



Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen

Datum

2 november 2022

Uw referentie

-

Behandeld door

5.1.2e

5.1.2e @nvz-ziekenhuizen.nl

Aan de commissieleden van VWS
in de Tweede Kamer der Staten-Generaal
Postbus 20018 2500 EA Den Haag
per e-mail: 5.1.2e@tweedekamer.nl

1/6

Onderwerp

Inbreng commissiedebat Acute Zorg

Geachte leden van de commissie VWS,

Ons zorgstelsel is toegankelijk, solidair en van hoge kwaliteit. Dit moeten we voor de toekomst borgen. Specifiek voor de acute zorg moet elke burger kunnen blijven rekenen op zorg van goede kwaliteit, van de juiste zorgverlener, zo snel als nodig en op de juiste plek. De acute zorgketen staat echter onder druk vanwege de toenemende zorgvraag door o.a. vergrijzing, de ervaren krapte op de arbeidsmarkt, het plafond aan financiële middelen, het ontbreken van adequate gegevensuitwisseling en het gebrek aan (voldoende) domeinoverstijgende samenwerking binnen de acute zorg.

Tijdens het debat op 9 november gaat u in gesprek over de beleidsagenda van de minister van VWS. Deze agenda brengt de uitdagingen voor de beschikbaarheid van acute zorg in kaart. Op belangrijke punten is er echter gekozen voor een tekentafelschets van bovenaf in plaats van een realiteitsweergave van onderop – daar waar de patiënt zorg dichtbij kan en mag verwachten. Dat was ook de afspraak in het Integraal Zorg Akkoord (IZA): om eerst de impact van veranderingen voor patiënten en voor ziekenhuizen, huisartsen en eerstelijns ouderenzorg in beeld te brengen om vervolgens tot afstemming te komen hoe we in onderlinge dialoog de toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg borgen tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten. De inkt van de ondertekening van het IZA was nog niet droog of u kreeg deze beleidsagenda met niet afgestemde voornemens aangeboden. Hier dreigt een valse start voor het IZA die ook nog eens samenloopt met de ingrijpende personele en financiële problemen waarmee zorginstellingen te kampen hebben. Dit brengt grote onzekerheid met zich mee in vele ziekenhuizen en gemeenten en dus ook bij patiënten. Dat kunnen we er niet bij hebben nu covid, uitgestelde zorg, inflatie, energieprijzen, hoge personeelskosten en noodzakelijke investeringen in digitalisering en duurzaamheid de ziekenhuizen in ongekend zwaar weer hebben gebracht. Zeker sinds de urgentie van een gecoördineerde covid-aanpak nemen ziekenhuizen binnen de ROAZ-regio's hun verantwoordelijkheid om samenwerking en afstemming voorop te stellen. Hierop willen en moeten zij aanspreekbaar zijn. Laat dat dan ook de basis zijn voor het algemene beleidskader.



2/6

In de aanloop naar dit debat vragen wij u om de minister te houden aan de in het IZA gemaakte afspraken, met in het bijzonder aandacht voor:

- Versterking van de integrale samenwerking in de acute zorgketen, gestimuleerd door hierop gerichte bekostiging en (ont)regelgeving.
- Herbevestiging van het belang van een fijnmazige structuur en toegankelijkheid tot de SEH. Juist ook in (sub)regio's waar hechte samenwerking in de zorgketen van zorgprofessionals die elkaar kennen en samen met de burgers tot goede oplossingen komen de kwaliteit van de acute basiszorg bepaalt.
- Systematisch voorafgaande impactanalyses (voor patiënten en instellingen) van voorstellen tot verandering van taken en verantwoordelijkheden binnen de acute zorgketen.
- Toezegging dat de huidige beschikbaarheidsbijdrage voor de ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm niet afgeschaft wordt vóórdat er een passende nieuwe beschikbaarheidsfinanciering is.
- Bevordering van de aantrekkelijkheid van het beroep van SEH-arts door aan te sturen op het erkennen van de SEH-arts als medisch specialist.
- Financiële zekerstelling van de benodigde extra investeringsruimte behorende bij het IZA inclusief een marktconforme beloning van de middengroepen waarvan een groot deel in de (acute) zorg werkzaam is.

