico's in diagnostiek en achterblijven van kwaliteit aan aanwezige expertise en faciliteiten. • Kwaliteitsverschillen blijven bestaan tussen instellingen die net aan de norm voldoen en instellingen die daar (ruim) boven zitten.
Zorgprofessionals	• Meer comfort over voortbestaan baan op vertrouwde locatie. Reistijden blijven beperkt. • Meer werkplezier door kleinschaligere en lokaal ingebedde organisaties. • Mogelijk: financieel voordeel als professionals ervoor kiezen om op een locatie te gaan werken waar grote tekorten zijn.	• Onduidelijk of het realistisch is om voldoende personeel aan te trekken voor de acute zorg voor alle huidige SEH's en afdelingen acute verloskunde, ook in de toekomst. Als dat niet lukt, heeft dat gevolgen voor de werkdruk van zorgprofessionals en crowding, waardoor (ongecontroleerde) risico's voor de veiligheid van zorg kunnen ontstaan. Of zullen ziekenhuizen alsnog besluiten afdelingen te sluiten, ondanks de normen en financiering van de overheid. • Zorgmedewerkers elders uit de zorg verplaatsen naar de acute zorg, zorgt voor grotere personeelskrapte en toegankelijkheidsvraagstukken elders in de zorg. • Het blijft op sommige plekken te druk en op andere te rustig, wat beide het werkplezier van zorgverleners kan verminderen. Dit kan regionaal verschillen, met meer risico in dunbevolkte gebieden.
Zorgaanbieders	• Duidelijkheid voor ziekenhuizen en ketenpartners over korte en lange termijn functie van ziekenhuis voor de acute zorg in de regio. • Door lokale samenwerkingen met ketenpartners of overige ziekenhuiszorg, kunnen synergievoordelen worden behaald bij inzet van mensen en middelen, bijvoorbeeld op spoedpleinen. • Minder noodzaak tot ingewikkelde verandertrajecten.	• Schaalvoordelen die bij kunnen dragen aan betere organiseerbaarheid en hogere kwaliteit worden onvoldoende benut. • Er moet veel zorgpersoneel voor de acute (ziekenhuis)zorg geworven worden, wat zorgt voor diverse HR- en financiële uitdagingen. • Er zijn meer oproepdiensten voor achterwachten. • Mogelijk: Een deel van de ziekenhuizen zal specialistische voorzieningen moeten sluiten, met mogelijk gevolgen voor de niet-acute zorg.

Variant 3. Harde normen en landelijke sturing op nabijheid en lokale inbedding

	Kansen	Risico's
Organiseerbaarheid / betaalbaarheid	• Geen schaalvergroting en lokale inbedding kan efficiencyvoordelen door samenwerking met andere partijen in de (lokale) keten stimuleren • Het voorkomt tevens inefficiënties door (te) hoge organisatiecomplexiteit en meer mens- en preventiegerichte aanpak kan medicalisering en overdiagnostiek- of behandeling beter voorkomen. • Duidelijk normenkader maakt bekostiging op basis van beschikbaarheid beter mogelijk.	• Doelmatigheidswinst door schaalvoordelen wordt minder benut. Kosten zullen daardoor vermoedelijk stijgen. • Centrale sturing en rigiditeit landelijke normering en behoud huidige zorglandschap belemmert innovatie en transformatie naar toekomstbestendig zorglandschap. • Zekerheid van voortbestaan aanbod in huidige vorm beperkt doelmatigheids- en innovatieprikkels voor aanbieders.
Uitvoerbaarheid / overheidsbeleid	• Beleid sluit aan op de huidige praktijk; inzet op weinig veranderingen zorgen voor minder risico's in uitvoerbaarheid en beroep of bezwaar. • Verduidelijkt de (regie)rol van de Rijksoverheid op de borging van publieke waarden. • De overheid neemt een duidelijkere rol, wat zorgt voor duidelijkere verantwoordelijkheden en meer democratische invloed op het beleid. • Geeft een duidelijk kader om bekostiging op basis van beschikbaarheid in de praktijk te brengen.	• Grote vraag of het met personele krapte haalbaar is om zowel nabijheidsnormen als kwaliteitsnormen te behalen. • Open houden zorgaanbod is niet te garanderen. Kan mogelijk zorgen voor grote aanspraak op overheidsgeld en/of vergaande regelgeving die ingrijpt op individuele vrijheden aanbieders. Als gevolg daarvan kan politieke en/of juridische spanning ontstaan en uitvoerbaarheid onder druk komen te staan. De norm kan er enkel voor zorgen dat de zorgaanbieder alle medewerking moet geven die redelijkerwijs kan worden gevergd en noodzakelijk is voor het voldoen aan de zorgplicht. • Vraagt (in verlengde van bovenstaande) om een transitie naar bekostiging op basis van beschikbaarheid. • Zorgt voor rigiditeit die voorbij gaat aan regionale (on)mogelijkheden en bottom-up vernieuwing.

Variant 4. Regionale passende invulling van nabijheid

	Kansen	Risico's
Patiënt	• Grotendeels als onder variant 3. Betere continuïteit van voor- en nazorg in eigen regio. • Beperkte reisafstanden voor patiënt en naasten, ook als bijvoorbeeld opname in achterliggend ziekenhuis nodig is. • Patiënten houden in de meeste regio's (maximale) nabijheid van een SEH en afdeling acute verloskunde. • Aanvullend: ruimte voor innovatieve aanbodvormen die afwijken van landelijke kaders voor specifieke patiëntengroepen of die beter passen bij regionale of lokale context.	• Grotendeels als onder variant 3: Risico dat een groter deel van de patiënten met een hoogcomplexe zorgvraag niet direct in het juiste centrum met benodigde voorzieningen wordt geholpen, waardoor voor deze groep patiënten de kwaliteit van zorg minder goed is. • Door minder doelmatige inzet van zorgpersoneel (door minder schaalvoordelen) kunnen patiëntenstops of wachtlijsten elders in de zorg hoger worden. • Er kan onduidelijkheid over en verschillen tussen regio's ontstaan over de kwaliteit van aanwezige mensen en middelen op de verschillende spoedzorglocaties, omdat regionaal van normen mag worden afgeweken.
Burger (incl. lokaal bestuur)	• Comfort over de (inzet op) voortbestaan van SEH's, afdelingen acute verloskunde en in het verlengde daarvan ook streekziekenhuizen en een bepalende stem voor lokaal bestuur bij voorstellen tot afwijken van de normen. • Behoud van lokale 'korte lijnen' en werkgeverschap.	• Lokaal bestuur gaat betrokken worden bij en moet een oordeel vellen over nijpende keuzes in de acute zorg. • Bij afwijkingen van het normenkader kan onduidelijkheid ontstaan over wat precies verwacht mag worden van welke spoedzorglocatie.
Zorgprofessionals	• Grotendeels als onder variant 3: meer comfort over voortbestaan baan op vertrouwde locatie. Reistijden blijven beperkt. • Meer werkplezier door kleinschaligere en lokaal ingebedde organisaties.	• Grotendeels als onder variant 3: onduidelijk of het realistisch is om voldoende personeel aan te trekken voor de acute zorg voor alle huidige SEH's en afdelingen acute verloskunde, ook in de toekomst. Als dat niet lukt, heeft dat gevolgen voor de werkdruk van zorgprofessionals en crowding, waardoor (ongecontroleerde) risico's voor de veiligheid van zorg kunnen ontstaan. Of zullen ziekenhuizen alsnog besluiten afdelingen te sluiten, ondanks de normen en financiering van de overheid. • Zorgmedewerkers elders uit de zorg verplaatsen naar de acute zorg, zorgt voor grotere personeelskrapte en toegankelijkheidsvraagstukken elders in de zorg. • Het blijft op sommige plekken te druk en op andere te rustig, wat beide het werkplezier van zorgverleners kan verminderen.
Zorgaanbieders	• Grotendeels als onder variant 3: minder (onverwachte) veranderingen in het zorglandschap zorgen voor meer zekerheid bij ziekenhuizen en ketenpartners over korte en lange termijn functie van ziekenhuis voor de acute zorg in de regio. • Door inzet op lokale samenwerkingen met ketenpartners of overige ziekenhuiszorg kunnen synergievoordelen worden behaald bij inzet van mensen en middelen, bijvoorbeeld op spoedpleinen. • Eventuele veranderingen vinden in nauw regionaal overleg plaats.	• Grotendeels als onder variant 3: schaalvoordelen die bij kunnen dragen aan betere organiseerbaarheid en hogere kwaliteit worden onvoldoende benut. • Er moet veel zorgpersoneel voor de acute (ziekenhuis)zorg geworven worden, wat zorgt voor diverse HR- en financiële uitdagingen. • Er zijn meer oproepdiensten voor achterwachten. • Individuele lokale belangen kunnen belemmerend werken. • Er is geen volledige zekerheid over lange termijn continuïteit zorgaanbod.