Ontwikkelingen in de acute zorg

Hoewel het aantal SEH-patiënten nagenoeg gelijk blijft, zijn de patiënten die er komen wel zieker, ouder en hebben vaak meerdere onderliggende aandoeningen. Patiënten die de SEH bezoeken moeten vaker dan voorheen worden opgenomen in het ziekenhuis¹. Dit zet grote druk op de SEH's. De behoefte aan SEH-zorg in het ziekenhuis wordt deels bepaald door capaciteit van de gehele acute zorgketen, waaronder thuis/mantelzorg, huisartsen en VVT. Deze keten staat onder toenemende druk. Dit vraagt volgens de NVZ om een versterking van de integrale samenwerking tussen huisartsen(post), ziekenhuis, acute verloskunde, ambulancezorg, de VVT-sector (verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties), de (acute) GGZ én het sociaal domein. Dit is ook de reden dat de zorgpartijen hierover in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afspraken hebben gemaakt. Door nauwe samenwerking en een gezamenlijk actieprogramma willen wij de acute zorg integraal toekomstbestendig maken. Op dit moment bespreken partijen of en hoe regionale zorgcoördinatiecentra hieraan zouden kunnen bijdragen zonder nieuwe complexiteit toe te voegen. De NVZ zet hierbij in op regionaal maatwerk. Uw steun in het aandringen op regelruimte om dit mogelijk te maken boven nog meer regelgeving van bovenaf is hiervoor van groot belang.

¹ Trendanalyse acute zorg Dutch Hospital Data



Behouden van acute zorg dichtbij de patiënt

Patiënten moeten zo veel mogelijk thuis ondersteuning ontvangen of dichtbij huis een behandeling kunnen krijgen en alleen in het ziekenhuis komen wanneer dit medisch noodzakelijk is. In de afgelopen 5 jaar is echter het aantal SEH's in Nederland met 10% afgenomen, terwijl het aantal patiënten dat de SEH bezoekt niet met gelijke tred is afgenomen². Dit zet druk op de toegankelijkheid van de acute zorg in ziekenhuizen. Hieronder valt ook de acute geboortezorg die in steeds meer regio's onder druk staat, terwijl ouders juist nabijheid vooropstellen.

3/6

In het Integraal Zorg Akkoord is daarom afgesproken de laagdrempelige toegankelijkheid van de acute zorg in alle regio's in stand te houden. Ca. 90% van de acute zorg is basis medisch specialistische zorg. Deze zorg moet zo dicht mogelijk in de leefwereld van de patiënt gegeven kunnen blijven worden. Voor hoogcomplexere acute medische zorg is verdere concentratie het uitgangspunt, maar dit betreft ca. 10% van de acute medisch specialistische zorg terwijl daar onevenredig veel nadruk op lijkt te liggen. In de beleidsagenda van de minister wordt, zonder grondige onderbouwing, echter verdergaand aangestuurd op nog meer concentratie door het aanscherpen van kwaliteits- en volumenormen. De NVZ onderschrijft de gedachte dat de inzetbaarheid van personeel maximale afstemming vereist tussen nabijgelegen voorzieningen voor acute zorg, waaronder SEH's. Dit moet en kan regionaal nog beter worden georganiseerd. Daarbij moet wel rekening worden gehouden met relevante factoren waaraan in de brief geen aandacht wordt besteed. Zo laat onderzoek uitgevoerd door TNO in opdracht van de Vereniging Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) zien dat de achterblijvende zorg in ziekenhuizen waar de SEH (gedeeltelijk) sluit aanzienlijk duurder wordt. Onder andere omdat de acute zorg functie 24/7 beschikbaar moet blijven voor patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen. Tevens is niet aangetoond dat op de plaatsen waar de acute zorg geconcentreerd wordt er daadwerkelijk een kosten- of efficiëntievoordeel wordt behaald. Samen met de extra vervoerskosten door ambulances die dan worden gemaakt leidt concentratie volgens het TNO-onderzoek uiteindelijk tot een kostenverhoging. Veel patiënten die acute zorg nodig blijken te hebben zijn vaak al bekend in hun eigen ziekenhuis waardoor behandeling sneller en zonder extra kosten kan plaatsvinden.

De NVZ dringt er dan ook op aan de afspraken uit het IZA leidend te laten zijn en op basis van een goede regio-analyse, gevoed door recente data met betrekking tot de ontwikkelingen in de acute zorg, afspraken te maken met regionale partijen over de optimale inzet van middelen, zorgprofessionals en capaciteiten.

² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/01/29/update-cijfers-acute-zorg-2019>



4/6

Bekostiging op basis van beschikbaarheid

Dat de acute zorgketen zich niet leent voor marktwerking is in tijden van de covid-crisis meer dan duidelijk geworden. De fysieke en personele infrastructuur en capaciteit moet op orde en beschikbaar zijn ongeacht het aantal patiënten. Voor een optimale organisatie van de acute zorg op lange termijn is volgens de NVZ structurele beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH noodzakelijk. De SEH is de enige schakel in de acute keten die nog niet wordt bekostigd op basis van beschikbaarheid. In het Integraal Zorgakkoord is afgesproken dat VWS aan de NZa de opdracht geeft om met alle zorgpartijen aan tafel kansen en knelpunten rondom de (beschikbaarheids)bekostiging van acute zorg verder in kaart te brengen. Dit vinden wij een goede zaak die aansluit bij het integraal denken over de acute zorg.