Variant 4. Regionale passende invulling van nabijheid

	Kansen	Risico's
Organiseerbaarheid / betaalbaarheid	• Kleinschaligheid en lokale inbedding kan efficiencyvoordelen door samenwerking stimuleren • Het voorkomt tevens inefficiënties door (te) hoge organisatiecomplexiteit en meer mens- en preventiegerichte aanpak kan medicalisering en overdiagnostiek- of behandeling beter voorkomen. • Flexibiliteit regionale invulling laat ruimte voor innovatie en transformatie naar toekomstbestendig zorglandschap. • Door benchmarking en transparantie over kwaliteit, toegankelijkheid en nabijheid, kunnen regio's geprikkeld worden om steeds verder te verbeteren en van elkaar te leren.	• Doelmatigheidswinst door schaalvoordelen wordt minder benut. • Insteek op grotendeels behoud huidige nabijheid zorglandschap belemmert innovatie en transformatie naar toekomstbestendig zorglandschap. • Onzeker in welke mate doelmatigheidsprikkels voor aanbieders van acute (ziekenhuis)zorg kunnen werken.
Uitvoerbaarheid / overheidsbeleid	• Grotendeels als onder variant 3: beleid sluit aan op huidige praktijk; inzet op weinig veranderingen zorgen voor minder risico's in uitvoerbaarheid en beroep-bezwaar. • Laat ruimte voor regionaal maatwerk, wat kans op uitvoerbaarheid en draagvlak onder veldpartijen vergroot. • Bekostiging en inkoop kan beter aangesloten worden op regionale kansen en risico's. • Nederlandse grensregio's kunnen maatwerk toepassen bij grensoverschrijdende inzet binnen de acute zorg.	• Personele krapte kan regionale doelstellingen onder dusdanige druk zetten dat daar in toenemende mate binnen regio's van afgeweken wordt. Daardoor kan op middellange termijn alsnog onduidelijkheid en onzekerheid ontstaan. • Regionale partijen, inclusief lokaal bestuur, moeten een oordeel vellen over wat een passende organisatie en daarbij scherpe keuzes maken. • Passende budgetten per regio zijn door gebrekkige informatie en verschillen tussen regio's moeilijk te onderbouwen. Dat brengt ook juridische risico's met zich mee over redelijkheid en proportionaliteit. • Vraagt transitie naar bekostiging op basis van regionale budgetten, met gevolgen voor rol (individuele) zorgverzekeraars en beschikbaarheidbijdrage. • Buitenlandse (grens)ziekenhuizen worden niet meegenomen in het landelijke beleid. Het is moeilijk om vanuit landelijk beleid grensgebieden de opdracht te geven om samen te gaan werken.

Variant 0. Geen wijziging huidige normen

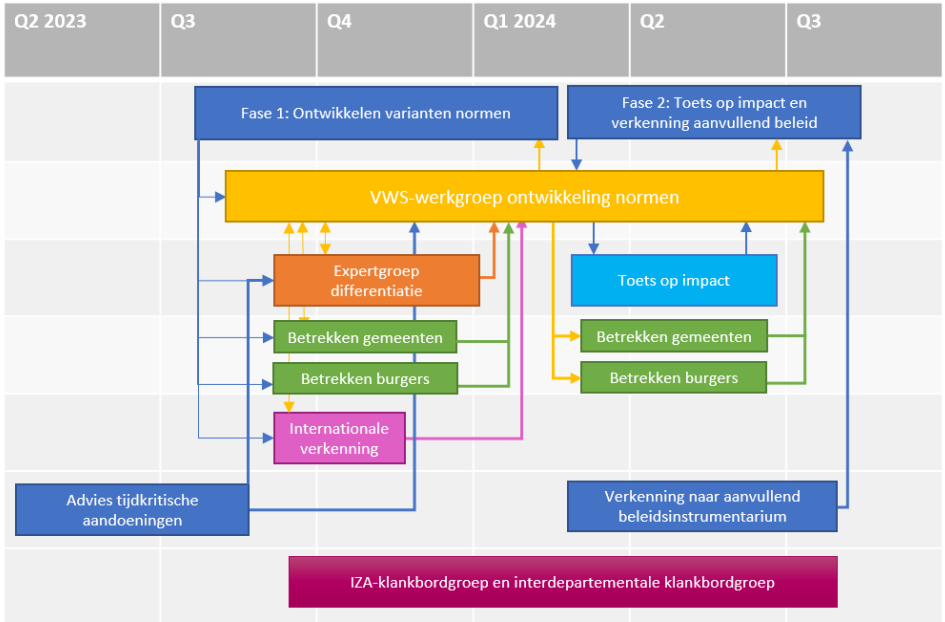
	Kansen	Risico's
Patiënt	• Alle SEH's en afdelingen acute verloskunde die open zijn voldoen aan de minimale kwaliteitseisen.	• SEH's en afdelingen acute verloskunde die niet gevoelig zijn voor de 45-minutennorm, kunnen overwegen om de afdeling te sluiten of om te vormen naar ander soort voorziening. Dit zal mogelijk de komende jaren nog in enkele gevallen gebeuren vanwege personele en/of financiële schaarste. Daarmee kan voor sommige patiënten deze acute zorg verder weg plaatsvinden, maar wel binnen de geldende 45-minutennorm. • Geen actief beleid om normen voor de herkenbare, tijdkritische aandoeningen uit te breiden of aan te scherpen, anders dan de huidige kwaliteitsnormen (zie rapport Zorginstituut). • Onduidelijkheid over welke kwaliteit van zorg een patiënt mag verwachten van acute ziekenhuiszorgvoorzieningen als spoedpoli's en basisspoedposten.
Burger (incl. lokaal bestuur)	• Duidelijkheid dat afdelingen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm niet sluiten. • Bij voorgenomen besluiten over sluiting van acuut zorgaanbod moeten zorgaanbieders ook de belangen van inwoners en lokale bestuurders meewegen, o.a. door het betrekken van lokale bestuurders zoals beschreven in de Amvb acute zorg.	• Onduidelijkheid voor burgers en gemeenten over wat zij mogen verwachten van de acute ziekenhuiszorg in hun regio als deze niet gevoelig is voor de 45-minutennorm. Diverse tussenvormen kunnen ontstaan, waarvoor geen eenduidige eisen bestaan. • Betrokkenheid van lokaal bestuur wordt als onvoldoende beleefd in de huidige procedure. • Aanvullend daarop, gelijk aan variant 1: • Maatschappelijke onrust over het sluiten of omvormen van SEH's en afdelingen acute verloskunde, angst voor toekomst van het gehele ziekenhuis. • Het gevoel van 'veiligheid' wat een ziekenhuis in de buurt biedt vermindert. • Werkgelegenheid in de regio waar een afdeling sluit vermindert, de regio wordt mogelijk minder aantrekkelijk.
Zorgprofessionals	• Structurele onderbezetting vraagt veel van zorgprofessionals en is slecht voor het werkplezier. Sluiting of omvorming van afdelingen kan zorgen voor beter bezette acute voorzieningen op andere locaties, waardoor het werkplezier vergoot.	• Zorgprofessionals die werkzaam zijn op afdelingen die sluiten, zullen mogelijk verder moeten reizen om werk op een andere SEH of afdeling acute verloskunde te kunnen doen. • (Voorgenomen) sluitingen hebben vrijwel altijd effect op verloop van personeel.
Zorgaanbieders	• Niet-gevoelige ziekenhuizen behouden de ruimte om, rekening houdend met alle belangen en het zorgvuldig doorlopen van de procedure in de Amvb, eigen keuzes te maken over de inrichting van de acute ziekenhuiszorg. • SEH's en afdelingen acute verloskunde die 'gevoelig' zijn voor de 45-minutennorm, weten dat ze moeten blijven investeren in het behoud/werven van personeel en de minimale kwaliteit van zorg.	• Deels gelijk aan variant 1: Rijtijden van ambulances worden langer en regionale samenwerking in de keten moet opnieuw worden ingericht. Aanvullend op variant 1: • Onduidelijkheid voor niet-gevoelige ziekenhuizen over wat de maatschappij / overheid van hen verwacht. • Verschil in bekostiging tussen ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm (deze ontvangen een beschikbaarheidbijdrage) en ziekenhuizen die niet gevoelig zijn.