Tegelijkertijd staat in de beleidsagenda 'toekomstbestendige acute zorg' van de minister dat de 45-minutennorm en de beschikbaarheidsbijdrage vervangen worden door nieuwe normen en instrumenten (pagina 46). Hiermee loopt de minister vooruit op de uitkomsten van onderzoek naar passende bekostiging van SEH's. De minister geeft weliswaar aan dat het niet de bedoeling is dat er ziekenhuizen zullen verdwijnen, maar het resultaat van het verlaten van de 45-minutennorm in samenhang met de bijhorende beschikbaarheidsvergoeding zonder garantie van een passend alternatief kan tot een structureel negatieve exploitatie van ziekenhuizen leiden met alle gevolgen voor de burgers van dien. Hoe kan de minister hiervoor de deur openzetten op een moment dat zelfs meer dan alle beschikbare capaciteit nodig is om wachtlijsten voor electieve zorg te verkorten en tegelijkertijd aan de snel stijgende zorgvraag van ouderen te kunnen voldoen?

Wij vragen daarom uw aandacht voor het bieden van zekerheid rondom het behoud van de acute zorg voor (regionale) ziekenhuizen zodat de aandacht weer volledig kan worden gericht op verdere uitwerking van de doelstellingen van het IZA. En wij vragen u om erop aan te dringen dat de NZa er scherper op toeziet dat door zorgverzekeraars niet op een andere wijze een korting wordt toegepast omdat ziekenhuizen een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen.

Implementeren kwaliteitsnormen acute zorg

In het Integraal Zorg Akkoord is afgesproken dat het Kwaliteitskader Spoedzorgketen dat sinds 2020 van kracht is overal wordt geïmplementeerd. De minister schrijft in de beleidsagenda dat uit onderzoek van het RIVM uit februari 2022 blijkt dat 35 van de 80 ondervraagde SEH's aan de normen voor de SEH voldeden. De bottleneck is schaarste van voldoende gekwalificeerd personeel op de SEH, met name op het vlak van beschikbare SEH-artsen. Per 1 juli 2022 moeten alle ziekenhuizen voldoen aan kwaliteitsnormen voor de noodzakelijke medische expertise op de SEH.



Net als de minister is de NVZ van mening dat voldaan moet worden aan deze normen en dat de kwaliteit op orde moet zijn. Uit recent onderzoek van de NVZ blijkt dat inmiddels de meeste ziekenhuizen aan deze normen voldoen. 52 van de 63 algemene ziekenhuizen voldoen aan de norm over de noodzakelijke expertise op de SEH³. En dat, met het oplossen van het hieronder toegelichte knelpunt van de opleiding van SEH-artsen, de kwaliteitsnorm voor alle ziekenhuizen haalbaar is. Uiteraard zal verdere aanscherping hiervan weer nieuwe problemen opleveren die niet het belang van de patiënt dienen.

5/6

Aantrekkelijk maken van werken in de spoedeisende geneeskunde

Om goede kwaliteit van acute zorg op de SEH te garanderen, is het van belang dat SEH's worden bemenst door zorgprofessionals met expertise en ervaring. SEH-artsen vervullen hierin een cruciale rol. De groei van het vak van de spoedeisende geneeskunde wordt op dit moment geremd in haar noodzakelijke ontwikkeling om uitdagingen in de acute zorg het hoofd te kunnen bieden. Er is schaarste aan het aantal SEH-artsen. De Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen heeft een aanvraag ingediend bij het College Geneeskundige Specialismen (CGS) om de spoedeisende geneeskunde te erkennen als medisch specialisme. Op 6 juli 2022 kwam het CGS tot zijn voorlopige conclusie dat de aanvraag tot erkenning moet worden afgewezen.

Het ontwerpbesluit van de CGS heeft ook binnen de achterban van de NVZ tot veel onbegrip geleid. Wij zien een grote maatschappelijke behoefte aan de SEH-arts om te voorzien in de toenemende acute zorgvraag en noodzakelijke expertise op de SEH. Op de SEH-afdeling draagt de SEH-arts bij aan de continuïteit van kwalitatief goede zorg, die anders lastig(er) te organiseren valt met en tussen veel andere specialismen aan de poort.

Wij vragen u er dan ook bij de minister op aan te dringen te overleggen met het CGS om het toetsingskader als basis te gebruiken voor de noodzakelijke erkenning van de SEH-arts als medisch specialisme.

³ De universitaire ziekenhuizen (UMC's) zijn niet in dit onderzoek meegenomen.

**Tot slot: samenwerking is de sleutel tot succes**

De NVZ ziet als een grote winst dat er in het Integraal Zorg Akkoord afspraken zijn gemaakt om de regionale samenwerking in de acute zorgketen te verstevigen. Belangrijk is dat de zorgprofessionals nu ook de ruimte krijgen om deze afspraken in de komende jaren verder uit te werken en te implementeren. Met uw steun houden wij de acute zorg in Nederland toegankelijk en kwaliteitsvol voor de toekomst.

Met vriendelijke groet,

6/6



5.1.2e