Variant 0. Geen wijziging huidige normen

	Kansen	Risico's
Organiseerbaarheid / betaalbaarheid	• Het huidige normenkader biedt ruimte aan 'niet-gevoelige ziekenhuizen' om afdelingen acute zorg te sluiten om daarmee personeel en voorzieningen efficiënter in te richten.	• Maatschappelijke druk zorgt voor taaie besluitvorming bij wijziging van het acute zorgaanbod. • Bij ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm kunnen doelmatigheidsvoordelen, zoals sluitingen in de nacht, niet worden benut. • Bij sluitingen van afdelingen zal de inzet van ambulancezorg stijgen en schaalvergroting kan ook leiden tot hogere kosten gerelateerd aan complexiteit van de organisatie en het risico op een meer specialistische (duurdere) aanpak van patiëntenzorg.
Uitvoerbaarheid / overheidsbeleid	• Geen wijziging van regelgeving nodig. Deze variant biedt daardoor snel duidelijkheid voor alle partijen in het veld over de randvoorwaarden waarbinnen regionaal keuzes kunnen worden gemaakt.	• Mogelijk onbegrip over de rol van de overheid. Het risico bestaat dat het voor burgers onduidelijk blijft welke partij verantwoordelijk is voor de toegankelijkheid van acute zorg. • De NZa geeft aan dat een meer sturend normenkader nodig is om een vorm van bekostiging op basis van beschikbaarheid in te voeren. • Onzekerheid over structureel voortbestaan beschikbaarheidbijdrage. • Afhankelijkheid van veranderingen in wegennet voor berekeningen gevoeligheid en beschikbaarheidbijdrage.

Bijlage B: proces

B. Proces



Het proces om nieuwe normen voor toegankelijkheid en kwaliteit in de acute (ziekenhuis)zorg te ontwikkelen, is vormgegeven in twee fasen. In de oorspronkelijke opzet, die is uitgewerkt in de **Kamerbrief van 16 juni 2023 over het vervangen van de 45-minutennorm** was ook een derde fase voorzien, namelijk besluitvorming door de minister van VWS. De Tweede Kamer heeft dit onderwerp echter controversieel verklaard. Het demissionaire kabinet zal daarom geen besluiten nemen. Door de demissionaire status van het kabinet en het controversieel verklaren van het vervangen van de 45-minutennorm, heeft het traject de status gekregen van een ambtelijke verkenning.

In fase 1 zijn door een ambtelijke werkgroep van VWS varianten ontwikkeld van nieuwe normen voor toegankelijkheid en kwaliteit in de acute (ziekenhuis)zorg. Om die varianten op te kunnen stellen, zijn verschillende deeltrajecten uitgezet: Er is een advies gevraagd aan het Zorginstituut over tijdkritische aandoeningen, een expertgroep heeft zich gebogen over differentiatiemogelijkheden, er zijn zorgen en behoeften opgehaald bij gemeenten en burgers en er is een internationale verkenning uitgevoerd. Daarnaast zijn voor dit traject twee klankbordgroepen ingericht: een klankbordgroep met partijen uit de IZA-thematafel acute zorg en relevante partijen uit de geboortezorg en een interdepartementale klankbordgroep. Gedurende fase 1 en fase 2 worden deze klankbordgroepen betrokken en gevraagd om te adviseren. Daarnaast is in fase 1 met elke organisatie die dat wenste uit de klankbordgroep met IZA-partijen een één op één gesprek gevoerd met de ambtelijke werkgroep van VWS. De opgeleverde rapporten van deze deeltrajecten en de belangrijkste punten uit de klankbordgroepen vindt u als bijlage bij dit eindrapport van fase 1.

Vervolgens start fase 2, waarin er een toets zal worden uitgevoerd op de impact van de varianten en zal worden bezien of er aanvullend beleidsinstrumentarium moet worden ingezet om een variant te laten slagen. Een nadere toelichting op fase 2 vindt u in hoofdstuk 5 van deze rapportage.

Bijlage C: aangenomen moties en toezeggingen i.r.t. de 45-minutennorm

C. Aangenomen moties en toezegging i.r.t. de 45-minutennorm

Datum / Kamerstuknr	Moties en toezegging	Dictum motie
31-01-2024 / 36410-XVI-77	Motie van het lid Dijk over de 45 minutennorm niet versoepelen	verzoekt de regering om de 45 minutennorm niet te versoepelen,
27-06-2023 / 29247-411	Motie van het lid Van den Berg over de Kamer voor de begrotingsbehandeling informeren over de uitvoering van de motie-Van den Berg/Ellemeet en de vormgeving van het leefbaarheidscriterium	van mening dat nabijheid van acute zorg voor heel Nederland van groot belang is voor de kwaliteit van zorg, de regionale leefbaarheid en de gemoedsrust van inwoners; overwegende dat de regering met de Kamerbreed aangenomen motie-Van den Berg/Ellemeet (29 247, nr. 366) is verzocht bij het opstellen van de normen voor acute zorg nabijheid en leefbaarheid van een regio mee te nemen; verzoekt de regering voor de begrotingsbehandeling in het najaar van 2023 de Kamer te informeren over de stand van zaken van uitvoering van deze motie en hoe het leefbaarheidscriterium wordt vormgegeven
27-06-2023 / 29247-421	Motie van het lid Pouw-Verweij c.s. over samen met het zorgveld komen tot een duidelijke definitie van termen als SEH, huisartsenpost+ en spoedpost	constaterende dat termen als SEH, huisartsenpost+, spoedpost en dergelijke door elkaar heen worden gebruikt; constaterende dat vaak niet duidelijk is wat hiermee bedoeld wordt, zoals het spoedplein in Gelre ziekenhuis in Zutphen; overwegende dat het goed is om voor alle betrokkenen inzichtelijk te maken welke voorzieningen er zijn op welke plek en welke zorg daar wordt geleverd; verzoekt de Minister te overleggen met het zorgveld om tot een duidelijke definitie te komen voor deze termen,
27-06-2023 / 29247-415	Motie van de leden Den Haan en Paulusma over inzetten op communicatie over de ontwikkeling van nieuwe normen voor toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg	constaterende dat het belangrijk is dat de acute zorg toegankelijk en van kwalitatief hoogstaand niveau moet blijven teneinde patiënten die acute zorg nodig hebben zo goed mogelijk te kunnen helpen; constaterende dat de juiste zorg op de juiste plek van groot belang is en dit niet altijd betekent dat dit qua afstand zorg dichtbij is; overwegende dat het van belang is dat mensen goed worden meegenomen in de plannen rondom het toegankelijk en betaalbaar houden van de acute zorg; verzoekt de regering om in het kader van de ontwikkeling van nieuwe normen voor toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg ook in te zetten op communicatie hierover aan het brede publiek, en de Kamer hierover voor de begrotingsbehandeling te informeren,
20-12-2022 / 29247-370	Motie van het lid Bushoff over waarborgen dat bij het uitwerken van alternatieven voor de 45 minutennorm de toegankelijkheid van acute zorg in Nederland niet verslechtert maar verbetert	overwegende dat de toegankelijkheid van acute zorg in heel Nederland cruciaal is, maar onder druk staat door het in de afgelopen jaren sluiten van acutezorgvoorzieningen; van mening dat nabijheid van zorg een belangrijk element van toegankelijkheid is; constaterende dat het afschaffen van de 45 minutennorm zonder waardig alternatief de toegankelijkheid van de acute zorg verder onder druk zet; verzoekt de regering bij het uitwerken van alternatieven voor de 45 minutennorm te waarborgen dat de toegankelijkheid van de acute zorg in heel Nederland niet verslechtert, maar juist verbetert,

C. Aangenomen moties en toezegging i.r.t. de 45-minutennorm

Datum / Kamerstuknr	Moties en toezegging	Dictum motie
20-12-2022 / 29247-366	Motie van de leden Van den Berg en Ellemeet over nabijheid en leefbaarheid van een regio meenemen bij het opstellen van de normen voor acute zorg	constaterende dat de regering de 45 minutennorm voor SEH's wil vervangen door een alternatief waarbij onder andere gekeken wordt naar medisch onderbouwde kwaliteitsnormen; overwegende dat de regering hoogcomplexe (acute) zorg (meer) wil concentreren; constaterende dat hoogcomplexe acute zorg slechts 5% tot 10% van de acute zorg betreft, dat onderzoek in Denemarken heeft uitgewezen dat sluiting van spoedeisendehulpafdelingen niet heeft geleid tot betere en/of goedkopere zorg en dat de Minister dit onderzoek relevant noemt; van mening dat nabijheid van zorg wel een aspect is van kwaliteit van acute zorg, niet alleen vanwege de mentale gemoedsrust en de brandweerfunctie voor inwoners alsmede de leefbaarheid van een regio, zoals de kaart van afgehaakt Nederland laat zien, maar ook vanuit medisch perspectief omdat het regionale ziekenhuis een netwerk heeft met de eerstelijnszorg en de patiënt kent, hetgeen van belang is voor de kwaliteit van de zorg; verzoekt de regering bij het opstellen van de normen voor acute zorg nabijheid en leefbaarheid van een regio mee te nemen; verzoekt de regering te bevorderen dat bij het opstellen en uitvoeren van regioplannen voor de acute zorg een breed medisch perspectief meegenomen wordt, waarbij onder andere het belang van de netwerkvorming, de organisatie van de zorg en de samenhang tussen de eerste- en tweedelijnszorg wordt bekeken,
01-11-2022/ 31765-679	Motie van het lid Van den Berg over behoud van capaciteit van de zorg in de regio door een bottom-upaanpak	constaterende dat in de Atlas van Afgehaakt Nederland een duidelijke correlatie is tussen betrokkenheid en gezondheidssituatie; constaterende dat nabijheid van zorg ook onderdeel is van kwaliteit van acute zorg, zoals onderzoek door onder andere de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving aangeeft in Van deelbelangen naar gedeeld belang; constaterende dat nabijheid van zorg van belang is voor de leefbaarheid van een regio; constaterende dat met het verdwijnen van voorzieningen de kansenongelijkheid toeneemt en dat gezondheidsverschillen daardoor groter worden in plaats van kleiner; verzoekt de regering zich in te zetten voor behoud van capaciteit van de zorg in de regio door een bottom-upaanpak, rekening houdend met de specifieke kenmerken van de regio, waarbij het uitgangspunt is dat er geen verschillen tussen regio's zijn qua kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg,
14-06-2023	Toezegging	De minister van VWS zegt toe de rapportage die het Zorginstituut in Q3 2023 gaat opleveren over tijdkritische aandoeningen aan de Kamer te zenden en te bepalen wat nodig is om tot normen voor tijdkritische aandoeningen te komen.

Bijlage D t/m I: zie losse documenten

D. Rapport expertgroep differentiatie + bijlage
E. Inwoners over de acute zorg in Nederland
F. Lokaal bestuur over de acute zorg in Nederland
G. Rapportage Tijdkritische aandoeningen, Zorginstituut
H. Internationale verkenning
I. Verslag gesprekken IZA-klankbordgroep